

ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

RAPPORT PRÉSENTÉ À
SYLVIE LEBLOND
À TITRE DE MANDATE POUR LE
CENTRE INTÉGRÉ EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-
TÉMISCAMINGUE
ET
MICHÈLE CHARBONNEAU
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE L'ACTIVITÉ
PROJET EN ORGANISATION (ENP 7950)

PAR
JESSICA BOULANGER (BOUJ16538709)

RAPPORT DE PROJET EN ORGANISATION
DÉPLOYER DES SERVICES DE SAGE-FEMME EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE :
L'INNOVATION COLLABORATIVE AVEC LA THÉORIE DE L'ACTEUR-RÉSEAU ET
LES SCIENCES DE L'IMPLANTATION

31 MARS 2025

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	v
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	vi
REMERCIEMENTS	vii
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1. DÉPLOIEMENT DE NOUVEAUX SSF : CONTEXTE, PROBLÉMATIQUE ET MANDAT	4
1.1. Contexte historique de l'intégration de la pratique sage-femme au système de santé québécois	5
1.2. Encadrement de la pratique sage-femme au Québec	7
1.3. Offre des SSF en établissement.....	10
1.4. Contexte organisationnel : le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.....	11
1.5. Problématique, mandat, questions de recherche et livrables.....	15
CHAPITRE 2. THÉORIE DE L'ACTEUR-RÉSEAU ET DES SCIENCES DE L'IMPLANTATION	19
2.1. Théorie de l'acteur-réseau et son intérêt pour la gestion du changement	19
2.1.1. La problématisation.....	21
2.1.2. L'intéressement	22
2.1.3. L'enrôlement	23
2.1.4. Mobilisation et rallongement du réseau	25
2.2. Facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation	25
2.2.1. Agir sur les systèmes/Innovation opérationnelle	27
2.2.2. Gestionnaires facilitateurs	27
2.2.3. Leadership technique	27
2.2.4. Leadership adaptatif.....	28
2.2.5. Accompagnement des professionnels	28
2.2.6. Autres facteurs d'influence.....	28
CHAPITRE 3. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	30
3.1. Terrain pour la théorie de l'acteur-réseau, bonifiée des sciences de l'implantation.....	30
3.2. Recherche-intervention	32
3.3. Méthodes de collecte de données	36
3.3.1. La demande de financement et la réponse ministérielle pour le projet d'implantation des SSF en Abitibi-Témiscamingue.....	36
3.3.2. Un plan d'action évolutif.....	37

3.3.3.	Les rencontres du comité opérationnel du déploiement des SSF	37
3.3.4.	Les rencontres de chantiers de travail.....	38
3.3.5.	Atelier sur la collaboration	40
3.3.6.	Consultation publique sur l'esthétisme de la future installation des SSF	41
3.3.7.	Technique de l'effet-miroir	42
3.3.8.	Rencontres périodiques avec la mandante.....	44
3.4.	Méthode d'analyse des données.....	44
CHAPITRE 4. RÉSULTATS DU PROJET EN ORGANISATION		47
4.1.	Identification des porte-paroles.....	48
4.2.	L'évolution du projet et des intérêts : le CO comme centre de traduction.....	49
4.2.1.	Consentement à la recherche	49
4.2.2.	Rencontre du 5 octobre 2023.....	50
4.2.3.	Rencontre du 20 novembre 2023.....	52
4.2.4.	Rencontre du 31 janvier 2024.....	54
4.2.5.	Rencontre du 11 mars 2024.....	58
4.2.6.	Rencontre du 23 avril 2024	60
4.2.7.	Rencontre du 16 juillet 2024	65
4.2.8.	Rencontre du 5 septembre 2024	69
4.3.	Analyse temporelle : étapes traversées par les acteurs.....	73
4.3.1.	Comité citoyen : Objectif sages-femmes Abitibi-Témiscamingue.....	74
4.3.2.	Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or	77
4.3.3.	Équipes médicales de l'Hôpital de Val-d'Or.....	79
4.3.4.	Direction de santé publique	82
4.3.5.	Direction des services techniques et logistique	84
4.3.6.	Transport préhospitalier d'urgence.....	86
4.3.7.	Direction des ressources humaines – relation de travail.....	88
4.4.	Espace réflexif sur la collaboration interprofessionnelle	90
4.5.	Effet-miroir	91
4.5.1.	Résultats de la distribution du questionnaire.....	92
4.5.2.	Rétroaction en comité opérationnel.....	99
CHAPITRE 5. DISCUSSION SUR L'APPORT DE LA RECHERCHE À LA COLLABORATION, L'INNOVATION ET L'INTÉGRATION DE SOINS		103
5.1.	Moyens renforçant la collaboration.....	104
5.1.1.	Comité opérationnel : un centre de traduction interactif.....	104
5.1.2.	Choix des porte-paroles.....	105

5.1.3.	Dispositifs d'intéressement	108
5.1.4.	Mise en réseau	109
5.2.	Facteurs d'influence des sciences de l'implantation	109
5.2.1.	Agir sur les systèmes/Innovation opérationnelle.....	110
5.2.2.	Gestionnaires facilitateurs	111
5.2.3.	Leadership adaptatif	112
5.2.4.	Leadership technique.....	113
5.2.5.	Accompagnement des professionnels.....	114
5.3.	Rôle des controverses dans l'innovation : une pratique d'intéressement.....	116
5.4.	Conception du projet en utilisant la TAR bonifiée des facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation pour susciter l'innovation collaborative	116
5.4.1.	Apport de la TAR à la gestion de projet.....	117
5.4.2.	Apport des facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation à la gestion de projet.....	121
5.4.3.	Formes et activités liées à la démarche méthodologique normative	123
CHAPITRE 6. RECOMMANDATIONS POUR LA PÉRENNITÉ DES SERVICES DE SAGE-FEMME DANS LA MRC DE LA VALLÉE DE L'OR ET POUR DES DÉPLOIEMENTS DE SSF DANS D'AUTRES MRC		125
6.1	Réflexions et axes d'amélioration.....	125
6.2	Maintien et rallongement du réseau des SSF de la MRC de la Vallée-de-l'Or	127
6.3	Recommandations pour une transférabilité potentielle pour déployer de nouveaux SSF dans d'autres MRC	128
CONCLUSION		133
APPENDICE 1 - GRILLE D'OBSERVATION		136
APPENDICE 2 - QUESTIONNAIRE.....		137
APPENDICE 3 - STRUCTURE DE PROJET		142
APPENDICE 4 – PRINCIPALES CONTROVERSES DURANT LE PROJET EN ORGANISATION		143
APPENDICE 5 – DISPOSITIFS D'INTÉRESSEMENT DÉVELOPPÉS DURANT LE PROJET		144
APPENDICE 6 – ÉVOLUTION DE LA MISE EN RÉSEAU DES ACTEURS SELON LES ÉTAPES DE LA TAR.....		146
RÉFÉRENCES		147

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMPRO : Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
CAAVD : Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or
CLSC : Centre local de services communautaires
CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux
CO : Comité opérationnel pour le déploiement des SSF
DMÉ : Dossier médical électronique
DMSP : Directeur médical et des services professionnels
DPJeu : Direction du programme jeunesse
DRFA : Direction des ressources financières et approvisionnement
DRH : Direction des ressources humaines
DRI : Direction des ressources informationnelles
DSI : Direction des soins infirmiers
DSPEUPC : Direction des services professionnels, de l'enseignement universitaire et de la pertinence clinique
DSPu : Direction de santé publique
DSTL : Direction des services techniques et logistiques
ÉNAP : École nationale d'administration publique
MRC : Municipalité régionale de comté
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
OSFAT : Objectif Sages-Femmes Abitibi-Témiscamingue
SF : Sage-femme
SSF : Services de sage-femme
RLS : Réseau local de santé
TAR : Théorie de l'acteur-réseau
UME : Unité mère-enfant

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1 : Acteurs identifiés pour le comité opérationnel.....	31
Tableau 2 : Exemple de l'application de la codification pour schématiser les rencontres... 40	
Tableau 3 : Pistes d'action à poser pour rallonger le réseau	91
Tableau 4 : Réponses à la question 3 du questionnaire	95
Tableau 5 : Réponses aux questions 6 et 7 du questionnaire.....	98
Figure 1 : Partenaires internes et externes pour la mise en place des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or.....	15
Figure 2 : Réponses à la question 1 du questionnaire.....	94
Figure 3 : Réponses à la question 5 du questionnaire.....	97
Figure 4 : Représentation visuelle de la TAR bonifiée des facteurs d'influence tirées des sciences de l'implantation	124

REMERCIEMENTS

Ce rapport est le résultat d'un long processus ayant impliqué plusieurs individus et groupes. J'éprouve une profonde gratitude envers toutes les personnes qui ont participé et qui m'ont soutenue. Ce projet en organisation est l'œuvre d'un travail collectif.

Je tiens d'abord à remercier ma conseillère académique et professeure agrégée à l'École nationale d'administration publique, Dre Michèle Charbonneau. Son accompagnement dans la bienveillance, nos discussions et son partage des savoirs m'ont éclairée et inspirée tout au long de ce projet. Ses commentaires ont été précieux à la qualité de ce rapport.

Je tiens aussi à remercier Sylvie Leblond, mandante et directrice de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Elle est une femme inspirante et une gestionnaire hors pair. Son écoute, son engagement auprès de la population et sa vivacité d'esprit amènent les gens à travailler ensemble. Elle incarne le leadership transformationnel.

Mes remerciements vont également aux membres du comité opérationnel et aux sages-femmes de l'équipe. J'éprouve une profonde gratitude pour l'engagement de chacun et chacune d'entre vous. Je tiens à souligner la mobilisation des femmes et des familles du comité citoyen Objectif Sages-Femmes Abitibi-Témiscamingue. Grâce à leur implication sociale et leur accueil, l'accès à ces nouveaux services deviendra une réalité dans la région.

Un merci spécial à ma demi-sœur, Marjolaine Chicoine, avec qui je partage la passion de la périnatalité. Sa lecture attentionnée du rapport et ses commentaires m'ont épaulée.

Je tiens à souligner le soutien de mes amies et collègues, Jacqueline Raymond et Karla Moran pour leurs encouragements, pour avoir cru en moi et leurs échanges enrichissants.

Finalement, je dois le plus grand remerciement à mon conjoint, Marc-André. Son appui inébranlable, son aide et sa compréhension ont joué un rôle crucial sur ma motivation.

RÉSUMÉ

Depuis les projets pilotes en maisons de naissance des années 1990 au Québec, le déploiement de services de sage-femme (SSF) a fait face à des difficultés de collaboration entre les acteurs impliqués, incluant les équipes médicales. Or l'intégration des soins nécessite des conditions optimales de collaboration.

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue est chargé d'assurer la responsabilité populationnelle de la région en matière de santé et de services sociaux. En avril 2023, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confirmé le financement pour de nouveaux SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or. Le CISSS a joué un rôle central dans la phase d'implantation de ces services. Ce projet en organisation s'est déroulé d'août 2023 à septembre 2024. Ce rapport a servi à documenter le processus d'assemblage des réseaux et l'influence des facteurs d'implantation, avant leur mise en « boîte noire », sous forme de services de sage-femme (Callon, 2006).

Notre mandat a été de coordonner le déploiement des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or, en y renforçant la collaboration entre les acteurs principaux, à titre de responsable des services de sage-femme (RSSF). Pour répondre à ce mandat, nous avons choisi de mener une recherche-intervention, en prenant appui sur la théorie de l'acteur-réseau (TAR) que nous avons bonifiée des sciences de l'implantation. Nous avons retenu ce cadre, car il nous semblait prometteur pour coconstruire une pratique innovante tout en articulant un réseau à la base de la collaboration. L'utilisation de ce cadre théorique pour implanter des SSF a fait de cette recherche une première du genre.

Sur cette base, la question de recherche principale qui nous a intéressée a consisté à se demander : comment une gestionnaire-chercheuse peut-elle utiliser la théorie de l'acteur-réseau (TAR) bonifiée des facteurs dérivés des sciences de l'implantation, en tant qu'approche normative, pour coordonner l'intégration de nouveaux SSF dans un établissement régional de santé et susciter l'innovation collaborative ?

Les deux questions spécifiques qui nous ont guidé étaient :

1. Comment la TAR bonifiée des sciences de l'implantation contribue-t-elle à la mise en réseau pour renforcer la collaboration entre les acteurs ?
2. Comment une meilleure compréhension des intérêts des acteurs, grâce aux controverses, suscite-t-elle l'innovation ?

Il a été entendu qu'au terme de ce mandat, les livrables en lien avec le mandat qui nous a été confié étaient les suivants :

- un projet conçu en fonction des intérêts des acteurs et de l'évolution de leurs intérêts en cours de mise en œuvre ;
- des activités et des dispositifs d'intéressement qui contribuent à la mise en réseau en soutien au déploiement des SSF ;
- une analyse du projet au regard de la TAR bonifiée des facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation qui permettra de comprendre l'évolution du projet vers sa forme finale, en fonction de l'évolution des intérêts des acteurs et d'entrevoir ses points forts et ses points faibles ;
- des recommandations pour la poursuite du projet et les prochains déploiements de SSF.

Le livrable, en lien avec nos questions de recherche, était un rapport servant de cadre de référence à l'intention des gestionnaires, plus précisément :

- un cadre théorique qui pourrait servir lors de l'implantation séquentielle de SSF dans les cinq MRC desservies ;
- des activités et des outils méthodologiques qui pourraient servir à nouveau lors de la gestion de projets similaires ;
- une discussion de l'intérêt sur les moyens et les facteurs renforçant la collaboration ;
- une réflexion sur les pistes d'amélioration de la mise en œuvre du cadre théorique retenu.

La cadre théorique est présenté dans ce rapport, dans le deuxième chapitre. La TAR, appliquée de manière normative, a été retenue pour favoriser l'innovation collaborative. Quatre étapes de mise en réseau sont proposées par cette théorie : la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement ainsi que la mobilisation et le rallongement du réseau. Les sciences de l'implantation enrichissent ce cadre théorique en facilitant la mise en réseau des acteurs lors des étapes de la TAR.

La recherche-intervention s'est étendue sur douze mois avec une posture de gestionnaire-chercheure. Les méthodes de collecte de données ont inclus l'analyse de documents organisationnels comme le plan d'action évolutif, les comptes-rendus et les notes de la grille d'observation des sept rencontres du comité opérationnel (CO) et le journal de bord tenu lors des 85 rencontres de chantiers de travail, ainsi que l'animation d'ateliers, l'observation d'une consultation publique et la technique de l'effet-miroir, c'est-à-dire l'administration d'un questionnaire suivi d'une discussion avec les acteurs. L'analyse des données s'est basée sur une approche abductive et sur une stratégie de décomposition temporelle.

Le CO a joué un rôle de centre de traduction. Il a offert un espace réflexif et de coconstruction. La gestionnaire-chercheure, en posture de traductrice faisant preuve d'interactivité cognitive, a opéré des transformations organisationnelles et relationnelles, découlant de l'innovation collaborative. L'attention portée aux controverses pour connaître

les intérêts des acteurs nous a permis d'élaborer des dispositifs d'intéressement intégrant l'innovation au projet. Ceci nous a mené à développer une pratique de l'intéressement.

L'analyse a mis en évidence que les acteurs ont franchi les quatre étapes de mise en réseau. Les facteurs d'influence ont potentialisé la progression des acteurs lors de ces étapes. Entre autres, la désignation des porte-paroles et l'intégration des leaders techniques et adaptatifs ont été indispensables. Les gestionnaires facilitateurs ont été essentiels pour soutenir l'implantation. La technique de l'effet-miroir a permis de coconstruire les connaissances avec les acteurs, renforçant ainsi leur engagement. Notre recherche a mis en évidence l'implication citoyenne comme un levier pour démocratiser les organisations et l'innovation.

Pour assurer la pérennité du projet, des recommandations sont émises pour maintenir et élargir le réseau des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or. De plus, des recommandations pour la transférabilité de cette démarche dans d'autres MRC sont formulées, favorisant ainsi la diffusion de pratiques collaboratives et innovantes en gestion de projet dans le domaine de la santé.

INTRODUCTION

L'intégration de soins des services de sage-femme au sein du réseau public de la santé s'inscrit dans un contexte historique marqué par des difficultés de collaboration rencontrées avec les équipes médicales depuis l'expérimentation des projets pilotes des années 1990 (Giroux, 2008 ; Vadeboncoeur, 2004). Après plus de 20 ans de la légalisation de la profession de sage-femme, aucune démarche de recherche n'a été entreprise pour soutenir la collaboration et l'intégration de soins lors de déploiement de nouveaux SSF. Agir sur les facteurs limitant la pleine intégration des sages-femmes au sein du système de santé devient un élément essentiel alors que le gouvernement provincial s'est engagé, depuis 2008, à implanter ces services dans l'ensemble des régions québécoises.

Cette projet en organisation intitulé « Déployer des services de sage-femme en Abitibi-Témiscamingue : l'innovation collaborative avec la théorie de l'acteur-réseau et les sciences de l'implantation » se concentre sur une démarche novatrice visant une intégration de soins des services de sage-femme (SSF) dans un environnement régional particulier pour créer un contexte de collaboration favorable au déploiement de ces nouveaux services. Ce projet mobilise une démarche méthodologique de recherche-intervention pour coordonner et instaurer ces services en s'appuyant sur un cadre théorique composé de la théorie de l'acteur-réseau et des facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation.

L'objectif principal est de répondre à la question suivante : comment une gestionnaire-chercheuse peut-elle utiliser la théorie de l'acteur-réseau (TAR) bonifiée des facteurs dérivés des sciences de l'implantation, en tant qu'approche normative, pour coordonner l'intégration de nouveaux SSF dans un établissement régional de santé et susciter l'innovation collaborative ?

Le premier chapitre pose les bases contextuelles, la problématique, le mandat et les questions de recherche. Il retrace l'historique de l'intégration des sages-femmes au Québec, explore les

enjeux juridiques et organisationnels, et décrit les spécificités de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Cette section se termine en exposant les livrables attendus.

Dans le deuxième chapitre, le cadre théorique est détaillé. La TAR, conçue pour analyser les processus de mise en réseau et les dynamiques de traduction entre acteurs, est expliquée et adaptée au contexte de gestion du changement en santé. Cette théorie est enrichie par des facteurs identifiés dans les sciences de l'implantation, tels que le leadership adaptatif et technique, les innovations organisationnelles et l'accompagnement des professionnels.

Le troisième chapitre expose la démarche méthodologique adoptée, en particulier l'approche de recherche-intervention. La posture de gestionnaire-chercheure est discutée, soulignant la nature intersubjective de l'intervention. Ce chapitre décrit les outils et les techniques utilisés pour collecter et pour analyser les données, comme les rencontres du comité opérationnel, les ateliers participatifs et la technique de l'effet-miroir.

Le quatrième chapitre présente les résultats obtenus à travers le déploiement des SSF en mettant l'accent sur le rôle du comité opérationnel comme centre de traduction et de coconstruction et sur l'analyse temporelle de la mise en réseau des acteurs. Les moments clés des rencontres et ateliers illustrent l'application des théories. L'analyse démontre le processus en quatre étapes de mise en réseau des acteurs avec le soutien des facteurs d'influence qui agissent en soutien à ce processus. L'élaboration de dispositifs d'intéressement contribue à façonner le projet selon les intérêts des acteurs, jetant les bases pour développer une pratique de l'intéressement. Notre recherche établit que l'implication citoyenne sert de tremplin pour démocratiser les organisations et l'innovation.

Le cinquième chapitre discute des retombées théoriques et pratiques de la recherche, notamment sur la collaboration interprofessionnelle et l'innovation en santé. Il met en lumière l'influence des facteurs tirés des sciences de l'implantation, de l'intérêt de la démarche en tant que gestionnaire pour de futurs déploiements.

Dans le sixième chapitre, des recommandations concrètes sont formulées pour assurer la pérennité des services. Celles-ci concernent l'expansion du réseau, le renforcement des collaborations et l'adoption de bonnes pratiques identifiées durant le projet.

La conclusion fait un retour sur la question de recherche principale. Les défis et limites rencontrés sont discutés pour terminer avec une idée pour approfondir cette recherche.

CHAPITRE 1. DÉPLOIEMENT DE NOUVEAUX SSF : CONTEXTE, PROBLÉMATIQUE ET MANDAT

Depuis les projets pilotes, le gouvernement du Québec a réitéré, à maintes reprises, son engagement à rendre accessibles les SSF dans toute la province. La politique gouvernementale de périnatalité 2008-2018 et le Cadre de référence pour le déploiement des SSF au Québec prévoient l'accès aux SSF dans l'ensemble des régions du Québec (Gouvernement du Québec, 2008, 2015). La nouvelle Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, sanctionnée en décembre 2023, prévoit des changements majeurs en matière de gouvernance clinique pour la pratique sage-femme (SF) en établissement. À l'aube de son entrée en vigueur au 1^{er} décembre 2024, celle-ci prévoit l'institution d'un département clinique sous le directeur médical et des services professionnels ainsi que la fusion des conseils des sages-femmes et ceux des médecins, dentistes et pharmaciens. Ce processus correspond à une intégration normative, c'est-à-dire qu'il vise à établir un système de référence et de représentations partagées par les acteurs (Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001). Ce fusionnement s'inscrit dans un contexte historique de l'intégration de la pratique SF dans le système de santé québécois ainsi que des difficultés de collaboration entre ces dernières et les équipes médicales, depuis l'expérimentation des projets pilotes des années 1990.

À ce jour, trois régions demeurent sans accès à de tels services : Laval, la Côte-Nord et l'Abitibi-Témiscamingue. Récemment, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue a reçu le financement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour leur mise en place. Ce déploiement implique d'établir des mécanismes de collaboration avec plusieurs acteurs. Ainsi, ce projet en organisation vise à s'attarder à la collaboration. Pour mieux le situer, nous aborderons, dans ce chapitre, le contexte historique, le cadre légal de la profession, l'offre des services de sage-femme (SSF) et le contexte organisationnel du projet. Cette mise en contexte servira d'appui pour exposer la problématique, afin de converger vers le mandat et les questions de recherche.

1.1. Contexte historique de l'intégration de la pratique sage-femme au système de santé québécois

Au Québec, l'accès aux SSF repose sur le succès de son intégration dans le système de santé (Gouvernement du Québec, 1997). Au cœur de ce succès se trouve la collaboration entre les acteurs qui a des répercussions sur les cinq dimensions de l'intégration : l'intégration des soins, celle de l'équipe clinique, celle fonctionnelle, celle normative et celle systémique (Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001). Cette collaboration est un pilier incontournable pour offrir des SSF sécuritaires et de qualité, et pour répondre aux besoins et demandes de la population (Behruzi, Klam, Dehertog, Jimenez et Hatem, 2017). Dans cette section, la période de résurgence de la profession sera discutée pour comprendre l'ancrage des dynamiques entre le corps médical et les sages-femmes. Notre expérience de déploiement de nouveaux SSF en Eeyou Istchee sera abordée, en mettant l'accent sur la collaboration.

Répertoriée dans les écrits scientifiques et ceux de la sphère publique, la collaboration entre les sages-femmes et le système médical est un enjeu, voire un frein, à sa réémergence contemporaine. Comparé aux autres provinces ayant procédé à la légalisation dans la même période, l'accès aux SSF au Québec demeure limité : en 2021, en Colombie-Britannique et en Ontario, de 20 à 25% des naissances sont assistées par des sages-femmes, alors qu'au Québec, elles se chiffrent à 4,3% (Association canadienne des sages-femmes, 2021).

La résurgence de la pratique SF au Québec s'est appuyée sur la mobilisation citoyenne et le mouvement des femmes, dans le cadre des luttes concernant la justice reproductive et les droits des femmes (Giroux, 2008). Plusieurs acteurs ont pris part au processus : le gouvernement, les regroupements citoyens et de femmes, les deux groupes de sages-femmes, qui étaient alors l'Alliance des sages-femmes praticiennes et l'Association des sages-femmes diplômées, les fédérations professionnelles des médecins et des infirmiers et des infirmières, des organismes indépendants, les grandes organisations syndicales, les ministres de la Santé et des Services sociaux, la ministre de la Justice, des chercheurs et professeurs universitaires,

les associations des établissements de santé, les médias et la clientèle des sages-femmes (Giroux, 2008). Le Québec a été la seule province canadienne à procéder à l'évaluation de la pratique SF sous forme de projets pilotes avant de légaliser cette profession en 1999 (Vadeboncoeur, 2004). Malgré le nombre d'alliés et de sympathisants, le gouvernement a eu à retarder la légalisation, par la mise en place de projets pilotes, considérant l'opposition médicale face à la reconnaissance des sages-femmes et à leur intégration dans le système de santé québécois (Giroux, 2008 ; Vadeboncoeur, 2004). Cette opposition médicale s'est manifestée par l'incitation au boycottage des projets pilotes et des ententes de collaboration avec les sages-femmes par les quatre fédérations médicales, la Corporation professionnelle des médecins du Québec (Collège des médecins du Québec) et l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (Giroux, 2008 ; Vadeboncoeur, 2004). Publiquement, les fédérations ont tenu des conférences de presse à cet effet : le président de la Fédération des médecins spécialistes y a déclaré que les sages-femmes sont non nécessaires au Québec (Giroux, 2008). En rétrospective, cette controverse a créé une occasion d'imaginer un modèle sans précédent au niveau canadien à l'époque : les maisons de naissance. Ce contexte hostile a eu en conséquence une portée sur l'intégration des soins lors du déploiement des projets pilotes (Gouvernement du Québec, 1997 ; Fraser et Hatem-Asmar, 2004).

Au-delà de la concurrence potentielle, une partie des tensions peuvent s'expliquer par les différents paradigmes de santé qui sous-tendent la profession SF et celle médicale. Le modèle de soins SF s'inscrit dans le paradigme de la salutogenèse, avec une approche féministe, contrairement à celui de la pathogenèse dominant l'approche médicale en soins de santé maternelle des systèmes de santé contemporains (Muggleton et Davis, 2022). Cette divergence épistémologique entre ces paradigmes comporte des enjeux de compréhension dans les sphères de collaboration.

Le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James a tenté, en vain, de déployer des SSF en 2008-2010. L'échec fut principalement dû à l'opposition du corps médical. Cet établissement de santé a investi pendant des années dans les services de

consultants, dont un obstétricien allié à la pratique SF, pour répondre aux préoccupations des médecins. Pendant que nous coordonnions le déploiement des premiers SSF au Québec auprès et avec des Premières Nations, en Eeyou Istchee de 2017 à 2021, nous avons constaté des inquiétudes du côté infirmier. Cette insécurité est également mentionnée dans des études et des écrits documentant l'intégration de la pratique SF dans d'autres régions de la province (Behruzi et autres, 2017 ; Giroux, 2008). Dans un tel contexte, le modèle de pratique et les articulations de la collaboration ont évolué en fonction des demandes de la population, des personnes usagères, des professionnels et des ressources en région éloignée. Malgré tout, en Eeyou Istchee, la négociation d'ententes de consultations et de transferts à un médecin ainsi qu'une redéfinition des trajectoires des suivis de grossesse qui sont effectués par les infirmières, pour y inclure le choix de sages-femmes, étaient nécessaires. Cette redéfinition de trajectoires a conduit à un accès et une offre unique de services dans la province : les représentantes de santé de la communauté se sont impliquées pour offrir le choix du professionnel effectuant le suivi. Les sages-femmes se sont engagées à suivre les femmes, peu importe le choix du lieu ou mode d'accouchement.

En conclusion, ce contexte historique met en évidence l'importance de susciter des conditions optimales de collaboration entre les professionnels. À une échelle régionale, nous avons pu faire le constat de l'importance d'établir des relations avec les acteurs, de tenir compte de leurs propres interactions et interdépendances pour un déploiement novateur réussi. Le modèle de gestion du changement classique comporte des limites, alors que les bases de l'implantation de nouveaux services impliquent une modulation en fonction des intérêts des acteurs pour répondre aux besoins spécifiques de la population desservie.

1.2. Encadrement de la pratique sage-femme au Québec

L'an 2024 marque le 25^e anniversaire de l'adoption de la Loi sur les sages-femmes (RLRQ c. S-0.1). Cette loi est le point d'ancrage du cadre légal de la profession de SF contemporaine au Québec. Cette section abordera l'encadrement de la pratique pour situer légalement le

cadre du projet. Plus précisément, nous présenterons la Loi sur les sages-femmes, les modifications effectuées dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour intégrer structurellement la profession dans le système de santé, la nécessité de négocier des ententes de collaboration pour pratiquer et le rôle de responsable des SSF, dont nous occupons les fonctions dans le cadre du projet.

La Loi sur les sages-femmes fut l'aboutissement des projets pilotes, formalisant et balisant la pratique SF au Québec (Giroux, 2008). Donnant suite aux recommandations du Conseil d'évaluation des projets-pilotes (Gouvernement du Québec, 1997), le Gouvernement du Québec procède en 1999 à la pérennisation de la pratique SF en adoptant la Loi sur les sages-femmes (RLRQ c. S-0.1). Cette loi définit autant le champ de pratique d'une SF que son intégration au sein du système professionnel, par la création de l'Ordre des sages-femmes du Québec. Ainsi, il est ajouté au Code des professions (RLRQ c. C-26) et le titre professionnel « sage-femme » devient réservé aux membres de l'ordre, qui sont les seules à pouvoir exercer les activités professionnelles déterminées par la Loi sur les sages-femmes (Gouvernement du Québec, 2015).

L'ajout d'une nouvelle profession dans le réseau de santé a nécessité des modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ c. S-4.2) pour viser une intégration structurelle. De nouvelles structures et mécanismes ont vu le jour : l'institution d'un conseil des sages-femmes dans chaque établissement public, le processus d'octroi de contrat conférant un statut de contractuelles aux sages-femmes, la création du rôle des responsables des SSF, le traitement de plaintes et les mécanismes de prise de mesures disciplinaires à l'égard d'une SF ainsi que l'exclusion de l'application des dispositions du Code du travail et de la Loi sur les normes du travail aux sages-femmes. De plus, puisque le Regroupement Les sages-femmes du Québec a occupé le rôle d'association professionnelle depuis 1995-1996, il est reconnu comme l'interlocuteur représentatif de ces nouvelles professionnelles pour négocier une entente encadrant les conditions de travail (Giroux, 2008). Il est devenu un

partenaire incontournable au développement de la profession, en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (Gouvernement du Québec, 2015).

Afin de prévoir l'accès au soutien médical et l'option d'enfanter à l'hôpital avec SF, deux articles ont été ajoutés à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ c. S-4.2). Cette loi énonce que les conditions de collaboration entre les sages-femmes, les médecins et le personnel infirmier doivent être inscrites dans une entente qui lie tous les médecins visés. Le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (RLRQ c. S-01, r.4) détermine les motifs où une SF est tenue de consulter un médecin ou de procéder à un transfert de soins. Lors de la mise en place de nouveaux services, cela implique de négocier des ententes de collaboration afin d'être minimalement en mesure d'effectuer une consultation médicale ou un transfert de soins lorsque la situation de santé de la clientèle le requiert ou selon les conditions prévues par règlement.

Ainsi, les sages-femmes s'introduisent formellement dans les structures des établissements de santé. Le nouveau titre de responsable des services de sage-femme (RSSF) apparaît sur les organigrammes des établissements. Celle-ci porte officiellement la responsabilité d'assurer la coordination des services, de surveiller et de contrôler la qualité des actes des sages-femmes, d'élaborer les règles de soins et d'assurer une distribution appropriée des services dispensés pour l'établissement (Loi sur les services de santé et des services sociaux. RLRQ c. S-4.2). En raison de leurs fonctions, les responsables contribuent au rattachement administratif des SSF aux établissements. En contexte d'implantation de services, elles ont un rôle crucial pour la négociation des ententes de collaboration. Ainsi, être outillées à faciliter la collaboration en tant que RSSF dans un contexte de déploiement est décisif pour établir de telles ententes.

En somme, l'encadrement de la pratique SF agit comme soutien à son intégration autant dans le système professionnel que dans le réseau de santé. La négociation d'ententes repose sur la capacité d'établir des liens qui seront formalisés pour permettre une pratique sécuritaire et

l'accès à du soutien médical en temps opportun. Les RSSF, étant elles-mêmes sages-femmes, agissent à l'interface de la pratique clinique et de la gestion. Elles ont un rôle central pour l'atteinte d'un accord lors des négociations d'ententes, qui serviront de base pour la collaboration clinique. L'implantation de nouveaux SSF en établissement implique des changements à plusieurs niveaux : la modification des structures organisationnelles pour y ajouter celles de la pratique SF en établissement, l'ajout de nouveaux services en première ligne, l'intégration d'une nouvelle profession avec un paradigme de la santé et une philosophie distincte du modèle médical, le développement d'un leadership clinique et clinico-administratif par des sages-femmes et la création de nouveaux mécanismes clinico-administratifs.

1.3. Offre des SSF en établissement

L'offre de SSF s'est développée à travers l'expérience des projets pilotes. Cette section abordera les effets découlant de cette offre et sa programmation usuelle en maison de naissance.

Les SSF et la mise en place de maisons de naissance permettent un renouvellement de la culture de l'accouchement physiologique (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012 ; Ordre des sages-femmes du Québec, 2011). La santé des femmes à moyen et long terme ainsi que celle des futures générations peuvent en bénéficier. Plus spécifiquement, au Québec, l'intégration de SSF comprend les bénéfices suivants, en se basant sur les seules études effectuées auprès de la population québécoise (Blais & Joubert, 1997 ; Koto et autres, 2019 ; Ordre des sages-femmes du Québec, 2011 ; Rouillier, 2015 ; Stoll et autres, 2023) :

- réduction des interventions obstétricales et pédiatriques;
- hausse d'accouchements physiologiques;
- hausse des taux d'allaitement;

- réduction des taux de prématurité et de bébés de faible poids;
- réduction des hospitalisations et du recours à l'urgence en grossesse;
- réduction de la durée des séjours en centre hospitalier (mère et bébé);
- réduction des coûts des soins périnataux;
- réduction du stress et des dépressions périnatales;
- satisfaction accrue de l'expérience de l'enfantement.

Dans la province, les SSF sont rattachés à un établissement public de santé et exercent principalement à partir de maisons de naissance (Gouvernement du Québec, 2015). Habituellement, une offre de SSF comprend la programmation suivante (Gouvernement du Québec, 2015) :

- les suivis de maternité complets (le suivi de grossesse, l'accouchement et le suivi postnatal);
- le choix du lieu de naissance ;
- les rencontres prénatales et postnatales de groupe ;
- le soutien à l'allaitement ;
- les activités de promotion et de prévention ;
- un milieu de stage et de formation ;
- la participation à des comités en périnatalité.

1.4. Contexte organisationnel : le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Ce projet de recherche se déroule au sein du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. L'Abitibi-Témiscamingue fait partie des trois dernières régions à être dépourvues de SSF. Afin de comprendre le contexte organisationnel et la portée potentielle d'une telle offre de services, les aspects suivants seront présentés : les faits saillants des issues maternelles et néonatales de la région, la mobilisation citoyenne revendiquant l'accès aux services, le CISSS en tant

qu'organisation et sa vision des services et la réponse ministérielle. Pour terminer, la complexité et certains enjeux en lien avec le déploiement des SSF seront abordés.

Cette région enregistre un taux de césariennes supérieur à la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé (24% contre 10%) (Institut canadien d'information sur la santé, 2021 ; Organisation mondiale de la Santé, 2014). Elle a un taux de prématurité et de bébé de faible poids à la naissance supérieur au reste de la province ainsi qu'un taux d'allaitement moindre (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2015 ; Institut de la statistique du Québec, 2021).

Depuis 2014, un regroupement citoyen, Objectif Sages-Femmes Abitibi-Témiscamingue, milite pour l'accès à des services de sages-femmes en faisant pression sur l'agence régionale de l'époque (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2022). Ce groupe a entrepris différentes démarches, dont le dépôt d'une pétition au CISSS ayant abouti à un partenariat avec le CISSS en travaillant ensemble pour concrétiser le projet.

En Abitibi-Témiscamingue, la demande pour un suivi et un accouchement avec une SF est nettement plus élevée que dans le reste de la province (39% contre 10%) (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2021 ; SOM recherches et sondages, 2005). De surcroît, plus de la moitié des répondantes du questionnaire régional (52,9%) souhaitent avoir le choix d'un lieu en dehors de l'hôpital, dont près du trois quarts serait en maison de naissance (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2021). Cette demande d'accès est également présente chez les femmes et les familles autochtones, autant pour le suivi par une SF que pour le choix du lieu de naissance (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2021). L'implantation de tels services en région demande une approche novatrice dans un contexte d'un vaste territoire réparti en cinq municipalités régionales de comté (MRC), sept communautés autochtones, une population autochtone en milieu urbain et une densité populationnelle peu élevée.

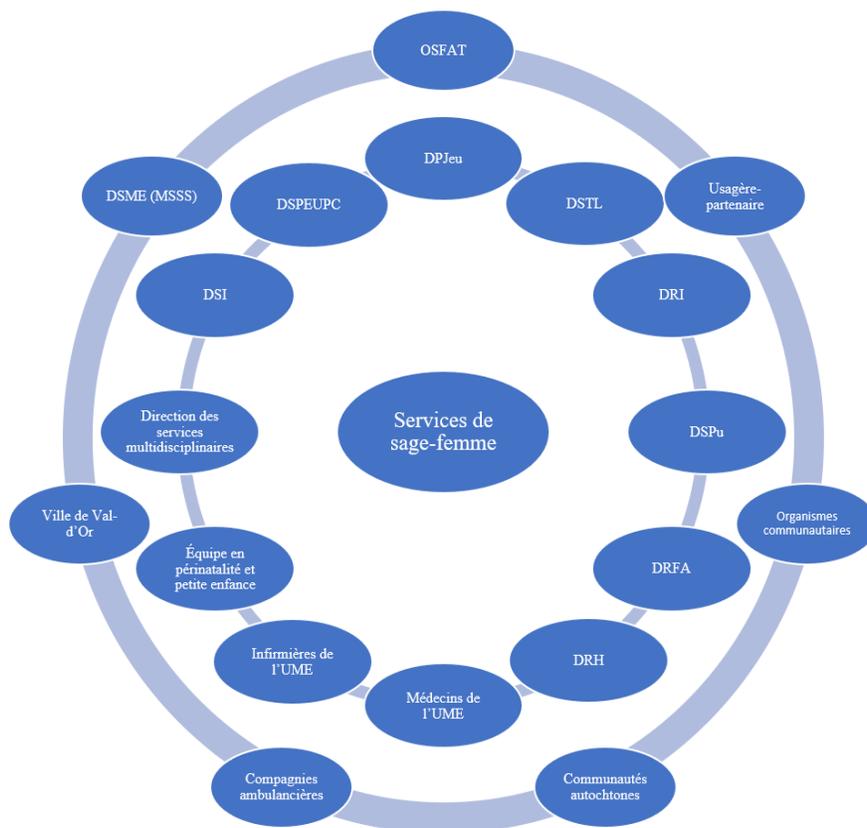
Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue assure la responsabilité populationnelle de la région de l'Abitibi-Témiscamingue afin de répondre aux besoins en matière de santé et de services sociaux, d'adapter l'offre de services, d'agir sur les déterminants de la santé pour diminuer la demande de soins et de soutenir l'autonomisation (Institut national de santé publique du Québec, 2022). Sa mission organisationnelle est de : « maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population de la région en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés, de qualité et durables, contribuant ainsi au développement social et économique de l'Abitibi-Témiscamingue » (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2024). Sa vision est : « unir nos forces vers l'excellence pour le bien-être des gens d'ici » (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2024). Quatre valeurs guident cet établissement dans l'accomplissement de sa mission pour concrétiser sa vision : l'humanisme, l'engagement, la collaboration et la transparence (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2024).

De 2021 à 2022, nous avons été engagée à titre de chargée de projet pour mettre en lumière les besoins d'accès à ces nouveaux services et pour coconstruire une structure de services afin de déposer une demande de financement au ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans sa demande, le CISSS fait état de sa vision du déploiement : des SSF implantés dans chaque MRC où l'ensemble de la population bénéficie des choix offerts. L'établissement planifie la concrétisation de cette vision à long terme par un déploiement séquentiel de services, en débutant par la MRC de la Vallée-de-l'Or. Lors de ce dépôt, en 2022, le CISSS propose d'implanter les SSF au sein des installations d'un organisme communautaire, la Maison de la Famille de Val-d'Or (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2022). Malheureusement, durant la période d'attente de la réponse ministérielle, les locaux de l'organisme ont été attribués à une autre utilisation.

En avril 2023, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est officiellement engagé à subventionner à 100% ces futurs services dans la MRC de la Vallée-de-l'Or. L'établissement, en tant que levier de changement, entame la phase d'implantation desdits services. En parallèle, le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or prévoit, en concertation avec le CISSS, de déployer des services de santé aux personnes autochtones en milieu urbain, au sein desquels une future SF de l'établissement y pratiquera à la hauteur de deux jours par semaine.

Ainsi, le déploiement de SSF dans un tel contexte s'avère complexe. D'abord, il y a une forte demande pour une installation de type maison de naissance. Cependant, le gouvernement n'a pas prévu de telles installations pour la région (Gouvernement du Québec, 2015). Ainsi, un enjeu est d'identifier un lieu permettant d'offrir l'enfantement en dehors de l'hôpital qui sera satisfaisant pour les acteurs. Il faut également établir une entente de consultations et transferts médicaux et une autre pour l'enfantement avec SF à l'hôpital, sous forme de politiques régionales et de procédures locales. Cette implantation implique également de desservir les communautés autochtones, dont la collaboration avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. Ensuite, plusieurs acteurs de la MRC de la Vallée-de-l'Or sont impliqués pour établir l'ensemble des mécanismes de la pratique SF en établissement : le regroupement citoyen Objectif Sages-Femmes Abitibi-Témiscamingue (OSFAT), une usagère-partenaire, les deux communautés autochtones de la MRC, la direction du programme jeunesse, des organismes communautaires, les médecins de l'unité mère-enfant (UME) (les médecins de famille et les obstétriciens-gynécologues), les infirmières de l'UME, l'équipe de périnatalité et de la petite enfance de santé publique, la direction des services techniques et logistique, la direction des soins infirmiers, la direction des services professionnels, de l'enseignement universitaire et de la pertinence clinique, la direction de santé publique, la direction des services multidisciplinaires, la direction des ressources humaines, la direction des ressources financières et approvisionnement, la direction des ressources informationnelles, les compagnies ambulancières, la direction santé mère-enfant du ministère de la Santé et des Services sociaux et la Ville de Val-d'Or. La figure 1 présente les partenaires internes et externes pour la mise en place des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or.

Figure 1 : Partenaires internes et externes pour la mise en place des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or



1.5. Problématique, mandat, questions de recherche et livrables

La collaboration entre les sages-femmes, les médecins et le corps infirmier demeure une difficulté dont nous avons pu être témoin lors de nos expériences de déploiement des SSF. De plus, la pluralité des acteurs ajoute un niveau de complexité pour établir des relations, une compréhension commune pour faire une œuvre collective contribuant à la santé populationnelle. Dans cette section, le mandat de recherche, un aperçu des assises théoriques et les questions de recherche pour y répondre seront exposés. Les assises seront détaillées dans le chapitre 2. Cette section se terminera avec les livrables attendus.

Au sein de l'établissement de santé, sous la direction du programme jeunesse agissant en tant que mandante, notre mandat est de coordonner le déploiement des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or, en y renforçant la collaboration entre les acteurs principaux, à titre de RSSF. Pour le réaliser, nous effectuons une recherche-intervention qui s'échelonne sur douze mois dans une posture de gestionnaire-chercheur. Cette recherche s'appuie sur deux cadres conceptuels : la théorie de l'acteur-réseau (TAR) et les sciences de l'implantation.

La TAR, appliquée de façon normative, est retenue pour sa capacité, soutient-on, à forger une collaboration entre des acteurs aux intérêts divergents. Elle est également retenue pour son potentiel de soutien à l'innovation collaborative pour dépasser les étiquettes d'« opposants » et d'« alliés » de la stratégie sociodynamique en gestion de projet (Van Laethem, 2019). Elle nous semble prometteuse pour atteindre l'objectif-idéal du projet qui consiste à favoriser l'intégration des soins de la pratique SF, s'appuyant sur une pratique collaborative entre les acteurs, afin d'améliorer l'accès aux femmes et familles aux SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or.

Cette théorie a été développée à la fin des années 1980. Elle fut conceptualisée par Callon (1986), qui l'a nommée initialement la sociologie de la traduction. Il l'a théorisée à partir de recherches effectuées sur la domestication des coquilles Saint-Jacques, en France. Peu d'études l'ont utilisée comme théorie normative pour soutenir le changement à travers les mises en relation des acteurs (Durand, Baret et Krohmer, 2018). Notre projet permet donc d'explorer ce potentiel. Par ailleurs, nous pensons que les facteurs inspirés des sciences de l'implantation pourraient faciliter les étapes de mise en réseau de la TAR qui seront discutées au chapitre 2. Notre cadre combinera donc la TAR aux sciences de l'implantation.

Puisque nous effectuons une recherche-intervention, le présent mandat vise également à mener une réflexion sur la démarche même qui sera utilisée pour voir dans quelle mesure elle pourrait être reprise pour le déploiement des SSF dans les autres MRC de l'Abitibi-Témiscamingue. Pour ce faire, nous cherchons à répondre à une question générale et à deux questions spécifiques. La question générale est : comment une gestionnaire-chercheur peut-

elle utiliser la TAR bonifiée des facteurs dérivés des sciences de l'implantation, en tant qu'approche normative, pour coordonner l'intégration de nouveaux SSF dans un établissement régional de santé et susciter l'innovation collaborative ?

Les questions spécifiques sont : comment la TAR bonifiée des sciences de l'implantation contribue-t-elle à la mise en réseau pour renforcer la collaboration entre les acteurs ? Comment une meilleure compréhension des intérêts des acteurs, grâce aux controverses, suscite-t-elle l'innovation ?

Ainsi, au terme de ce projet, les livrables en lien avec le mandat qui nous est confié seront, pour leur part, les suivants :

- un projet conçu en fonction des intérêts des acteurs et de l'évolution de leurs intérêts en cours de mise en œuvre ;
- des activités et des dispositifs d'intéressement qui contribuent à la mise en réseau en soutien au déploiement des SSF ;
- une analyse du projet au regard de la TAR bonifiée des facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation qui permettra de comprendre l'évolution du projet vers sa forme finale, en fonction de l'évolution des intérêts des acteurs et d'entrevoir ses points forts et ses points faibles ;
- des recommandations pour la poursuite du projet et les prochains déploiements de SSF.

Le livrable, en lien avec nos questions de recherche, sera un rapport servant de cadre de référence à l'intention des gestionnaires pour utiliser l'approche normative développée et présentant, plus précisément :

- un cadre théorique qui pourrait servir lors de l'implantation séquentielle de SSF dans les cinq MRC desservies ;

- des activités et des outils méthodologiques qui pourraient servir à nouveau lors de la gestion de projets similaires ;
- une discussion de l'intérêt sur les moyens et les facteurs renforçant la collaboration ;
- une réflexion sur les pistes d'amélioration de la mise en œuvre du cadre théorique retenu.

Puisque l'établissement prévoit une implantation séquentielle de services dans les cinq MRC desservies, un intérêt est d'autant plus marqué par la mandante pour soutenir l'établissement à mettre en place des conditions favorables à l'innovation collaborative dans la MRC de la Vallée-de-l'Or dans un but de faciliter un transfert des connaissances pour les déploiements subséquents (Callon, Lhomme & Fleury, 1999).

Pour conclure, le déploiement de SSF, dans une région géographiquement isolée à faible densité populationnelle qu'est l'Abitibi-Témiscamingue, nécessite d'établir une collaboration avec plusieurs acteurs. Le contexte historique, le cadre légal de la profession, l'offre des SSF et le contexte organisationnel du projet ont été présentés pour situer le projet et sa problématique. Une recherche-intervention est effectuée par la RSSF en tant que gestionnaire-chercheure pour déployer ces nouveaux services en s'appuyant sur le développement de collaborations avec les acteurs concernés. Deux cadres théoriques servent d'assise : la TAR bonifiée des facteurs d'influence provenant des sciences de l'implantation.

CHAPITRE 2. THÉORIE DE L'ACTEUR-RÉSEAU ET DES SCIENCES DE L'IMPLANTATION

La mise en place de nouveaux SSF implique la construction de collaborations. Cette recherche offre une occasion exclusive de suivre et d'agir sur le processus décisionnel d'implantation de nouveaux services de santé et de l'analyser a posteriori.

Chaque région sociosanitaire a son contexte et ses fonctionnements spécifiques. Développer des SSF en Abitibi-Témiscamingue, où la densité populationnelle est faible, dans une région isolée géographiquement, nécessite l'adaptation de l'offre de services, et une collaboration étroite avec les acteurs en place. En ce sens, la TAR a été retenue afin de coconstruire une pratique innovante tout en articulant un réseau à la base de la collaboration. Par ailleurs, pour soutenir la mise en réseau et en comprendre les facteurs d'influence dans le contexte de déploiement de SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or, le modèle théorique des facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation a été retenu.

Ce chapitre est scindé en deux sections principales. D'abord, la TAR et ses étapes de mise en réseau seront discutées. Par la suite, les facteurs d'influence provenant des sciences de l'implantation seront présentés. Ces deux théories seront utilisées pour accomplir le mandat et répondre aux questions de recherche, dans une perspective d'adopter une gestion du changement polyphonique, en potentialisant les facteurs d'influence et en considérant les intérêts des acteurs pour innover grâce à la collaboration (Pichault, Castro et Chevalier, 2021).

2.1. Théorie de l'acteur-réseau et son intérêt pour la gestion du changement

La TAR a été développée initialement par Callon (1986) comme mentionné au chapitre précédent. Un réseau se construit, en libre association, autour d'une problématique commune pour aboutir à un consensus innovant. Cette théorie repose sur la notion de symétrie sans frontière entre la Nature et la Société où les controverses amènent les acteurs humains et non-

humains à développer une communication commune de leur point de vue du monde et à suggérer des versions différentes des réalités perçues (Callon 1986). Le vocabulaire de la traduction est retenu autant pour les éléments techniques, naturels que sociaux.

Touati, Marion et Maillet (2021) ont fait une analyse critique de deux situations québécoises visant la collaboration intersectorielle où des espaces réflexifs ont été développés à cette fin. Les autrices ont repris le cadre conceptuel de Callon (1986). Elles se sont attardées sur les connexions entre les acteurs et les actants qui sont des sources d'action. Elles ont proposé de mettre l'accent sur les actions de mise en réseau pour étudier la collaboration innovante au sein d'espaces réflexifs par la confluence des intérêts des acteurs.

La TAR permet de s'attarder au processus et aux structures de la gestion du changement et de concevoir les désaccords et les négociations comme étant favorables pour l'adaptation du projet. Dans un tel contexte, le projet devient mutable, les relations, hétérogènes. Le succès de la démarche ne repose pas seulement sur sa planification ou son originalité, mais davantage sur le processus dynamique et collectif de collaboration (Alphonse-Tilloy et Devienne, 2020 ; Callon, Lhomme et Fleury, 1999). Au cœur de ce processus se trouvent les traductions opérées par les acteurs qui tentent de créer l'innovation. Le processus de traduction se définit comme étant l'ensemble des moyens pour relier les autres à soi (Durand, Baret et Krohmer, 2018). Comme le dépeignent Callon, Lhomme et Fleury (1999), la personne traductrice doit avoir la capacité d'accueillir les commentaires et de concevoir la mutabilité du projet en fonction des acteurs et de l'importance des controverses pour dégager les intérêts à prendre en compte.

Il faut des chercheurs ou des ingénieurs d'un genre un peu particulier, qui ne soient pas persuadés que leurs solutions sont forcément les meilleures et qui acceptent de reconnaître que, s'il y a des résistances à l'innovation, ce n'est pas parce que les acteurs sont irrationnels ou obtus, c'est parce qu'ils ont des intérêts, des attentes ou des besoins, qui n'ont pas été pris en considération. (Callon, Lhomme et Fleury, 1999 : p.116)

L'application de cette théorie encourage une démarche de projet non hiérarchique et écologique. Dans cette démarche, l'ensemble des acteurs humains et non humains d'un écosystème contribuent au processus d'innovation grâce à leurs intérêts convergents, et les frontières de la collaboration évoluent (Alphonse-Tilloy et Devienne, 2020). Cette démarche est différente de l'approche classique où le rôle du gestionnaire de projet est de gérer la résistance au changement en posant un diagnostic des préoccupations et d'influencer l'appropriation du changement par les individus (Bareil, 2008). La TAR amène les gestionnaires à modifier le projet pour répondre aux intérêts des acteurs qui peuvent se manifester sous forme de préoccupation. Cette théorie met davantage l'emphase sur le processus de coconstruction et l'innovation collective potentielle, grâce à la mise en réseau des acteurs, que l'approche classique.

Le processus de traduction implique inévitablement une évolution du projet en fonction des intérêts et du réseau qui se construit (Denis, Langley et Rouleau, 2008). L'accent est mis sur les relations et la collaboration. Compte tenu de l'arrivée de nouvelles professionnelles dans un contexte de pratique différent de l'habituel et s'écartant de la culture hiérarchique hospitalière ou médicale, cette théorie est retenue pour son potentiel de décroisement et d'adaptabilité de l'offre de services. Elle favorise l'émergence d'innovations dans la pratique au sein d'un espace réflexif qui a pris la forme d'un centre de traduction dans le cadre de cette recherche. Les étapes de cette théorie que sont la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et le rallongement du réseau seront décrites dans cette section.

2.1.1. La problématisation

Lors de la problématisation, un réseau d'acteurs humains et non humains se construit par l'énonciation d'un ou des problèmes qui canaliseront les actions (Dervaux, Pichault et Renier, 2011). Pour ce faire, le point de départ d'intérêt, étant le ou les problèmes, sert de liaison pour développer des associations (Touati, Marion et Maillet, 2021). En son centre, un acteur cherche à devenir essentiel aux autres acteurs qu'il a identifiés par la formulation d'un

problème (Callon, 1986). À ce stade, un constat émerge : la mise en réseau autour d'une interrogation énoncée devient bénéfique pour les acteurs concernés (Callon, 1986). Le problème s'accorde avec les intérêts respectifs de ces derniers (Dervaux, Pichault et Renier, 2011). Ainsi, la problématisation est un processus dynamique, orienté par les intérêts des acteurs, pour définir un ou des problèmes porteurs de sens (Callon, 1986 ; Durand, Baret et Krohmer, 2018 ; Touati, Marion et Maillet, 2021).

Pour que les acteurs en arrivent à cette conclusion, un « point de passage obligé » doit être élaboré : ceux-ci doivent reconnaître que, pour en tirer les bénéfices, le ou les problèmes servent de point de ralliement (Callon, 1986 ; Durand, Baret et Krohmer, 2018 ; Suárez-Herrera, White et Battaglini, 2013). Pour parvenir à une problématisation réussie, les acteurs doivent en conclure qu'il est dans leur intérêt de travailler ensemble pour accroître l'effet synergique sur le problème commun (Touati, Marion et Maillet, 2021). Ainsi, à partir de la formulation d'un problème et de l'identification d'acteurs dont les intérêts à le résoudre se révèlent par un point de passage obligé commence à se tisser un réseau à la base de la collaboration.

2.1.2. L'intéressement

Une fois qu'un problème et des acteurs ont été identifiés, la traductrice, qui agit en tant que promotrice du projet, développera des outils pour susciter l'intérêt pour une participation active à la démarche d'innovation. Cela valide la problématisation (Alphonse-Tilloy et Devienne, 2020 ; Durand, Baret et Krohmer, 2018 ; Touati, Marion et Maillet, 2021). Ces moyens déployés sont qualifiés de dispositifs d'intéressement ou encore, d'objets frontières (Akrich, Callon et Latour, 1988 ; Alphonse-Tilloy et Devienne, 2020 ; Callon, 1986 ; Durand, Baret et Krohmer, 2018).

Ces dispositifs jouent un rôle dans la création de la mise en réseau, en facilitant la traduction, agissant comme point d'ancrage des intérêts et des liens entre les acteurs (Akrich, Callon et Latour, 1988). Afin de rendre la compréhension accessible et de traduire la complexité des

intérêts en termes ou symboles simplifiés, les dispositifs favorisent la coconstruction d'une vision commune (Durand, Baret et Krohmer, 2018). Ils sont identifiables en discernant l'ensemble des leviers utilisés qui ont suscité l'intérêt des acteurs à se lier et à participer au projet (Akrich, Callon & Latour, 1988 ; Durand, Baret et Krohmer, 2018). Ainsi, lorsque l'intéressement est réussi, une structure sociale en réseau prend forme liant les acteurs en interaction à l'aide des dispositifs utilisés, servant d'outils de traduction (Akrich, Callon et Latour, 1988 ; Callon, 1986).

De plus, les dispositifs d'intéressement contribuent à fixer l'identité des acteurs identifiés à l'étape précédente et à les inciter à opter pour le processus proposé par la personne traductrice (Callon, 1986). Dans un tel contexte, le réseau s'établit entre le promoteur du projet et les acteurs (Callon 1986).

Lors de cette étape, un plan général du projet et sa structure sont proposés aux acteurs (Suárez-Herrera, White et Battaglini, 2013). Pour atteindre l'objectif commun établi lors de la problématisation, la traductrice, en tant que promotrice du projet, pourra mettre en place un comité de pilotage qui servira de dispositif d'intéressement sous la forme d'un centre de traduction (Dervaux, Pichault et Renier, 2011).

2.1.3. L'enrôlement

L'enrôlement est l'aboutissement d'un intéressement fructueux suite à l'interaction avec les dispositifs (Touati, Marion et Maillet, 2021). À cette étape, les acteurs ou leurs représentants interagissent à l'intérieur d'un réseau dont le centre de traduction devient un espace de coconstruction d'innovation et dont les intérêts se concrétisent en action. Lors de cette étape, ce centre pourra servir d'espace interactif et collectif d'innovation. Les controverses permettront de révéler les intérêts, briser les silos, générer des idées et réorganiser le réseau (Alphonse-Tilloy et Devienne, 2020 ; Touati, Marion et Maillet, 2021).

Les porte-paroles, ou représentants, ont un rôle de performance. Ils matérialisent l'apparence d'unicité d'un groupe, singularisé à travers un seul acteur (Callon, Lhomme et Fleury, 1999). Afin d'agir en tant que représentants, ceux-ci doivent établir leur légitimité identitaire en relation avec les autres acteurs. Le niveau de performance des représentants est associé à celui de la traduction (Callon, Lhomme et Fleury, 1999). La relation s'établit entre les porte-paroles et le promoteur, tout en soulevant l'enjeu potentiel de représentativité que peut supposer une telle organisation en réseau (Callon, 1986). Lorsqu'ils sont enrôlés, les acteurs, par le biais de leurs représentants, obtiennent des rôles : ils se mobilisent activement pour accomplir le projet commun (Durand, Baret et Krohmer, 2018). Au cours de cette phase, leur identité de porte-parole devient double : ils sont porte-paroles de leur groupe identitaire au sein du projet tout en devenant porte-parole du projet auprès de leur groupe et de nouveaux partenaires.

Établir une procédure de fonctionnement, sous la forme d'un cadre de référence, peut agir comme point de bascule de l'enrôlement, engageant les acteurs dans la coconstruction de l'espace et du processus (Suárez-Herrera, White et Battaglini, 2013). À cette étape, le comité de pilotage, en tant que centre de traduction, est un espace de négociations, de compromis et de controverses (Dervaux, Pichault et Renier, 2011 ; Touati, Marion et Maillet, 2021). Émettre des doutes, des désaccords, des préoccupations ne sont pas interprétés comme des résistances. Cela contribue à l'intelligibilité du processus innovant en suscitant de nouvelles idées par la négociation des intérêts (Callon, 1986). La résolution des controverses sert aussi à produire une définition partagée du problème, faisant suite à des compromis, processus au cours duquel le système d'alliances se réorganise (Touati, Marion et Maillet, 2021). Ces échanges sont les germinations de la gestion de l'innovation vers des choix et volontés stratégiques (Akrich, Callon et Latour, 1988).

Le centre de traduction devient l'espace incontournable de coordination des actions, d'alliances et un mécanisme pour suivre l'évolution du projet qui se transforme tout en se rattachant à la problématisation initiale (Dervaux, Pichault et Renier, 2011 ; Suárez-Herrera,

White et Battaglini, 2013). Cet espace repose sur le réseau établi : l'enrôlement du maillon le plus faible fait la force de l'association, qui peut être temporaire ou à plus long terme (Akrich, Callon et Latour, 1988 ; Touati, Marion et Maillet, 2021).

2.1.4. Mobilisation et rallongement du réseau

L'étape de mobilisation et du rallongement du réseau est le résultat des actions des acteurs qui s'associent de nouveaux alliés, telle une ville se rattachant aux banlieues. Un enrôlement réussi engendre des actions mobilisatrices des porte-paroles envers leur groupe respectif, qui soutient activement le projet (Callon, 1986 ; Dervaux, Pichault et Renier, 2011). Cette étape est cruciale afin d'assurer la stabilité du projet, étendant les pratiques innovantes développées. À cette étape, les actions des porte-paroles légitiment les solutions retenues, issues de la résolution des controverses (Dervaux, Pichault et Renier, 2011 ; Durand, Baret et Krohmer, 2018).

La mobilisation est le prolongement de l'enrôlement et l'accomplissement de l'association d'acteurs pour construire la collaboration. En s'appuyant sur les connaissances générées par les sciences de l'implantation, la section suivante vise à dégager les facteurs théoriques pouvant agir en soutien ou nuire au réseautage des acteurs qui sont engagés dans une démarche de déploiement de pratiques innovantes.

2.2. Facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation

Pour déployer de nouveaux services, les sciences d'implantation offrent plusieurs théories. Ces sciences émergentes se sont développées afin de faire face aux défis d'intégration de la pratique basée sur les données probantes en santé (Nilsen, 2020). Selon la littérature, les enjeux entourant la réussite ou l'échec d'implantation de nouveaux services sont liés au contexte, au processus et à la gouvernance (Bogren et autres, 2022 ; Clavel, Paquet et Blais, 2015). Le modèle théorique des éléments propulsant la mise en œuvre du « cadre de l'implantation active » [traduction libre] (Fixsen et autres, 2021) bonifié par les recherches

québécoises en pratique SF sur les facteurs favorables sera utilisé pour faire ressortir les facteurs d'influence sur le processus de la mise en réseau des acteurs. Au Québec, deux études se sont attardées aux facteurs agissant sur les conditions optimales de pratique et le niveau de collaboration entre les professionnels. L'étude sur l'implantation de SSF en Montérégie par Clavel, Paquet et Régis (2015) fut la première et la seule à ce jour, à notre connaissance, à s'attarder aux facteurs favorables et défavorables au démarrage de tels services. Une étude de cas en maison de naissance et son centre affilié a également été faite en abordant la question des facteurs influençant la collaboration professionnelle (Behruzi et autres, 2017). Ces études concluent que les parties prenantes doivent être impliquées, dès le début, pour une intégration réussie.

Pour identifier et adapter les solutions à la problématique de la mise en place de SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or, le modèle théorique des éléments propulsant l'implantation du « cadre de l'implantation active » [traduction libre] (Fixsen et autres, 2021) a été bonifié par les recherches sur les facteurs favorables à l'ouverture de maisons de naissance (Batinelli et autres, 2022 ; Clavel, Paquet et Blais, 2015). Clavel, Paquet et Blais (2015) ont été mandatés par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie à faire l'analyse de l'implantation des SSF dans leur région. Ils en dégagent des facteurs agissant en soutien au déploiement de ce type de services et pouvant être appliqués dans d'autres régions québécoises. Ces facteurs seront pris en compte dans cette section dans le cadre plus large des composantes des sciences de l'implantation.

Le modèle théorique de l'implantation active comprend six composantes : les innovations opérationnelles, les éléments propulsant l'implantation, les équipes d'implantation, les étapes d'implantation, les cycles d'amélioration et le changement systémique (Fixsen et autres, 2021). Pour mieux cerner les stratégies en soutien à l'implantation de nouveaux SSF, les éléments propulsant l'implantation sont présentés dans cette section. Ils ont été identifiés par les chercheurs pour développer des compétences en innovation et en changement

organisationnel tout en suscitant un leadership favorable pour traduire l'innovation en pratique (Fixsen et autres, 2021).

2.2.1. Agir sur les systèmes/Innovation opérationnelle

Afin de mobiliser les acteurs dans une démarche de projet au sein d'un espace réflexif, la mise en place de mécanismes communicationnels, de partenariat et de réseautage facilite la capacité organisationnelle à instaurer des pratiques innovatrices (Fixsen et autres, 2021). Dans l'étude sur l'implantation des SSF en Montérégie, cet élément a pris la forme de comités régionaux et locaux avec des mandats définis où des ententes de collaboration ont été développées (Clavel, Paquet et Blais, 2015). Pour faire résonance avec la TAR, ces comités pourraient être qualifiés de « centres de traduction » et les ententes de collaboration, de « dispositifs d'intéressement ».

2.2.2. Gestionnaires facilitateurs

L'implication des gestionnaires pour l'implantation de nouveaux services est cruciale. Ils peuvent en faire la promotion, retirer les obstacles et soutenir l'adaptation des pratiques administratives nécessaires. En Montérégie, les gestionnaires « champions » ont eu un rôle clé pour l'intégration des services au sein de la structure de l'établissement (Clavel, Paquet et Blais, 2015).

2.2.3. Leadership technique

Le leadership technique facilite l'intégration d'objectifs dans les tâches. Il incite les professionnels à faire preuve d'innovation (Fixsen et autres, 2021). La participation d'une SF expérimentée travaillant conjointement avec un leader en obstétrique est considérée comme essentielle pour promouvoir une culture inclusive en faveur de l'intégration de nouveaux services (Batinelli et autres, 2022). En Montérégie, le leadership des chefs en obstétrique fut crucial pour l'implantation de services (Clavel, Paquet et Blais, 2015).

2.2.4. Leadership adaptatif

Les leaders et gestionnaires ont un rôle pivot à jouer pour la préparation au changement et s'assurer de la participation des équipes dans un contexte sécuritaire (Fixsen et autres, 2021). Leur rôle peut inclure d'établir une culture et un climat facilitant l'expérimentation, la prise de risques et la réflexion au-delà des schémas traditionnels (Fixsen et autres, 2021). Ils inspirent leurs équipes vers le changement tout en s'assurant de l'adhésion des membres et l'atteinte des objectifs (Fixsen et autres, 2021).

2.2.5. Accompagnement des professionnels

Les professionnels et le personnel nécessitent des ressources lors de changement, telles que de la formation continue, du mentorat, du soutien émotionnel ou de l'accompagnement en résolution de problème (Fixsen et autres, 2021).

2.2.6. Autres facteurs d'influence

En sus de ces éléments, Clavel, Paquet et Blais (2015) soulèvent quatre autres facteurs clés en soutien à l'implantation de nouveaux SSF : l'importance de la mobilisation citoyenne, l'engagement gouvernemental et son financement des services, des mécanismes structurels de gouvernance efficaces et la présence de politiques et règlements en soutien à la pratique SF. De plus, il faut que tous les acteurs comprennent le modèle « maison de naissance » et qu'ils connaissent bien les rôles de chaque professionnel en périnatalité, y compris ceux d'une SF. Cela est nécessaire pour assurer une bonne implantation de la pratique SF, dont la maison de naissance qui est au cœur du modèle québécois (Batinelli et autres, 2022 ; Clavel, Paquet et Blais, 2015). Ainsi, ces éléments théoriques ressortent pour la mise en place de pratiques novatrices basées sur la science d'implantation.

En conclusion, ce chapitre met en lumière l'intérêt d'une recherche-intervention appliquant de manière normative la TAR, enrichie par les facteurs d'influence issus des sciences de l'implantation, pour guider le déploiement des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or. Ces

facteurs, qui ont déjà démontré leur efficacité dans l'implantation de services similaires, ont le potentiel de contribuer à une approche de gestion du changement polyphonique (Pichault 2021). Celle-ci valorise la collaboration et l'innovation collective, tout en tenant compte des spécificités locales et des intérêts des acteurs. Une telle approche propose également un cadre novateur pour les gestionnaires souhaitant orchestrer le développement de nouveaux services de manière inclusive et adaptative. Toutefois, cette recherche portera une attention particulière aux défis et limites de cette application normative, lesquels seront exposés dans la conclusion.

CHAPITRE 3. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Cette section présente la démarche méthodologique de recherche. L'implantation de SSF comporte l'introduction de nouvelles professionnelles dans un établissement régional de santé, les sages-femmes. Des efforts doivent être déployés pour faire valoir les besoins nommés par la population au moyen de questionnaires et de groupes citoyens, pour établir des mécanismes de fonctionnement, pour expliquer la nouvelle offre de services et pour faire adhérer tous les acteurs à celle-ci.

L'application normative de la TAR, bonifiée des sciences de l'implantation dans le contexte du déploiement des SSF au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, sera présentée dans ce chapitre. La démarche de recherche-intervention sera expliquée, dont son intérêt dans ce contexte spécifique. Pour terminer, les méthodes de collecte et d'analyse de données seront abordées.

3.1. Terrain pour la théorie de l'acteur-réseau, bonifiée des sciences de l'implantation

Pour étudier l'application normative de la TAR, une démarche consciente du changement a été développée. Cette section discutera de la mise en place d'un centre de traduction, du positionnement de la gestionnaire-chercheuse comme traductrice, de l'identification des acteurs et de la grille d'observation heuristique développée pour suivre les phases et les facteurs.

Un comité opérationnel pour le déploiement des SSF (CO) rassemblant les représentants des acteurs a servi de centre de traduction. La gestionnaire-chercheuse s'était positionnée comme traductrice. Ce positionnement s'était établi par les actions de la gestionnaire-chercheuse : la préparation et l'animation des réunions, le suivi de l'évolution du projet auprès des acteurs, l'organisation des rencontres de chantier et la révision des comptes-rendus avec les acteurs.

L'identification des acteurs s'était faite en se basant sur l'expérience du comité stratégique de 2021-2022, des conseils de la mandante et de l'expérience de la gestionnaire-chercheuse lors de déploiements précédents. Deux responsables des SSF ayant vécu un déploiement récemment ont également été interpellées pour bénéficier de leurs expériences à différents niveaux, dont l'identification des acteurs. Le tableau 1 présente les catégories d'acteurs, au nombre de quinze.

Tableau 1 : Acteurs identifiés pour le comité opérationnel

Catégories	Rôle	Nombre sur le comité
Représentantes citoyennes	Usagère-partenaire et membres du comité citoyen Objectif Sages-Femmes Abitibi-Témiscamingue (OSFAT)	2
Représentantes autochtones	Gestionnaires au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or Gestionnaire au Centre de santé de Lac-Simon	4
Représentants des soins infirmiers de l'Hôpital de Val-d'Or	Gestionnaires à l'Hôpital de Val-d'Or	2
Représentants du corps médical	Chef du service d'obstétrique de médecine générale – Val-d'Or Adjointe au chef du département d'obstétrique-gynécologie du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, Val-d'Or	2
Gestionnaire de la haute direction	Mandataire	1
Représentante de santé publique	Chef de service de santé publique – MRC de la Vallée-de-l'Or	1
Sages-femmes	Sages-femmes et responsable des SSF	3

Des travaux sur les dynamiques de pouvoir au sein d'espaces de dialogue ont été effectués par Ruelland (2024). Ces travaux ont proposé l'implication citoyenne au sein de ces espaces pour transformer les rapports de pouvoir vers une démocratisation des organisations

publiques. Ainsi, l'implication continue du comité citoyen OSFAT a été incontournable pour soutenir la collaboration visée.

Dès la première réunion du comité, la problématisation a été discutée. La structure de projet a été présentée, avec un découpage en chantiers comme dispositif d'intéressement. Au cours de la recherche, d'autres dispositifs d'intéressement ont été expérimentés donnant lieu à l'élaboration de documents clinico-administratifs formalisant la collaboration, à l'identification du lieu de pratique et à l'allocation de ressources dédiées aux services pour les personnes autochtones. L'observation lors des rencontres et réunions de même que la production de comptes-rendus et de notes d'observation ont servi à documenter l'intéressement, l'enrôlement, la mobilisation et le rallongement du réseau.

Pour tenir compte de la posture critique de la gestionnaire-chercheure, posture qui sera discutée dans la section suivante, une grille d'observation a été élaborée pour maintenir un cadre méthodologique. Cet outil visait à être une grille heuristique d'analyse (Ruelland et Rhéaume, 2020). Son élaboration sera discutée à la section 3.4. Elle se retrouve à l'appendice 1 de ce rapport.

3.2. Recherche-intervention

Les termes « recherche » et « intervention », apparaissant comme dichotomiques, ont permis d'allier une démarche scientifique à la mise en action pour générer de l'information (Detchessahar et autres, 2012). D'abord, cette section abordera le paradigme constructiviste dans lequel s'inscrit cette démarche méthodologique. Par la suite, l'intérêt de cette démarche méthodologique pour une transformation consciente, de soutien au changement sera exposé. Les centres de traduction ont été conceptualisés comme des espaces de dialogue pour construire la collaboration. Leur potentiel de démocratisation des organisations sera abordé. Subséquemment, les phases de la recherche-intervention seront détaillées pour situer cette recherche-intervention dans la phase de réalisation. Pour terminer, la posture intersubjective et critique du gestionnaire-chercheure sera examinée.

La démarche méthodologique de la recherche-intervention se situe dans le paradigme épistémologique constructiviste (Krief et Zardet, 2013). Cette conception sociologique des sciences repose sur les transformations à la suite d'actions comme source de connaissance, abrogeant la séparation entre le sujet et l'objet d'étude (Schinckus, 2008). Ainsi, un projet de changement intentionnel peut servir à la production de savoirs, par la transformation de l'objet de recherche (Krief et Zardet, 2013).

La recherche-intervention se base sur une démarche de transformation consciente à la suite de l'identification d'un problème, pour soutenir les processus décisionnels, l'implication des acteurs et la gestion de projet, tout en permettant de poursuivre une finalité visant la production de connaissance (Pichault, 2006). L'activité professionnelle oriente la recherche, pour mieux comprendre un monde professionnel dans une perspective d'agir différemment (De Lavergne, 2007). Une triple visée la distingue : la description, l'explication et la transformation de l'objet de recherche, dans une perspective de générer des savoirs (Krief et Zardet, 2013). Dans le cadre de cette recherche-intervention, le développement du monde professionnel de la pratique SF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or était celui à l'étude.

Les gestionnaires-chercheurs produisent des connaissances à travers leurs interactions fortes avec les acteurs, ce qui implique des modifications itératives du projet (Krief et Zardet, 2013). Du côté des acteurs, la recherche-intervention les habilite à prendre part activement au processus du changement, en laissant éclore l'intelligence collective (Krief et Zardet, 2013 ; Ruelland et Rhéaume, 2020). Du point de vue d'une organisation, dans un contexte de gestion, cette démarche suscite l'intérêt en raison de son potentiel de pérennisation du changement. Pour ce faire, centraux à cette démarche méthodologique sont la mise en place et le maintien d'un espace de dialogue entre les acteurs qui servira de terreau pour la créativité du groupe, prenant la forme d'un centre de traduction (Ruelland et Rhéaume, 2020).

Tenant compte de la création de cet espace collectif, cette démarche méthodologique favorise la mise en lumière du potentiel de démocratisation des pratiques innovantes ainsi que l'identification des moyens de transférabilité (Ruelland et Rhéaume, 2020). La recherche-

intervention agit en soutien à la transformation des rapports de pouvoir, à l'émancipation à travers les interactions sociales (De Lavergne, 2007 ; Marcel, 2020). Lors des interactions, un échange de savoirs entre les acteurs favorise leur reconnaissance de leur valeur respective, la légitimité de l'autre et leur interdépendance, pour stimuler la créativité collective (Ruelland et Rhéaume, 2020 ; Marcel, 2020). La participation devient un levier pour démocratiser des institutions, contribuant à une société plus égalitaire (Ruelland et Rhéaume, 2020). Dans une conjoncture historique de rapports de pouvoir entre les acteurs impliqués dans le processus de professionnalisation de la pratique SF, le potentiel d'autonomisation, l'instauration de rapports plus égalitaires et de dialogue alimenté par cette démarche méthodologique a suscité l'intérêt pour générer des connaissances facilitant la collaboration dans un contexte d'organisation publique en santé où des acteurs analogues sont concernés.

Trois phases composent la recherche-intervention : l'information, la décision et la réalisation (Forget, 2013). Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a effectué ce qui ressemble aux phases d'information et de décision, avec notre appui en tant que chargée de projet, en 2021 et 2022. Lors de la première étape, un portrait du besoin d'accès aux options offertes en santé reproductive par les SSF a été établi. Lors de la seconde phase, en se basant sur des critères de décision figurant dans le rapport déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux, l'établissement a retenu la solution de déployer des SSF dans toutes les MRC de son territoire couvert, de manière séquentielle, en débutant par la MRC de la Vallée-de-l'Or. Un comité stratégique régional pilotait ces phases. Selon Forget (2013), la phase de l'implantation de la solution, c'est-à-dire la réalisation, est effectuée comme un projet. Les chercheurs deviennent des gestionnaires de projet. Ainsi, ce projet en organisation se déroule au cours de la phase de réalisation d'une recherche-intervention.

La phase de réalisation est constituée de quatre étapes : planifier, exécuter, contrôler et évaluer (Forget, 2013). Lors de la planification, un plan de projet est élaboré. À cette étape, nous avons rédigé un plan d'action. Lors de la deuxième étape, une structure de projet est créée. Un comité opérationnel pour le déploiement des SSF dans la MRC de la Vallée-de-

l'Or (CO) a été institué, en regroupant des représentants des acteurs, ainsi que l'identification des chantiers de travail. Le contrôle du projet a été fait en prenant la forme des rencontres statutaires avec la mandante, la directrice de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse ainsi qu'avec la conseillère académique. L'étape de l'évaluation a été effectuée en rapportant et analysant les résultats obtenus au cours de cette recherche-intervention.

En ayant le rôle de gestionnaire de projet, le chercheur occupe une posture critique, en intersubjectivité, c'est-à-dire en lien avec sa double identité de « gestionnaire » et « chercheur » (De Lavergne, 2007 ; Marcel, 2020 ; Ruelland et Rhéaume, 2020). Le projet de recherche se déroule dans le milieu professionnel du gestionnaire-chercheur (De Lavergne, 2007). Ce dernier se positionne en tant que traducteur dans l'espace de dialogue et en étant directif sur le processus (De Lavergne, 2007 ; Marcel, 2020). L'intervention directe du gestionnaire-chercheur, issu lui-même du milieu, suscite des changements de l'objet et influence les interactions entre les acteurs (Krief et Zardet, 2013). Il est en position intersubjective, ce qui nécessite une capacité d'introspection pour composer avec sa proximité relationnelle (De Lavergne, 2007). Pour faciliter la personnification de ces rôles, De Lavergne (2007) suggère la participation à divers groupes de travail. Cette intersubjectivité seconde la posture critique du gestionnaire-chercheur : être en ouverture face à la complexité et à la pluralité tout en étant autocritique et introspectif (Durand, Baret et Khromer, 2018 ; Ruelland et Rhéaume, 2020). Pour générer de la connaissance, le gestionnaire-chercheur fait preuve d'interactivité cognitive : ses interactions avec le milieu révèlent des informations (Krief et Zardet, 2013). Ainsi, en tant que gestionnaire-chercheur, dans une posture critique et intersubjective, nous avons l'objectif d'opérer des transformations organisationnelles et relationnelles pour accomplir un projet, c'est-à-dire déployer une nouvelle offre de services de première ligne reposant sur une collaboration renforcée.

3.3. Méthodes de collecte de données

Diverses sources de données ont été utilisées pour cette recherche-intervention. Cette section exposera les sources d'information dont le processus itératif et la démarche de l'effet-miroir pour la validation des données.

Lors d'une recherche-intervention, trois sources d'informations sont sollicitées : les documents, les événements et la mémoire (Forget, 2013). Le cadre théorique a guidé les différentes actions. Par exemple, il a contribué à ajuster la préparation des rencontres en fonction des intérêts, à développer des dispositifs d'intéressement qui agissent sur les systèmes, à identifier des porte-paroles où le leadership technique était nécessaire, à faire preuve de leadership adaptatif et à soutenir les gestionnaires facilitateurs à accompagner leurs équipes.

3.3.1. La demande de financement et la réponse ministérielle pour le projet d'implantation des SSF en Abitibi-Témiscamingue

En 2022, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a déposé, au MSSS, un document faisant état de son plan de déploiement des SSF de manière séquentielle dans les cinq réseaux locaux de santé (RLS) de la région. Ce document décrivait la vision projetée pour la MRC de la Vallée-de-l'Or. En ayant piloté ces travaux, notre mémoire des événements de cette période a servi pour faciliter le passage de la planification stratégique à l'opérationnalisation tout en cultivant les liens préétablis.

Reçu par le CISSS en avril 2023, la réponse ministérielle a témoigné de leur volonté à soutenir le déploiement des SSF en Abitibi-Témiscamingue dont la planification est en cohérence avec les orientations ministérielles. Cette réponse a attesté du besoin de ressources financières et humaines, avec un engagement à les financer à 100%, avec l'ajout d'un budget d'implantation. Il a confirmé sa portée novatrice potentielle.

3.3.2. Un plan d'action évolutif

Un plan d'action a été élaboré dès le début du projet, en septembre 2023. Il a été soumis pour commentaires et modifié à la suite de la rétroaction de la mandante et du CO. Il a facilité l'ancrage de la démarche de projet pour répondre au problème identifié lors de la problématisation. Ce fut un outil pour appuyer le leadership adaptatif, dans la posture de traductrice. Ce plan d'action a été évolutif, se modifiant en fonction de la progression du projet. Il était revu périodiquement lors des rencontres statutaires avec la mandataire pour ajuster les échéanciers et ajouter les dispositifs d'intéressement en fonction de la transformation du projet. La version initiale et sa version à la fin de la recherche sont présentées aux appendices 2 et 3 de ce rapport.

3.3.3. Les rencontres du comité opérationnel du déploiement des SSF

Un centre de traduction a été mis en place sous forme du CO. Nous nous sommes positionnée comme traductrice, avec un style d'animation reposant sur l'écoute active et invitant les acteurs à interagir. Une préparation de trois heures a été effectuée avant la tenue de la première rencontre pour élaborer la structure, les propositions de mandat, de rôles et responsabilités, des chantiers sous forme de groupe de travail ainsi que l'ordre du jour. L'ensemble du fonctionnement proposé a visé à susciter l'intérêt des acteurs. Une invitation fut lancée aux porte-paroles des acteurs.

Ceux-ci furent désignés par leur groupe ou interpellés en fonction de leur rôle potentiel de gestionnaire facilitateur, de leur leadership technique et de leur réseau d'alliances. La directrice du programme jeunesse a servi de guide pour leur identification, ayant une connaissance approfondie des acteurs.

Sept rencontres se sont tenues d'octobre 2023 à septembre 2024, d'une durée de deux heures chacune. Chaque rencontre a impliqué une préparation préalable d'une heure et une période d'analyse en second lieu d'une demi-heure. Lors de la préparation, une attention particulière était accordée à comprendre le cheminement des acteurs en fonction des étapes de la TAR et

à développer des dispositifs d'intéressement répondant aux intérêts révélés aux rencontres précédentes, adaptant le projet et en potentialisant les facteurs d'influence détectés aux rencontres précédentes. À ces fins, la grille d'observation était d'un grand soutien, son élaboration étant présentée au paragraphe suivant. L'ordre du jour était rédigé en tenant compte des intérêts, dont ceux mentionnés par les équipes médicales pour maximiser leur implication. Le compte-rendu de la rencontre précédente et la grille d'observation étaient révisés pour ce faire.

Lors de la tenue des rencontres, ayant le rôle de traductrice, nous avons un rôle de participation observante (Lalonde, 2013). Le compte-rendu était rédigé par l'adjointe à la direction du programme jeunesse. Chaque compte-rendu a été révisé par les acteurs pour assurer la validation du contenu. Afin d'avoir une analyse en fonction de la TAR et des facteurs d'influence des sciences de l'implantation, une grille d'observation a été élaborée pour y inscrire mes notes. Elle contenait les phases conceptuelles de la TAR, pour analyser l'évolution des relations ainsi que pour identifier les controverses, les intérêts, les dispositifs d'intéressement et la transformation du projet. Pour bonifier ce modèle théorique, la grille d'observation contenait également des sections pour noter les éléments de ralliement ou défavorables dans une perspective de dégager des connaissances en lien avec les sciences de l'implantation. La grille a agi en soutien au processus itératif de la construction de la connaissance. Elle est présentée à l'appendice 1 de ce rapport. Cette grille a servi également comme point de repère pour les rencontres de chantiers se tenant entre les rencontres du CO.

3.3.4. Les rencontres de chantiers de travail

Les groupes de travail ont été mis en place pour assurer l'avancée des travaux entre les rencontres du CO, en y regroupant les acteurs concernés par les sujets ciblés. Ce fonctionnement a été réfléchi afin de maximiser l'effet du leadership technique et adaptatif. Lors de l'organisation de ces rencontres, les acteurs étaient encouragés à y inviter toute personne pouvant contribuer aux travaux. La préparation de ces rencontres reposait sur l'identification du dispositif d'intéressement, la révision des notes antérieures et celles de la

grille du CO précédent. La mémoire des rencontres a aussi été aidante, pour faire les liens entre les groupes de travail.

Les chantiers ont été regroupés en deux niveaux opérationnels : le volet administratif et le volet de l'arrimage de services. Huit chantiers ont été identifiés dans une perspective de rassembler les intérêts ciblés pour favoriser l'enrôlement des acteurs. Le chantier de collaboration avec le communautaire a été jumelé avec l'offre de services aux autochtones, pour éviter des doublages de rencontres avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. Quarante-cinq (45) rencontres ont eu lieu où nous étions en participation observante, totalisant plus d'une centaine d'heures, réparties comme suit :

- L'offre de services aux autochtones et la collaboration avec le communautaire : 12 rencontres
- Les trajectoires cliniques et ententes : 26 rencontres
- La santé publique : 7 rencontres
- La promotion de services : 4 rencontres
- L'emplacement des services : 20 rencontres
- La dotation : 6 rencontres
- Le fonctionnement interne et démarrage : 10 rencontres

Un journal de bord a été tenu pour documenter chacune de ces rencontres. Il a pris la forme d'un document Word par rencontre, contenant les éléments suivants :

- Présences ;
- Ordre du jour et sujets discutés ;
- Sommaire des échanges et avancée des travaux ;
- Décisions et répartition des tâches, le cas échéant.

Ces notes ont permis d'effectuer le schéma des rencontres, en fonction de l'évolution de la mise en réseau selon la TAR. Une codification en fonction de l'étape de la TAR a été appliquée, selon la légende suivante.

Code de couleur pour classifier les rencontres selon les étapes de la TAR

Problématisation
Intéressement
Enrôlement
Mobilisation et rallongement du réseau

À titre d'exemple, le tableau 2 illustre l'application de cette codification au chantier d'emplacement des services.

Tableau 2 : Exemple de l'application de la codification pour schématiser les rencontres

Date	Chantier	Acteurs	Sujet principal	Discussion	Conclusion	Réflexions
12-sept-23	Emplacement des services	...	...	
12-sept-23	Emplacement des services	...	...	
28-sept-23	Emplacement des services	...	...	
29-sept-23	Emplacement des services	...	...	
19-oct-23	Emplacement des services	...	...	
06-nov-23	Emplacement des services	...	...	
23-janv-24	Emplacement des services	...	...	Option de jumelage retenue si faisable	Faisabilité à évaluer : 4 volets	...
02-févr-24	Emplacement des services	...	...	
08-févr-24	Emplacement des services	...	...	Estimation des travaux, du budget, historique du Pavillon, relocalisation des résidents, arrêt des réservations pour usagers	Plan d'action établi pour la suite avec attribution	...
23-févr-24	Emplacement des services	...	...	
29-févr-24	Emplacement des services	...	...	
12-avr-24	Emplacement des services	...	...	
29-avr-24	Emplacement des services	...	...	Séparation coupe-feu, gicleurs	Si gicleurs obligatoires : enjeu +++	...
13-mai-24	Emplacement des services	...	...	Installation réseau et besoins d'équipements	Processus pour les aménagements informatiques clarifiés	...
21-juin-24	Emplacement des services	...	...	Échange sur les travaux, la séquence et plan pour démarrage à l'automne	Répartition des tâches	...
19-juil-24	Emplacement des services	...	...	
31-juil-24	Emplacement des services	...	...	Suivi des besoins informatiques	Besoins révisés	...
07-août-24	Emplacement des services	...	...	Aménagements		...

3.3.5. Atelier sur la collaboration

Un atelier en soutien au CO comme espace réflexif s'est déroulé le 11 mars 2024. Il visait à inviter les porte-paroles enrôlés à échanger sur les pistes d'action possibles pour mobiliser et rallonger le réseau.

Cet atelier a nécessité une préparation préalable. Celle-ci a reposé sur l'élaboration d'une présentation théorique de la TAR. L'extrait sélectionné suivant a été exposé aux acteurs :

Cette théorie [de l'acteur-réseau] permet d'expliquer comment, en dépit de la fragmentation des lieux de pouvoir et des buts, il est possible de faire émerger la collaboration, et ce, en s'intéressant aux actions de mise en réseau (Touati, Marion et Maillet, 2021 : p.162)

Par la suite, les étapes de la TAR ont été synthétisées et présentées. Une question a été posée au groupe : « Dans le contexte de l'introduction des services de sages-femmes, quelles sont les pistes d'action qui permettront d'intéresser l'ensemble des acteurs, c'est-à-dire de susciter la collaboration, afin d'offrir des soins centrés sur les personnes usagères ? »

L'animation de cet atelier a reposé sur l'écoute active. Pour nous assurer que tous les acteurs puissent contribuer aux échanges, un tour de table a été effectué sur la question. Par la suite, le groupe a été invité à échanger sur les idées nommées. Des notes ont été prises sur les idées dégagées.

3.3.6. Consultation publique sur l'esthétisme de la future installation des SSF

Lors de controverses durant les rencontres du CO, des intérêts citoyens et communautaires ont été révélés en lien avec l'importance de l'aménagement des lieux pour le rendre accueillant. Une consultation publique a été organisée le 17 juin 2024. Elle a été tenue au Pavillon Fernand-Cossette où seront localisés les SSF. L'une des sages-femmes a été mandatée par la gestionnaire-chercheuse de se charger de son organisation. Une invitation a été envoyée aux membres du CO et aux personnes ayant donné leurs coordonnées à cette fin lors de la projection publique du 2 mai, organisée par OSFAT. Cette consultation a duré deux heures. Quinze personnes ont participé. La section 4.3.1.4 présente le profil des participantes et les résultats de cette consultation qui symbolise l'étape de mobilisation et le rallongement du réseau franchie par OSFAT.

Lors de cette consultation publique, la SF a présenté des aménagements dans d'autres maisons de naissance, les couleurs associées aux futurs services et des exemples possibles d'aménagement pour entamer les échanges. Notre rôle a été d'être en participation observante. Nous avons contribué à la visite des lieux. Nous avons apporté un soutien à l'animation pour susciter la prise de parole des personnes participantes. Des notes dans le format de journal de bord ont été prises. Des observations ont été notées sur la mobilisation et le rallongement du réseau.

3.3.7. Technique de l'effet-miroir

Pour considérer la posture critique en intersubjectivité de la gestionnaire-chercheure, la technique de l'effet-miroir a été utilisée à la toute fin du projet pour obtenir le point de vue des acteurs des retombées de l'application normative des théories de l'acteur-réseau et des sciences de l'implantation sur l'innovation collaborative (Krief et Zardet, 2013). Cette démarche s'était déroulée en quatre étapes : l'élaboration, la distribution et l'analyse d'un questionnaire par la gestionnaire-chercheure et l'animation d'un espace de rétroactions des acteurs sur les résultats pour stimuler les réflexions et générer de nouvelles informations. Ainsi, les acteurs ont été des coconstructeurs des connaissances, participant à l'étape d'évaluation (Krief et Zardet, 2013). Ultimement, la finalité a demeuré le processus de transformation de l'objet au cours duquel les connaissances ont été produites (Krief et Zardet, 2013).

Dans un premier temps, en préparation de la démarche d'effet-miroir, un questionnaire inspiré du PINCOM-Q (Perception of INterprofesional COllaboration Model Questionnaire) (Ødegård, 2006) a été élaboré en utilisant la plate-forme Forms. Il a ensuite été distribué à 21 individus constituant l'ensemble des participants du CO (les membres et leurs remplaçants). Le PINCOM-Q a été repéré sur le site du National Center for

Interprofessional Practice and Education¹. Il a été traduit et adapté pour prendre en compte les étapes de la TAR et les facteurs d'influence des sciences d'implantation. Ce questionnaire se trouve à l'appendice 2 de ce rapport. Le taux de réponse et l'absence de questions sur le profil des répondants ne permettaient pas d'inférer de tendances. Les réponses obtenues ont servi à la préparation de l'espace d'échange et de rétroaction du 5 septembre 2024. Des questions ont été élaborées à la suite de l'analyse des questionnaires pour soutenir les échanges et approfondir les connaissances en lien avec l'application normative de la TAR bonifiée des facteurs d'influence des sciences de l'implantation.

Dans un deuxième temps, un atelier d'effet-miroir a été planifié lors de la rencontre du CO du 5 septembre 2024. En préparation à cette rencontre, les résultats de la distribution du questionnaire ont été colligés afin d'en obtenir la rétroaction. Les questions suivantes ont été posées à la rencontre du CO du 5 septembre 2024, lors de la présentation des résultats synthétisés :

- De quelle manière les échanges dans le cadre du projet ont-ils suscité votre intérêt ?
- Est-ce que l'espace des rencontres nous a permis de modifier le projet en fonction des intérêts de chacun ?
- De quelle manière votre participation au comité vous a-t-elle amené à poser des actions en lien avec notre objectif commun ?
- Y a-t-il d'autres acteurs à mobiliser ?
- Que pensez-vous des pistes d'amélioration qui ont ressorti du questionnaire pour la suite des travaux du CO ?
- Que pensez-vous des facteurs de succès qui ont ressorti du questionnaire pour atteindre notre objectif commun ?

¹ Site du National Center for Interprofessional Practice and Education : <https://nexusipe.org/informing/resource-center/pincom-q-perception-interprofessional-collaboration-model-questionnaire>

- Que pensez-vous des éléments qui ont ressorti du questionnaire pour nuire à l'atteinte de notre objectif commun ?
- Quel apport voyez-vous de la théorie de l'acteur-réseau, présentée lors de l'atelier en mars, par rapport à votre expérience de la gestion d'autres projets ?

3.3.8. Rencontres périodiques avec la mandante

Trente rencontres avec la mandante ont été effectuées de septembre 2023 à septembre 2024. Elles permettaient d'assurer un suivi et l'adéquation des actions avec le mandat comme mécanisme de contrôle de projet périodique. Ces rencontres ont également été des occasions de partager les observations, d'ajuster les échéanciers du plan d'action et d'obtenir le point de vue de la mandante.

3.4. Méthode d'analyse des données

La TAR a servi de gabarit pour analyser l'évolution du projet, des relations et des dynamiques entre les acteurs. Les sciences de l'implantation ont permis de juxtaposer les facteurs théoriques à ceux observés. Lors de chacune des étapes de la mise en réseau, les facteurs d'influence ont été identifiés afin d'en comprendre les impacts. Au sein du centre de traduction, les interactions ont généré les connaissances pour une analyse des processus, dans le cadre d'une démarche de recherche qualitative (Durand, Baret et Krohmer, 2018).

Lors de l'analyse des données, la méthode d'analyse abductive a été retenue afin de dégager une compréhension de la collaboration en lien avec les observations et les hypothèses, en tenant compte de la complexité du contexte et des relations tout en participant à leur transformation (Hallée et Garneau, 2019 ; Langley, Smallman, Tsoukas et Van de Ven, 2013). Cette méthode exploratoire a permis à la gestionnaire-chercheuse d'émettre des hypothèses explicatives, ou sauts conceptuels, tirés des observations, des actions et des idées environnantes (Catellin, 2004 ; Klag et Langley, 2013). La grille d'observation heuristique a soutenu l'application de cette méthode, en juxtaposant les deux théories basées sur différents

paradigmes, TAR et facteurs d'influence des sciences de l'implantation, avec une section liée aux hypothèses (Klag et Langley, 2013). Ceci a contribué à explorer les doutes et à laisser place à l'étonnement et à la sérendipité pour générer de la connaissance (Catellin, 2004 ; Klag et Langley, 2013).

Une stratégie d'analyse de données processuelles a été retenue : la stratégie de décomposition temporelle. Elle a été ciblée afin de permettre l'analyse de données temporelles et des variables. Cette stratégie a reposé sur une structuration temporelle des données et des activités, pour ordonnancer les processus de chaque acteur, divisé en unités d'analyse dérivées des quatre étapes de la TAR : la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement ainsi que la mobilisation et le rallongement du réseau. Le découpage en unités d'analyse rend possible l'intégration de variables sous forme de facteurs d'influence des sciences de l'implantation, correspondant à une théorie des variables (Langley, 1997). La TAR se rapporte à une théorie des processus, puisque les étapes de la mise en réseau s'échelonnent temporellement. Ainsi, la classification temporelle des événements, divisée en unités d'analyse, a permis d'en dégager les effets de l'application normative de la TAR bonifiée. Ultiment, cette stratégie a contribué à dégager l'impact transformateur des actions (Langley, 1997).

Une des limites de l'analyse abductive des données est de naviguer dans les zones de tension sous-tendant cette méthode pour faire des sauts conceptuels (Klag et Langley, 2013). Ces sauts conceptuels, inhérents à l'abduction, ont lieu lorsqu'on doit à la fois observer et expliquer des représentations et des découvertes tirés des observations pour contribuer aux savoirs (Klag et Langley, 2013). La stratégie de la décomposition temporelle comprend comme limite la division délimitée des étapes, alors que les frontières temporelles peuvent être floues (Langley, 1997). La recherche-intervention comprend comme limite l'influence induite par le rôle actif du gestionnaire-chercheur et sa posture de non-neutralité.

Deux moyens ont été pris pour développer notre réflexivité à l'endroit de notre posture de gestionnaire-chercheur. Le premier a été la tenue du journal de bord et la grille d'observation

heuristiques pour noter les observations durant les rencontres et les ateliers. Le deuxième a été sous forme de rencontres bimensuelles avec la conseillère académique s'étant déroulées d'août 2023 à septembre 2024. Ces rencontres ont permis de mettre à l'épreuve les observations et les hypothèses notées dans le journal de bord et la grille. La conseillère a fourni des conseils pour s'assurer de l'éthique de la recherche. Ces rencontres ont orienté la démarche méthodologique. Elles ont renforcé le cadre théorique. Un retour sur chaque rencontre du CO avec la conseillère a été effectué. Les préparations des activités de recherche et la grille d'observation ont été présentées pour rétroaction à la conseillère. Des échanges sur les écrits scientifiques ont eu lieu pour approfondir nos connaissances sur les aspects théoriques et méthodologiques. Ce fut des occasions pour valider l'ancrage dans la démarche tout en maintenant une posture réflexive critique. Un accompagnement rigoureux et constant a été réalisé par la conseillère pour la rédaction de ce rapport.

Pour conclure ce chapitre sur la démarche méthodologique, ce projet en organisation s'inscrivait dans une démarche innovante et rigoureuse pour aborder les défis du déploiement des SSF en Abitibi-Témiscamingue. En mobilisant la TAR, enrichie par les sciences de l'implantation, la recherche-intervention a offert un cadre structuré pour aborder les dynamiques entre les acteurs et faciliter leur collaboration. La démarche méthodologique employée a mis de l'avant l'importance de l'écoute active, d'espaces démocratisés de dialogue, sous forme d'un centre de traduction, et d'une posture réflexive de la gestionnaire-chercheuse pour générer des solutions innovantes et pérennes. Diverses sources ont été utilisées pour effectuer la collecte de données. L'analyse abductive et la stratégie de décomposition temporelle ont été utilisées pour analyser les données. Cette démarche visait à soutenir l'innovation collaborative pour l'intégration de nouveaux services dans un établissement de santé pour une potentielle transférabilité vers d'autres MRC.

CHAPITRE 4. RÉSULTATS DU PROJET EN ORGANISATION

Ce chapitre présente les résultats issus du projet en organisation pour le déploiement des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or. En s'appuyant sur une démarche de recherche-intervention, il vise à étudier l'application normative de la TAR, bonifiée des sciences de l'implantation, par une gestionnaire-chercheuse ayant le mandat de coordonner le déploiement de SSF en Abitibi-Témiscamingue et apprécier l'apport de cette démarche sur le renforcement de la collaboration entre les acteurs.

Le projet a commencé à la mi-août 2023. En septembre 2024, l'ensemble des actions prévues dans le cadre du projet avaient été effectuées. Il s'est terminé à l'aube du déploiement des SSF prévu pour la fin de l'automne.

Dans la première section, le chapitre explore les processus d'identification des porte-paroles. Dans la deuxième section, les résultats des rencontres du CO, conçu comme centre de traduction, sont présentés. Les sujets abordés, les controverses suscitées révélant les intérêts des acteurs, ainsi que les hypothèses émergentes y sont exposés. Dans la troisième section, chaque acteur est introduit, suivi de l'analyse temporelle de l'évolution de son intérêt jusqu'au rallongement du réseau, ainsi que l'analyse de l'influence des facteurs des sciences de l'implantation lors des étapes de la TAR. Dans la quatrième section, les résultats découlant de la préparation et de l'animation d'un espace réflexif sur la collaboration interprofessionnelle pour identifier les moyens afin de rallonger le réseau sont discutés. Dans la dernière section sont présentés les résultats de la technique de l'effet-miroir qui a permis de recueillir les points de vue à la fin du projet afin d'obtenir une représentation de leur expérience de la méthode de recherche, de valider la perception de la gestionnaire-chercheuse de leur mobilisation et d'identifier des pistes d'amélioration.

4.1. Identification des porte-paroles

L'identification des porte-paroles a eu lieu de diverses manières. D'abord, la consultation auprès de la directrice promotrice du projet fut précieuse. Connaissant les acteurs et les fonctionnements organisationnels, elle a pu me guider vers les individus en position de leadership face à leurs équipes. Ayant eu l'opportunité d'avoir agi à titre de chargée de projet lors des phases d'information et de décision, nous avons établi une relation avec certains porte-paroles. Malgré cela, les premières phases touchaient principalement les acteurs ayant une position régionale alors qu'il fallait cibler ceux au niveau de la MRC de la Vallée-de-l'Or.

Au sein de l'établissement, le rôle de gestionnaire ou chef au sein de la structure fut l'élément considéré, en se basant sur la supposition qu'ils sont réseautés auprès de leurs équipes. Du côté des équipes médicales, les personnes détenant un titre de gestionnaire ou de chef ont été interpellées. La même approche a été prise pour l'identification des gestionnaires des directions concernées.

En ce qui concerne l'implication d'usagère-partenaire, la personne responsable du bureau de partenariat avec l'usager fut interpellée pour effectuer la demande auprès de l'usagère impliquée en 2021-2022 et qui réside dans la MRC visée.

Une invitation fut envoyée au comité citoyen, OSFAT. Les membres ont désigné la personne qui participerait au comité, avec une remplaçante.

Pour les porte-paroles du groupe communautaire et des centres de santé en communautés autochtones, les gestionnaires et les infirmières des services auprès de la santé maternelle et de la petite enfance furent rencontrées. Elles ont désigné elles-mêmes leurs porte-paroles.

Ainsi, le processus d'identification des porte-paroles a reposé sur la notion de gestionnaire ou chef en tant que rôle influent et faisant partie d'un système d'alliances au sein de leurs

équipes. Pour les partenaires externes à l'établissement, le processus s'est appuyé sur la désignation par les groupes représentés.

4.2. L'évolution du projet et des intérêts : le CO comme centre de traduction

Le CO a été mis en place au début du projet. Cet espace a été réfléchi pour agir à titre de centre de traduction tel que décrit par Alphonse-Tilloy et Devienne (2020). Il se veut un endroit où les différents points de vue peuvent être échangés dans le cadre d'un processus d'innovation en coconstruction. Sept rencontres ont été organisées et animées au cours du projet, s'étant terminé en septembre 2024. Ces rencontres permettent également de prendre une photo de l'évolution périodique du projet, des relations et des controverses. Les principales controverses ayant émergés durant le projet se retrouvent à l'appendice 4. Les dispositifs d'intéressement élaborés pour susciter l'enrôlement des acteurs sont présentés dans l'appendice 5. Dans cette section, le consentement à la recherche est présenté. Par la suite, les résultats de chaque rencontre du CO sont présentés selon la structure suivante :

- Sujets discutés ;
- Controverses ;
- Intérêts révélés ;
- Éléments de ralliement décisionnel pour l'ensemble des membres ;
- Dispositifs d'intéressement ;
- Évolution du projet ;
- Hypothèses.

4.2.1. Consentement à la recherche

Lors de la première rencontre du CO, notre projet en organisation sous forme de recherche dans le contexte de notre maîtrise à l'ÉNAP, notre rôle de gestionnaire-chercheure ainsi que notre souhait de distribuer un questionnaire vers la fin du projet ont été présentés à ses membres. Les retombées, l'utilisation des données recueillies et l'absence de risque à leur

participation leur ont été exposées. Ils ont été informés que leur participation était volontaire et révocable à tout moment. Ils ont été invités à me contacter s'ils avaient des questions. Lors de la rencontre, tous les acteurs ont communiqué leur appui à la démarche. Un courriel leur a également été acheminé pour faciliter la communication d'un refus de participation. Aucun refus ne fut exprimé.

4.2.2. Rencontre du 5 octobre 2023

4.2.2.1. Sujets discutés

La rencontre a débuté par l'introduction de l'usagère-partenaire et son rôle, comme recommandé par la responsable du bureau de partenariat avec l'usager. Par la suite, la structure de projet, les rôles et responsabilités des membres, le mandat et le plan d'action ont été soumis et adoptés par le CO. Huit groupes de travail ont été créés. Cette structure se retrouve à l'appendice 3 de ce rapport.

4.2.2.2. Controverses

Dès la première rencontre, l'emplacement des futurs services a été un sujet de débat, notamment avec la suggestion du Pavillon Fernand-Cossette. Cet espace était utilisé pour héberger les résidents en médecine et des usagers en attente de traitement provenant de l'extérieur de la MRC de la Vallée-de-l'Or. Lors de cette rencontre, le financement insuffisant et l'échéancier du plan d'action, qui dépendent du recrutement des sages-femmes, ont également été des enjeux soulevés. Enfin, des stratégies ont été discutées pour favoriser la représentation des communautés autochtones, avec des propositions de rencontres avec ces dernières.

4.2.2.3. Intérêts révélés

Les échanges ont montré que le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or a un intérêt particulier à travailler avec les communautés autochtones. Les équipes médicales ont communiqué leur souhait que les SSF soient à proximité de l'hôpital, tandis que les sages-

femmes ont proposé un périmètre en lien avec l'hôpital. De plus, la direction souhaiterait démarrer rapidement les services, en envisageant des solutions temporaires d'ici la disponibilité des locaux. Le soutien de la direction des services techniques et logistiques (DSTL) pour l'appel d'offres a été souligné.

4.2.2.4. Éléments de ralliement

Parmi les éléments de ralliement, le plan d'action et le calendrier des rencontres ont été validés, et l'implication des personnes autochtones a été un point clé pour renforcer la légitimité et l'acceptation du projet.

4.2.2.5. Dispositifs d'intéressement

Les dispositifs d'intéressement ont été l'ensemble des éléments permettant d'établir le fonctionnement du CO et la structure de projet, tel que le plan d'action. En ce qui a trait aux dispositifs futurs, un point statutaire sur l'emplacement des services qui pourrait fragiliser le projet a été prévu à l'ordre du jour.

4.2.2.6. Évolution du projet

L'évolution du projet a été marquée par la création d'un réseau par la mise en place du CO. L'une des visées de la mise en place d'une structure est de renforcer la légitimité de cet espace, laquelle semble autant pour les acteurs que pour les entités externes. Les gestionnaires facilitent la participation des porte-paroles et la mise en œuvre du projet. La mise en commun de l'information semble cruciale pour favoriser une participation active et susciter l'intérêt.

4.2.2.7. Hypothèses

Des hypothèses concernant la mise en place du CO en tant que centre de traduction ont été émises. Le travail de préparation effectué en amont a facilité l'intéressement des acteurs. Une seconde hypothèse est que la transformation des espaces décisionnels et consultatifs en centre

de traduction permettrait de développer une réflexion collective et d' enrôler davantage les acteurs.

4.2.3. Rencontre du 20 novembre 2023

4.2.3.1. Sujets discutés

La programmation des SSF et le plan de communication ont été discutés. Des modifications ont été apportées en direct, en fonction des suggestions émises par les acteurs. Le processus d'élaboration d'une ébauche du logo des SSF par le comité citoyen a été soumis au CO. Le choix de l'emplacement des SSF au Pavillon Fernand-Cossette a été abordé, avec différentes options de partage de l'espace. Le recrutement des ressources humaines pour les SSF est en cours, processus perturbé par la gestion des horaires de grève. Une rencontre a été organisée avec le centre de santé de la communauté Anishnabe du Lac-Simon pour discuter de l'offre de services destinée aux personnes autochtones. Une politique et une procédure de consultation et de transferts médicaux était en élaboration par un groupe de travail, ces documents agissant en soutien à la continuité et la sécurité des soins.

4.2.3.2. Controverses

Une controverse a émergé concernant les options de partage des lieux du Pavillon Fernand-Cossette, notamment celle envisageant d'y maintenir l'hébergement des résidents en médecine, en raison du manque d'insonorisation.

Le recrutement des ressources humaines a été mis en suspens en raison de la gestion des horaires de grève du secteur public, ce qui a ralenti l'avancée du projet.

4.2.3.3. Intérêts révélés

Lors des échanges, l'un des intérêts des équipes médicales était de s'assurer du bien-être des résidents en médecine : le programme de résidence contribue activement au recrutement de médecins de la région. Les porte-paroles citoyens et usagers privilégiaient un accès à un lieu

en dehors de l'hôpital, tout comme les SSF. Les porte-parole de la population communiquaient le besoin d'un espace chaleureux et familial.

Au cours des négociations entourant la controverse, les équipes médicales ont démontré un intérêt à soutenir la localisation des SSF au Pavillon Fernand-Cossette. Les porte-paroles communautaires et de la population ont émis une réserve concernant la perspective du lieu pouvant s'apparenter à un espace hospitalier, étant donné qu'il s'agissait d'un pavillon de l'hôpital.

Au cours de cette rencontre, il a été révélé que l'équipe en périnatalité et petite enfance de santé publique avait des préoccupations face à la nouvelle offre de services. Elle appréhendait les perturbations potentielles et inconnues sur leurs fonctions actuelles.

4.2.3.4. Éléments de ralliement

Du côté des gestionnaires et des équipes médicales, on soutient l'idée de jumeler les SSF et l'équipe en périnatalité et petite enfance de santé publique sous le même toit, alors que cette équipe est localisée dans un espace au CLSC de Val-d'Or. Cette option était considérée comme favorisant une meilleure intégration des services en périnatalité où l'ensemble des familles pourrait obtenir l'offre de service au même endroit.

Le plan de communication a été adopté comme un élément de ralliement, facilitant la coordination et la diffusion d'informations clés auprès des acteurs et la population.

4.2.3.5. Dispositifs d'intéressement

Parmi les dispositifs d'intéressement, le jumelage des SSF avec les services en périnatalité a été vu comme une stratégie clé pour renforcer l'intégration des services et répondre aux besoins des usagers.

Le parachèvement du plan de communication en CO fut un dispositif facilitant la traduction parmi les acteurs : traduire en action de communication notre problématisation.

4.2.3.6. Évolution du projet

Le Pavillon Fernand-Cossette pourrait ne pas répondre aux critères des usagers, des citoyens et des partenaires communautaires, ce qui reste un point de tension dans le projet.

L'évolution du projet s'est poursuivie avec l'approbation d'explorer l'option du Pavillon Fernand-Cossette comme emplacement des SSF et l'adoption du plan de communication. En parallèle, les procédures sur les consultations et transferts médicaux ont continué de progresser, afin d'agir sur les systèmes pour une intégration administrative.

4.2.3.7. Hypothèses

Les hypothèses, à ce stade, ont inclus des questions sur les raisons pour lesquelles l'équipe de périnatalité et de la petite enfance émet des préoccupations en lien avec le démarrage des SSF afin de comprendre leurs intérêts pour ajuster le projet. Comment aborder les préoccupations des porte-paroles de la population et des organismes communautaires pour maintenir leur implication dans le projet alors qu'il ne semble pas y avoir d'autres lieux possibles ?

4.2.4. Rencontre du 31 janvier 2024

4.2.4.1. Sujets discutés

Lors de la dernière réunion, plusieurs sujets importants ont été abordés. L'une des priorités a été de revoir en groupe la politique régionale et la procédure locale d'enfantement à l'hôpital pour les usagères sous les soins d'une SF. Ces documents agissant sur les systèmes clinico-administratifs visaient à offrir le choix du lieu de naissance lors d'un suivi de grossesse avec une SF. Aucune modification n'a été suggérée par les acteurs qui sont en faveur d'offrir cette option. Elles ont été appuyées pour recommandation à l'établissement.

Un des principaux points de discussion a été le projet de loi 15, un projet de loi visant à réorganiser le réseau de la santé. Ce dernier a soulevé diverses préoccupations parmi les

acteurs impliqués, notamment en ce qui concerne l'impact sur l'autonomie des professionnels de santé et la gouvernance clinique des sages-femmes.

L'ébauche de l'identité visuelle des SSF a été partagée au CO, s'inspirant de la pierre de fée, symbole régional.

En ce qui concerne les emplacements des SSF, le Pavillon Fernand-Cossette est demeuré la seule option possible, en exploration. L'établissement a entamé des démarches pour valider sa capacité budgétaire à aménager les lieux de manière sécuritaire et conforme aux normes, tout en les rendant chaleureux et familiers pour répondre aux besoins de la population. Le dossier médical électronique (DMÉ) a également été abordé, car son implantation dans le cadre des SSF est essentielle pour assurer la continuité des soins et le suivi des usagers. Le DMÉ représentait un atout considérable pour optimiser la gestion des informations cliniques et de la collaboration intersectorielle, puisque le CAAVD utilise également cet outil.

Enfin, le programme ministériel de bourses visant les étudiantes sages-femmes comme moyen d'attraction en région a été mentionné comme une initiative importante pour le recrutement.

4.2.4.2. Controverses

Le choix de l'emplacement, en particulier au Pavillon Fernand-Cossette, a continué de susciter une controverse. Le besoin a été réitéré par les acteurs de la population de s'assurer que le lieu demeure distinct de l'hôpital. Les gestionnaires et les sages-femmes ont confirmé que ce lieu serait conforme à ce besoin après la visite des lieux. Les équipes médicales ont été préoccupées par la relocalisation des médecins résidents.

Le projet de loi 15 a suscité une controverse à cause des changements apportés sur la gouvernance clinique médicale et des sages-femmes.

4.2.4.3. Intérêts révélés

Les échanges sur l'emplacement des SSF ont permis de révéler et valider les intérêts des acteurs. Les acteurs de la population ont réitéré l'importance de l'espace distinct de l'hôpital. Elles ont recherché un cadre qui ne soit pas institutionnel, mais plutôt un espace chaleureux, favorisant une expérience positive. De leur côté, les équipes médicales ont rapporté leur préoccupation face à l'absence de plan de relocalisation des médecins résidents et de la cessation des services d'hébergement des usagers en attente de traitement. L'intérêt des équipes médicales a reposé sur l'importance de l'accessibilité des soins, notamment pour les usagers vulnérables provenant de régions éloignées. Les porte-paroles représentant les communautés autochtones urbaines ont mis en avant l'importance de l'implication des personnes autochtones dans l'aménagement de l'espace. Cette perspective a visé à s'assurer que les espaces soient respectueux des cultures et des besoins spécifiques des communautés autochtones, et qu'ils soient adaptés à leurs attentes et à leur confort.

Le projet de loi 15 a soulevé des préoccupations sur la perte de pouvoirs des Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens au profit du directeur médical et des services professionnels (DMSP). Les sages-femmes ont émis des préoccupations en lien avec l'abolition de leur conseil professionnel, de leur futur rattachement au DMSP et des modifications apportées au processus disciplinaire. La directrice promotrice a rapporté que l'établissement a le souci de respecter l'autonomie des professionnels et de maintenir la qualité des services pour répondre aux besoins de la population. Ce projet de loi ne devrait pas compromettre l'évolution du projet.

Dans ce contexte, ces discussions ont illustré les différents intérêts des acteurs sur le plan de l'accessibilité, de l'aménagement des espaces, de la culture, de la gestion des espaces, de l'autonomie professionnelle et de la gouvernance clinique des services.

4.2.4.4. Éléments de raliement

Lors de cette rencontre, le jumelage des SSF et l'équipe en périnatalité et petite enfance de la santé publique a semblé faire l'unanimité.

4.2.4.5. Dispositifs d'intéressement

Afin d'utiliser l'ordre du jour comme dispositif d'intéressement, à la fin de la rencontre, les acteurs ont été invités à nommer les points d'intérêt pour la prochaine rencontre. Une demande a été formulée de prévoir un temps pour partager des statistiques de l'UME de l'hôpital de Val-d'Or.

4.2.4.6. Évolution du projet

Durant la période d'évaluation de la rencontre, les acteurs ont partagé leur sentiment d'avancement.

4.2.4.7. Hypothèses

Comment tenir compte des intérêts des acteurs face à la localisation des SSF au Pavillon Fernand-Cossette ? La controverse sur l'emplacement semble se transformer en une controverse sur l'aménagement et le caractère chaleureux et familial des lieux. Ce dernier semble devenir un point de passage obligé, remplaçant celui de l'identification d'un emplacement. La capacité financière du CISSS a effectué les aménagements nécessaires demeure à être évaluée.

Un deuxième point de passage obligé semble émerger, celui du jumelage des services au sein du pavillon. Le raliement autour de cette proposition amène les individus à converger vers un nouveau modèle d'intégration des soins en périnatalité.

4.2.5. Rencontre du 11 mars 2024

4.2.5.1. Sujets discutés

Lors de cette rencontre, plusieurs sujets clés ont été discutés pour faire avancer le projet du déploiement des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or. Un des premiers points abordés a été la création du logo, afin d'établir une identité visuelle pour les SSF. L'emplacement des SSF au Pavillon Fernand-Cossette a été confirmé, dans une perspective de la mise en place d'un modèle de services en jumelage avec la périnatalité et la petite enfance de santé publique. La création d'un comité aviseur d'aménagement a été annoncée.

L'équipe a aussi travaillé sur la révision de l'échéancier et les étapes nécessaires pour le déploiement des SSF. Une présentation du portrait du nombre de naissances des cinq dernières années a été effectuée par l'un des acteurs des équipes médicales. L'organisation de la projection publique du documentaire sur la pratique SF au Québec a été mentionnée par le comité citoyen. Un espace réflexif centré sur la TAR a été animé. Les résultats de cette action de recherche sont présentés dans la section 4.4 de ce chapitre.

4.2.5.2. Controverses

Deux controverses ont émergé lors de cette rencontre : l'accouchement non assisté et l'identité visuelle. Des échanges ont été tenus sur la nécessité de garantir un suivi adapté aux différents besoins. Une incompréhension est demeurée sur les motivations des personnes n'ayant pas recours à un suivi ou planifiant un accouchement non assisté.

L'identité visuelle a suscité une controverse. Le service des communications de l'établissement a demandé de retirer « de l'Abitibi-Témiscamingue » du logo. L'opinion des acteurs a été partagée à ce sujet.

4.2.5.3. Intérêts révélés

La décision de l'emplacement n'a pas suscité d'échanges. Les intérêts révélés lors de la rencontre ont mis en lumière différentes positions. Le service des communications du CISSS a exprimé le désir de retirer la mention « de l'Abitibi-Témiscamingue » du logo, arguant qu'elle implique une redondance avec le logo de l'établissement. En revanche, le comité citoyen et les SSF a souhaité maintenir cette mention pour renforcer l'ancrage régional et susciter un sentiment d'appartenance à l'Abitibi-Témiscamingue.

En ce qui concerne les accouchements non assistés, l'hypothèse a été soulevée par des acteurs que l'offre actuelle de services ne comble pas les besoins. Ceux-ci pourraient être satisfaits par les SSF, d'où l'importance d'adapter les services aux besoins réels de la population. De leur côté, les gestionnaires ont cherché à mieux comprendre la réalité des usagères afin d'ajuster les services en conséquence. Les SSF se demandaient comment rejoindre ces usagères pour mieux adapter l'offre et répondre aux besoins non satisfaits.

4.2.5.4. Éléments de ralliement

Le CO a semblé vouloir développer une offre de services qui rejoindrait aussi les femmes qui font le choix de planifier un accouchement non assisté. Le choix de l'emplacement n'a pas suscité de controverses ou d'échanges. Il est probable que la mise en place du comité aviseur sur l'aménagement ait été un dispositif pour résorber la controverse et tenir compte des intérêts des acteurs.

4.2.5.5. Dispositifs d'intéressement

Parmi les dispositifs d'intéressement identifiés, les cas des femmes n'ayant pas eu de suivi et celles planifiant un accouchement non assisté a suscité l'intérêt des porte-paroles des acteurs. Ce sujet a concerné tous les acteurs qui ont manifesté leur intérêt à identifier des pistes de solutions adaptées.

4.2.5.6. Évolution du projet

L'évolution du projet a été globalement perçue comme positive, avec un sentiment de progression de la part des participants.

4.2.5.7. Hypothèses

Est-ce que la mise en place du comité aviseur pour l'aménagement répondra aux besoins nommés par les acteurs de la population ? Il semblerait que les intérêts des équipes médicales seraient pris en compte par la DSTL, ce qui a été suffisant pour permettre au projet de progresser.

Des pistes de réflexion pour susciter et maintenir l'intérêt ont été proposées lors de l'atelier. Ces hypothèses se retrouvent dans la section 4.4 du présent chapitre.

4.2.6. Rencontre du 23 avril 2024

4.2.6.1. Sujets discutés

Les échanges de cette rencontre ont porté sur le partage d'information concernant le plan d'aménagement, notamment dans le cadre du jumelage des services de santé publique et des SSF. Une mise à jour sur l'élaboration des trajectoires pour l'accès au plateau technique de l'hôpital a été effectuée.

Une attention particulière a été accordée à la poursuite des discussions sur l'accès aux services pour les communautés autochtones. Les porte-paroles du CAAVD ont avisé le CO que leur espace était prêt pour offrir les SSF. Les pourparlers en cours pour offrir l'enfantement avec sages-femmes à Val-d'Or pour les femmes et familles criées ont été résumés. Une entente avec le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James était en élaboration, en vue d'offrir une approche culturellement sécuritaire et adaptée.

Enfin, un échange a eu lieu entre les équipes médicales et les sages-femmes pour finaliser la politique et la procédure de consultations et transferts médicaux. Ce cadre a visé à clarifier

les trajectoires pour référer aux soins médicaux, facilitant ainsi une collaboration interprofessionnelle efficace et harmonieuse.

Ces discussions ont témoigné d'une progression soutenue du projet, en prenant en compte des dimensions organisationnelles, techniques et culturelles pour répondre aux besoins des usagers et des professionnels impliqués.

4.2.6.2. Controverses

Lors de cette rencontre, deux controverses majeures ont émergé, mettant en lumière les défis organisationnels et interprofessionnels associés au déploiement des SSF.

La première controverse était liée à l'identification des médecins consultés par la sage-femme travaillant au CAAVD. Une option envisagée était que les médecins œuvrant au CAAVD soient priorisés pour les consultations non urgentes. Les équipes médicales de l'hôpital ont recommandé de maintenir la même trajectoire de consultation prévue dans la future procédure, c'est-à-dire faire appel aux médecins rattachés à l'UME au lieu de ceux travaillant au CAAVD qui pourraient ne pas être à jour dans leur connaissance en obstétrique.

La seconde controverse a concerné la finalisation de la politique et de la procédure entourant les consultations et les transferts entre les sages-femmes et les médecins. La version présentée était celle élaborée conjointement avec les équipes médicales. Ayant été élaborée en chantier de travail en les SSF et les équipes médicales, l'impression était que la version présentée au CO était parachevée. Durant la présentation des trajectoires par situation clinique requérant l'implication d'un médecin, plusieurs modifications ont été suggérées par les équipes médicales. Ces échanges ont été axés sur les aspects cliniques, clarifiant et bonifiant les fonctionnements organisationnels. Certains acteurs ont proposé que ces types d'échanges se déroulent en sous-groupes, une suggestion notée lors de l'exercice de l'effet-miroir.

Ces controverses ont permis d'identifier des enjeux critiques, ouvrant la voie à des ajustements nécessaires pour consolider la collaboration entre les parties et répondre aux besoins des usagers de manière cohérente et efficace.

4.2.6.3. Intérêts révélés

Lors de cette rencontre, plusieurs intérêts spécifiques ont été révélés, mettant en lumière les priorités des différents acteurs impliqués dans le projet.

Lors de la controverse au sujet des consultations auprès des médecins du CAAVD, les équipes médicales ont souligné l'importance de se référer aux médecins œuvrant en obstétrique. Son intérêt a été de s'assurer que les consultations soient dirigées vers les médecins les mieux qualifiés pour répondre aux besoins spécifiques des femmes et des personnes enceintes. Les sages-femmes et le CAAVD avaient l'intérêt d'impliquer les médecins ayant une connaissance des besoins spécifiques des personnes autochtones de la communauté urbaine pour offrir des soins culturellement sécurisant. De plus, cela serait une occasion pour l'innovation collaborative interprofessionnelle au CAAVD.

Concernant la deuxième controverse, l'intérêt des SSF a résidé dans le fait de s'assurer de référer au bon endroit, au bon professionnel et au bon moment. Cet intérêt a été partagé par les équipes médicales. L'intérêt des autres acteurs a été d'être en mesure de contribuer activement au déploiement. Les discussions techniques ont limité leur capacité de participation aux échanges.

En somme, les échanges ont révélé des intérêts convergents autour de l'objectif commun de travailler ensemble pour assurer des soins appropriés et bien adaptés, tout en tenant compte des expertises médicales, des besoins organisationnels et des particularités culturelles des populations desservies.

4.2.6.4. Éléments de ralliement

Un des principaux éléments de ralliement lors de cette rencontre a été l'intégration de nouveaux éléments dans la procédure de consultation et de transfert. Cet ajout a reflété la volonté collective de trajectoires fluides et cohérentes voyant au bien-être des usagers.

L'intégration de ces modifications a permis de renforcer la collaboration interprofessionnelle en harmonisant les pratiques et en répondant aux attentes des différents acteurs cliniques. Ce consensus a démontré une convergence d'intérêts en faveur d'un système de soins centré sur les usagers, tout en valorisant l'expertise des professionnels impliqués. Cet ajustement a ainsi été perçu comme un progrès significatif pour le projet, renforçant l'adhésion et l'engagement des équipes médicales.

4.2.6.5. Dispositifs d'intéressement

Lors de cette rencontre, deux dispositifs d'intéressement clés ont été identifiés, témoignant des efforts pour structurer et faciliter la collaboration entre les acteurs impliqués dans le déploiement des SSF.

La procédure de consultation et transferts médicaux a visé à agir sur les systèmes pour clarifier les étapes pour impliquer les équipes médicales. En précisant les rôles et responsabilités des différents professionnels, cette procédure a garanti une coordination efficace. Elle a inclus des directives sur les critères de consultation, les mécanismes de communication, et les étapes logistiques à respecter pour assurer la continuité et la sécurité des soins. En intégrant ces éléments, ce dispositif a agi comme un levier d'harmonisation, de communication et renforce la confiance entre les acteurs cliniques.

Deux autres dispositifs d'intéressement ont résidé dans l'élaboration d'un contrat et d'une entente permettant à une SF de travailler au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD). Ils ont formalisé la collaboration entre le CISSS et le CAAVD, répondant ainsi au besoin d'offrir des services adaptés aux membres des communautés autochtones en milieu

urbain. En définissant les responsabilités de la SF et en encadrant les modalités de cette collaboration, ces dispositifs ont contribué à la sécurisation culturelle des services, tout en renforçant l'engagement des acteurs dans une démarche inclusive.

Ces dispositifs ont illustré la volonté des acteurs d'aligner les pratiques et de créer des outils concrets pour soutenir l'innovation et répondre aux besoins des usagers de manière efficace et collaborative.

4.2.6.6. Évolution du projet

L'évolution du projet a été marquée par des progrès significatifs dans la finalisation de la procédure de consultations et transferts, un aspect crucial pour assurer la fluidité et la sécurité des soins dans le cadre du déploiement des SSF.

Au fil des échanges, des éléments clés ont été intégrés à cette procédure, notamment les étapes logistiques pour coordonner efficacement ces transitions. Ces ajustements ont reflété l'innovation collaborative entre les sages-femmes et les équipes médicales.

4.2.6.7. Hypothèses

Lors de cette rencontre, deux hypothèses de nature conceptuelles ont émergé, concernant la nature du bâtiment et de la procédure de consultations et transferts médicaux. Elles sont discutées plus en profondeur au chapitre 5.

L'avancée observée lors de cette rencontre a témoigné de la capacité du CO à répondre aux besoins identifiés par les acteurs et à surmonter les obstacles liés à la diversité des contextes et des expertises. La procédure a représenté un outil structurant qui renforce l'intégration des soins tout en assurant leur qualité et leur accessibilité.

Ainsi, cette étape franchie a illustré non seulement l'engagement des acteurs, mais également la dynamique de coconstruction qui caractérise l'ensemble du projet. Elle a constitué une

base solide pour continuer à intégrer les SSF tout en innovant les structures existantes et répondre aux besoins des usagers et des professionnels.

4.2.7. Rencontre du 16 juillet 2024

4.2.7.1. Sujets discutés

Lors de cette rencontre, plusieurs sujets ont été discutés, illustrant les multiples dimensions du déploiement des SSF et les efforts constants pour répondre aux enjeux organisationnels, techniques et communautaires.

La rencontre a été l'occasion de revenir sur la projection publique du documentaire *Sages & Rebelles*. Cet événement a servi de levier pour sensibiliser les communautés locales et les acteurs à la pratique des sages-femmes, tout en renforçant l'engagement autour du projet.

Le suivi concernant l'emplacement des services a permis de réitérer les priorités en matière d'aménagement et de fonctionnalité des espaces. L'implantation des services au sein du bâtiment disponible comporte un changement d'utilisation de l'installation, et donc une mise aux normes du Code de construction du Québec (Conseil national de recherches du Canada, 2022) en fonction de la nouvelle classification. L'impact majeur a été la recommandation de l'installation des gicleurs, impliquant des dépenses supplémentaires sans compter les délais occasionnés par ces travaux. Le comité de direction du CISSS a révisé sa priorisation de projets pour y ajouter les SSF.

Un retour sur les travaux du comité aviseur tenu le 17 juin a également été présenté, mettant en lumière les suggestions pour finaliser les ajustements nécessaires. Cette consultation a suscité une mobilisation citoyenne et communautaire découlant de la projection du 2 mai. Les suggestions concernant l'esthétisme visaient à répondre au besoin de créer un espace chaleureux, familial et en soutien à l'enfantement naturel. Cette préoccupation avait été soulevée lors de rencontres précédentes par les acteurs citoyens et communautaires

Après la consultation sur les futurs espaces, des plans d'aménagement des lieux ont été élaborés en tenant compte des recommandations. Ces plans ont été présentés, offrant un aperçu des efforts visant à créer un environnement accueillant et fonctionnel. Par ailleurs, les détails relatifs au processus d'inscription pour les usagères ont été discutés, avec une attention particulière portée à la fluidité et à l'accessibilité.

Les échanges se sont poursuivis sur les initiatives visant à garantir un accès équitable et adapté aux communautés autochtones. Une seconde communauté Anishnabe, Kitcisakik, a été rejointe au moyen de l'infirmière et de la médecin œuvrant au centre de santé. Elles ont communiqué leur intérêt marqué pour un modèle d'équipe novateur à trois professionnelles, incluant une SF.

Le recrutement des sages-femmes nécessaires au fonctionnement des services est resté un enjeu central. Des stratégies pour combler ces besoins ont été discutées. Des idées novatrices ont été nommées par les acteurs : offrir un séjour exploratoire, faire des capsules de promotion de notre région et de nos services, organiser des séances d'information en ligne s'adressant aux sages-femmes. Une autre possibilité a été soulevée : la collaboration avec les infirmières comme deuxièmes professionnelles lors des naissances sous les soins d'une SF, à l'hôpital et à la future maison de naissance.

La rencontre s'est terminée par le lancement du questionnaire « Apprendre du déploiement des services – innover par la collaboration », dans le cadre du processus de l'effet-miroir.

Ces discussions ont témoigné de la progression multidimensionnelle du projet, tout en mettant en évidence l'importance d'une approche collaborative et inclusive pour répondre aux besoins diversifiés des communautés et des professionnels.

4.2.7.2. Controverses

Lors de cette rencontre, une controverse a été notée : le recrutement de sages-femmes. Engager des sages-femmes demeure une préoccupation majeure, en raison des défis liés à l'attraction en région éloignée. Cette controverse a créé un frein au démarrage des SSF au

CAAVD alors que les efforts de recrutement des SSF pour identifier une SF qui œuvrera au CAAVD n'ont pas porté fruit.

4.2.7.3. Intérêts révélés

Lors des échanges sur le recrutement, le CAAVD a exprimé sa volonté de commencer, dès que possible, son offre de SSF pour répondre aux besoins de ses membres, en ayant prévu un espace dans ses locaux. Les SSF avaient l'intérêt d'ajouter une nouvelle SF autant pour soutenir l'offre du CAAVD que pour les services du CISSS, incluant le choix du lieu de naissance. Les équipes médicales ont démontré un intérêt à explorer la possibilité que les infirmières de l'UME puissent agir comme deuxièmes professionnelles aux accouchements sous les soins de SF. Autant cette solution a permis de déployer les services du CISSS avec des effectifs réduits, autant cela n'a pas répondu pas à l'intérêt du CAAVD, qui avait l'attente que la SF intègre leurs services en juillet. Le CAAVD a été invité à contribuer aux efforts de recrutement pour pouvoir, conjointement, inciter une SF en région, malgré l'absence de primes visant l'Abitibi-Témiscamingue.

4.2.7.4. Éléments de ralliement

L'un des éléments de ralliement central lors de cette rencontre a été l'expression du besoin urgent de recruter davantage de sages-femmes pour assurer le succès du projet. Les échanges sur ce sujet ont convergé vers un accord commun. Le recrutement a été identifié comme un levier essentiel pour garantir la mise en place des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or. L'élément de ralliement a été construit autour de la reconnaissance collective de ce besoin et de la recherche de solutions communes pour l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre. Cela a démontré une dynamique de coopération et d'adaptation continue, où les acteurs ont exprimé des besoins spécifiques tout en visant à résoudre la problématisation commune : faire de l'offre de SSF une réalité dans la MRC.

4.2.7.5. Dispositifs d'intéressement

Lors de la préparation de cette rencontre, l'aménagement a été réfléchi comme dispositif d'intéressement, découlant de la mise en place d'un comité d'aménagement en mars dernier. Des plans ont été conçus en y incorporant les suggestions qui étaient ressorties de la consultation du comité d'aménagement s'étant déroulée le 17 juin. Ce dispositif d'intéressement a visé l'adaptation itérative du projet en tenant compte des intérêts citoyens et communautaires, révélés à la rencontre du CO du 20 novembre.

4.2.7.6. Évolution du projet

L'évolution du projet de déploiement des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or a franchi plusieurs étapes cruciales, progressant vers sa phase finale de déploiement. De nouveaux éléments ont été intégrés au projet, à travers l'aménagement des locaux, pour répondre aux besoins d'acteurs. Le déploiement a été conditionnel à la résolution de l'enjeu du recrutement et des délais de rénovations.

4.2.7.7. Hypothèses

Deux hypothèses ont été émises à la suite de cette rencontre. La première concerne le maintien de l'intérêt du CAAVD malgré les délais occasionnés par le manque de main-d'œuvre. Y a-t-il des pistes d'action ou un dispositif d'intéressement à considérer afin que le CAAVD demeure enrôlé ?

La deuxième s'est rapportée à l'implication des infirmières aux enfantements hors du centre hospitalier, en maison de naissance. Bien que la collaboration possible des infirmières comme deuxièmes professionnelles ait été suggérée comme moyen pour pallier le manque de SF, il restait à en déterminer la faisabilité. Est-ce que ces dernières y trouveront un réel intérêt ? Est-ce réaliste alors que des enjeux d'effectifs importants sont également rencontrés du côté des soins infirmiers de la région et que l'établissement doit cesser d'ici 2026 le recours à la main-d'œuvre indépendante ?

4.2.8. Rencontre du 5 septembre 2024

4.2.8.1. Sujets discutés

Lors de la rencontre du 5 septembre 2024, plusieurs aspects ont été abordés, en prévision d'un déploiement à l'automne.

Le comité a discuté de la planification de déploiement des SSF à l'automne. L'enjeu des effectifs est demeuré d'actualité. Les équipes médicales ont demandé l'élaboration d'un plan de contingence pour démarrer les services.

Les discussions sur l'implication d'infirmières comme deuxièmes professionnelles lors des accouchements sous la responsabilité de sages-femmes ont été poursuivies. Un modèle de collaboration interprofessionnelle a été exploré. Les contraintes budgétaires ont été évoquées comme raison pour laquelle il était impossible pour les infirmières de l'UME de participer aux accouchements en maison de naissance.

Une mise à jour a été présentée sur l'état d'avancement des travaux de la nouvelle installation. Les délais actuels ont été respectés, et le comité a discuté des prochaines étapes pour finaliser l'aménagement des lieux. Différentes options ont été soulevées : démarrer dans un espace temporaire en attendant la fin des travaux, débiter les suivis à l'étage supérieur de celui où seront localisés les services, en attente de la pose des gicleurs ou utiliser l'espace du CAAVD. À l'exception de la pose des gicleurs, les rénovations devraient se terminer en novembre. Aucun gicleur ne sera installé à l'étage supérieur où les services pourraient être installés temporairement. Il a été retenu que les SSF du CISSS devraient démarrer au sein de la future installation, à la fin de l'automne.

Un autre sujet abordé a été l'attribution du nom pour la future installation. Un groupe de travail a été institué regroupant des porte-paroles des équipes médicales et SF, citoyen et communautaire.

Une réflexion a été amorcée sur la politique d'attribution et d'inscription des personnes usagères, en anticipant la demande dépassant le nombre de suivis possibles. Des critères de priorisation basés sur l'universalisme proportionné comme mesures correctrices d'inégalités sociales de santé ont été inscrits dans une ébauche de politique. Ces critères provenaient d'une décision des rencontres stratégiques de 2021-2022. Des inconforts face à l'accès ont été communiqués lors du groupe de travail. Une rencontre sur les enjeux éthiques organisationnels animée par un éthicien a été prévue le 3 octobre pour garantir une approche équitable et inclusive.

Le comité a été informé de l'intérêt d'une SF autochtone du Témiscamingue de répondre aux besoins spécifiques du Témiscamingue. Des démarches sont en cours pour explorer les possibilités d'élargir l'accès aux soins dans cette MRC, en ayant le souci d'impliquer les équipes médicales locales.

Le comité a analysé les résultats du questionnaire distribué dans le cadre de la technique de l'effet-miroir. Les résultats de ce processus sont présentés dans la section 4.5 du présent chapitre.

Cette rencontre a permis de faire des avancées significatives sur plusieurs fronts, tout en identifiant les prochaines étapes essentielles pour garantir le succès de l'implantation des SSF dans la région cet automne. Le comité se réunira à nouveau dans six semaines pour poursuivre ces travaux jusqu'au démarrage des services.

4.2.8.2. Controverses

Deux controverses ont été identifiées lors de cette rencontre. La première a porté sur la composition de l'équipe de sages-femmes. Les équipes médicales ont nommé leur attente de jumelage entre sages-femmes d'expérience et celles en début de pratique. Du côté des SF et des citoyennes, elles ont nommé ne pas partager cette préoccupation. Les pistes de solution en cours ont été nommées : la priorisation du recrutement en misant sur les incitatifs pour

attirer des sages-femmes expérimentées et la planification d'un modèle de déploiement progressif en tenant compte de l'arrivée d'une nouvelle SF à la fin du printemps prochain.

4.2.8.3. Intérêts révélés

Les discussions entourant les controverses ont permis de mettre en lumière plusieurs intérêts exprimés par les acteurs, notamment ceux des équipes médicales et du CAAVD.

Les équipes médicales ont demandé l'élaboration d'un plan de contingence. Son intérêt a été de clarifier les rôles et responsabilités de chaque professionnel si les circonstances requièrent leur contribution causée par le manque d'effectifs des SSF. Son objectif a été aussi de considérer l'opinion publique favorable et d'être en mesure de répondre aux attentes de la population.

Les équipes médicales ont appuyé l'implication des infirmières en tant que deuxièmes professionnelles lors des accouchements sous la supervision des sages-femmes. Cependant, cet engagement devrait reposer sur des mécanismes volontaires, évitant toute obligation qui pourrait créer des tensions ou des résistances au sein des équipes infirmières. De plus, son intérêt a été de respecter le cadre budgétaire institutionnel, alors que l'établissement a été sommé de viser l'atteinte de l'équilibre budgétaire.

Le CAAVD a proposé de mettre ses locaux à disposition afin d'accélérer le lancement des SSF. Cet intérêt a témoigné d'un engagement communautaire fort envers le projet et de la volonté de répondre rapidement aux besoins des familles de la région, incluant leurs membres. En offrant cette solution temporaire, le CAAVD a espéré faciliter une transition plus rapide vers des services pleinement opérationnels, en attendant la finalisation des travaux de la future installation des SSF.

4.2.8.4. Éléments de ralliement

Lors de cette rencontre du 5 septembre 2024, un élément de ralliement a émergé : la mise en place d'un groupe de travail chargé de choisir le nom de la future maison de naissance et de la petite enfance. Cet aspect symbolique du projet a suscité un consensus parmi les acteurs, qui ont reconnu l'importance d'un nom significatif pour la communauté pour susciter un sentiment d'appartenance.

4.2.8.5. Dispositifs d'intéressement

Au cours de la discussion sur le démarrage à l'automne, les équipes médicales ont proposé l'élaboration d'un plan de contingence comprenant les rôles et responsabilités de chaque professionnel. Ce plan pourrait servir de dispositif d'intéressement à la collaboration dans un contexte d'effectifs réduits. Ce mécanisme permettrait non seulement de pallier les déficits d'effectifs, mais aussi de renforcer la collaboration interprofessionnelle, tout en tenant compte des intérêts de chacun des acteurs concernés. Le plan de contingence, dans cette optique, aurait le potentiel d'être un levier collaboratif pour maintenir la qualité des soins et la stabilité des services, tout en préservant les services à la population.

4.2.8.6. Évolution du projet

Suite à la rencontre du 5 septembre 2024, l'évolution du projet de déploiement des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or a pris forme, bien que des défis persistent. Le démarrage est prévu à la fin des travaux de rénovation de la future installation des SSF, excluant la pose des gicleurs. Cependant, en attendant, des solutions immédiates seraient nécessaires pour répondre aux controverses et être à l'écoute des intérêts des acteurs.

4.2.8.7. Hypothèses

Lors de la rencontre du 5 septembre 2024, deux hypothèses ont été formulées concernant le plan de contingence et son rôle potentiel dans l'organisation des SSF. Est-ce que le plan de

contingence pourrait servir de dispositif d'intéressement pour explorer la possibilité d'impliquer les infirmières comme deuxièmes professionnelles lors enfantement en maison de naissance, en particulier si les frais associés à cette implication étaient couverts par les SSF ? L'idée serait d'inviter les infirmières à s'engager sur une base volontaire, et que les frais supplémentaires soient assumés par les SSF, et donc, sans coût pour l'UME. Cette approche viserait à assurer une collaboration interprofessionnelle renforcée, tout en répondant aux besoins de main-d'œuvre où les ressources humaines sont limitées, et à maintenir la qualité des soins offerts, dans un contexte de région isolée géographiquement.

La seconde hypothèse se rapportait aux travaux futurs du comité. Est-ce que la base instaurée du comité en tant que centre de traduction perdurera au-delà de ce projet de recherche-intervention pour l'accomplissement de son mandat jusqu'au déploiement ?

Pour conclure cette section, le positionnement du CO en tant que centre de traduction a nécessité des actions de la part de la gestionnaire-chercheure, agissant à titre de traductrice. La TAR et les facteurs des sciences d'implantation ont eu un apport indispensable à la préparation des rencontres, et à leur analyse subséquente. L'identification des mécanismes pour agir sur les systèmes, la mise à contribution des gestionnaires facilitateurs, les porte-paroles consultant leurs équipes et faisant preuve de leadership technique et adaptatif ont été des éléments propulsant les travaux de ce comité vers le déploiement. Les controverses révélant les intérêts ont agi en soutien à l'élaboration de dispositifs d'intéressement pour susciter l'innovation collaborative. Cet espace s'étalant sur sept rencontres au cours d'un an a permis d'être un pilier pour la mise en réseau afin de réfléchir autrement, ensemble.

4.3. Analyse temporelle : étapes traversées par les acteurs

Dans cette section, les acteurs principaux du projet sont présentés. Leur processus d'engagement et de mobilisation est analysé en utilisant les étapes de la TAR et les facteurs des sciences de l'implantation. Un tableau synthèse de l'évolution de cette mise en réseau en

fonction des étapes de la TAR sont présentés à l'appendice 6. L'analyse est présentée dans cette section sous forme temporelle.

4.3.1. Comité citoyen : Objectif sages-femmes Abitibi-Témiscamingue

Le comité citoyen, OSFAT, s'est mobilisé depuis 2014 pour rendre accessibles des SSF dans la région.

4.3.1.1. Problématisation

OSFAT a participé aux travaux sur la planification des services du CISSS qui se sont déroulés de 2021 à 2022. Il a adhéré à la recommandation de débiter les SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or. Lors du premier CO, le 5 octobre 2023, la représentante d'OSFAT a soutenu l'adoption du mandat qui fait état de la problématisation.

4.3.1.2. Intéressement

Durant la phase d'intéressement, à l'automne 2023, le projet d'élaboration du logo des SSF a été soumis à OSFAT par la gestionnaire-chercheuse. Les membres ont démontré un intérêt. Dès la première rencontre à ce sujet, un concept a été élaboré par le comité. Le comité a présenté ce concept à la direction, qui a soutenu le plan de présentation au service de communication de l'établissement. Le concept visuel a permis un échange sur la vision et les objectifs des SSF. Le logo a été un dispositif d'intéressement : le comité citoyen s'est mobilisé pour le projet par l'élaboration de l'identité visuelle des SSF.

4.3.1.3. Enrôlement

Au cours de l'hiver, la gestionnaire-chercheuse a facilité une rencontre entre le comité citoyen et le service de communication. Le logo et la vision ont été discutés. Le comité citoyen est devenu porte-parole de la vision pour établir de nouveaux partenariats, indiquant la réussite de l'intéressement. Le comité a entrepris des actions, démontrant l'enrôlement de ses membres : un membre du comité a mobilisé le comité pour organiser la projection d'un documentaire sur la pratique SF québécoise à Val-d'Or, Sages et rebelles. Un partenariat

financier a été facilité par le comité avec la Ville de Val-d'Or et le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue pour cette projection qui s'est déroulée le 2 mai 2024. Les gestionnaires du CISSS ayant autorisé ce soutien ont agi en tant que facilitateurs. Des stratégies communicationnelles ont été mises à l'œuvre par les partenaires pour publiciser l'événement. Lors de la soirée de la projection, le logo finalisé a été dévoilé, en tant que produit de la collaboration entre le comité citoyen, les SSF et le service de communication. Cet événement a permis de rassembler différents groupes : l'équipe en périnatalité et petite enfance de santé publique, les SSF, des représentants des équipes médicales ainsi que la réalisatrice du documentaire. La gestionnaire de santé publique, à titre de gestionnaire facilitatrice, a encouragé toute son équipe à y participer dans le cadre du travail. Cette gestionnaire a accompagné son équipe dans cette transition en y consacrant des ressources et en autorisant cette participation dans le cadre du travail. Cet événement a servi d'outil de formation des professionnels sur la pratique SF, pour faciliter la collaboration. Organisé et animé par le comité citoyen, un panel de discussion a suivi la projection. Ce panel a réuni une médecin de l'Hôpital de Val-d'Or, une SF, un gestionnaire du CISSS, la réalisatrice du documentaire et une citoyenne ayant eu recours aux SSF. La gestionnaire-chercheuse a suggéré de mettre l'accent sur la collaboration lors des échanges du panel. Près d'une centaine de personnes étaient présentes à l'événement. Ce dernier a agi comme dispositif d'intéressement, développé par le comité citoyen, auprès de la population. Il a servi également de vitrine pour sonder l'intérêt pour une consultation citoyenne sur l'aménagement du futur espace des SSF, servant d'occasion pour rallonger le réseau.

4.3.1.4. Mobilisation et rallongement du réseau

Une consultation citoyenne sur l'aménagement des locaux a été organisée le 17 juin 2024. Les membres du CO ont été conviés ainsi que toutes les personnes ayant manifesté leur intérêt lors de l'événement du 2 mai. Quinze personnes de divers horizons étaient présentes :

- Des représentantes du comité citoyen ;

- Une usagère-partenaire ;
- Des travailleuses du milieu communautaire ;
- Une professionnelle œuvrant à l'UME ;
- Des travailleuses issues de communautés autochtones ;
- Une professionnelle œuvrant en territoire cri ;
- Les sages-femmes de l'établissement ;
- Les citoyennes mobilisées suite à l'événement du 2 mai 2024 ;
- La gestionnaire-chercheure.

Il a été constaté que cette consultation a attesté du rallongement du réseau à la suite de l'action posée par le comité citoyen. Lors de cette consultation, l'ordre du jour a été réfléchi pour susciter l'engagement, dans un contexte de rallongement du réseau : visite des lieux, présentation d'images d'autres maisons de naissance, tour de table remue-méninges et période d'échanges sur les idées soulevées. Les idées émises ont été les suivantes :

- Couleurs des lieux liés aux éléments de la nature : vert sauge, terracotta et bleu ;
- Chambres de naissance :
 - Ajouter des lumières encastrées avec gradateur afin de pouvoir créer un éclairage tamisé ;
 - Installer des rideaux opaques pour l'intimité et permettre la possibilité de l'effet « caverne » pour enfanter ;
 - Avoir une chambre de couleur pâle (sauge) et une chambre de couleur foncée (bleu, gris ou brun) ;
 - S'assurer d'avoir des lits suffisamment grands pour accueillir le coparent lors du séjour ;
 - Avoir un espace mural pour que les familles puissent apposer des mots, des images, des phrases d'inspiration ;
 - Avoir une corde où les parents peuvent suspendre les vêtements du bébé : élément culturel important pour les Cris.

- Cuisine et salon : tons de bleu ;
- Acheter des meubles et toiles permettant d'améliorer l'insonorisation ;
- Inclure les pierres de fée au décor, évoquant le logo ;
- Autres idées : avoir de l'art des communautés autochtones, ajouter des touches subtiles évoquant les cultures autochtones, avoir une murale ou une toile dans l'entrée, faire une murale extérieure sur les murs, ajouter des arbres sur le terrain et avoir un module extérieur pour enfants.

L'aménagement des lieux a été un dispositif de mobilisation. Cette soirée d'échanges sur l'esthétisme de la future maison de naissance a été un espace favorisant le rallongement du réseau afin que les lieux reflètent les besoins des communautés qui la fréquenteront.

4.3.2. Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or a obtenu le financement pour offrir des SSF au sein de ses installations aux personnes autochtones en milieu urbain. Lors des travaux en 2021 et 2022, l'intérêt d'un partenariat pour concrétiser ce projet a été mis en place en l'organisme communautaire et le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Les ressources en sages-femmes engagées par le CISSS seraient en partage avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or à la hauteur de son financement.

4.3.2.1. Problématisation

Dans la perspective de la mise en place du CO comme centre de traduction, l'invitation du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or a été transmise lors d'une rencontre du 26 septembre 2023. L'objectif de cette rencontre était de positionner le CO comme centre de traduction. Ayant le financement pour qu'une SF travaille à deux jours par semaine dans leur centre, la participation au démarrage des SSF à travers le CO est devenue un point de passage obligé. L'objectif de cette rencontre était de valider l'hypothèse que les deux organisations, le CISSS et le Centre d'amitié, avaient l'intérêt commun de rendre accessibles les SSF à Val-d'Or. Les gestionnaires rencontrées en septembre 2023 se sont engagées à participer au CO pour le

déploiement des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or. Une représentante du Centre d'amitié a été présente à toutes les rencontres du comité au cours de la recherche.

4.3.2.2. Intéressement

Comme dispositifs d'intéressement, un point spécifique sur l'accès aux services par les personnes autochtones a été inscrit au plan d'action. Ce point se retrouvait également à chacun des ordres du jour des rencontres subséquentes du CO. Afin d'agir sur les systèmes et en tant que dispositif d'intéressement, un addendum à l'entente de coresponsabilité entre le CISSS et le Centre d'amitié, dans le cadre de l'initiative d'établir une clinique en santé pour les personnes autochtones à Val-d'Or, Mino Pimatisi8in, a été élaboré. Cette entente est la première du genre dans la province. Cet addendum est venu formaliser les rôles et responsabilités de chaque partie concernant l'offre de SSF du Centre d'amitié auprès des personnes autochtones en milieu urbain de Val-d'Or. Ce document administratif a été un moyen d'agir sur les systèmes pour formaliser le partenariat entre l'organisme communautaire et le CISSS. Le 16 janvier 2024, une rencontre avec le comité de direction du CAAVD a été organisée pour échanger sur l'entente : ce dispositif est devenu un point d'ancrage pour mobiliser les gestionnaires et traduire notre vision commune.

4.3.2.3. Enrôlement

En décembre 2023, en tant que gestionnaire des futurs SSF, nous avons été invitée par le Centre d'amitié autochtone à participer à une demi-journée de rencontre réunissant l'ensemble des professionnels de la santé à l'œuvre au sein de leur clinique de santé. Lors de cette journée, la directrice du centre a publiquement fait mention de l'intérêt quant à l'accessibilité des SSF et au travail en coresponsabilité en cours. Ceci a suscité une conversation avec les médecins et infirmières sur leur vision de la collaboration et des moyens pour répondre aux besoins de la population desservie. Par exemple, un médecin a souligné l'importance d'offrir des visites à domicile dans le cadre du suivi de grossesse pour diminuer les barrières d'accès. Une infirmière a émis la possibilité d'effectuer les

prélèvements sanguins prescrits par la SF dans les installations du centre. Ainsi, la directrice du centre, dans un rôle de gestionnaire facilitatrice et porte-parole du projet, a créé un espace d'échanges parmi les professionnels qui a amené des réflexions innovantes et enrôlant de nouveaux professionnels dans le projet. En juillet 2024, une gestionnaire a confirmé la planification d'un bureau clinique dans l'agrandissement du centre en cours afin d'offrir des SSF auprès de la communauté du CAAVD.

4.3.2.4. Mobilisation et rallongement du réseau

Depuis l'été 2024, le CAAVD a communiqué être prêt à accueillir la SF qui travaillera au sein de son équipe. N'ayant pas été en mesure de combler le contrat de la SF œuvrant auprès des personnes autochtones, ce volet de collaboration a été mis sur pause. À l'automne 2024, une SF a manifesté l'intérêt de venir en Abitibi-Témiscamingue pour participer, entre autres, à l'offre de services du CAAVD. Ainsi, une rencontre a été prévue en octobre, avec de nouveaux partenaires professionnels, pour discuter du modèle de services et des mécanismes de collaboration.

4.3.3. Équipes médicales de l'Hôpital de Val-d'Or

Préalablement au projet en organisation, les chefs des équipes médicales de l'UME de l'Hôpital de Val-d'Or ont été impliqués et consultés au cours des phases d'information et de décision s'étant déroulées de 2021 à 2022. Ces acteurs ont été représentés par des personnes infirmières dans le rôle de gestionnaires et des médecins en position de chef ou adjointe au chef de leur département respectif.

4.3.3.1. Problématisation

Lors de la phase de réalisation, en septembre 2023, les représentants des équipes médicales de l'UME de l'Hôpital de Val-d'Or furent rencontrés. La préparation à cette rencontre était axée sur la problématisation et la mise en place du CO en tant que centre de traduction. Le mandat du CO fut présenté à titre de problématisation. Nous avons conclu qu'élaborer des

mécanismes de collaboration et la mise en place des corridors de services pour les consultations et transferts médicaux était un objectif commun. Lors des échanges sur leur présence au CO, une controverse a été rencontrée : les représentants médicaux ne pouvaient s'engager à y prendre part. La discussion a été orientée sur la compréhension de leur intérêt. Ils ont révélé rencontrer des conflits d'horaire fréquents avec l'organisation de la garde. Ils ont proposé, à titre de solution, de concevoir l'ordre du jour en ciblant les sujets où un représentant des équipes médicales est incontournable. Ils nous communiqueront la période où ils pourront être présents. Cette controverse a permis de comprendre les barrières à leur participation et d'identifier des solutions pour soutenir leur intérêt à participer au comité, à soutenir le projet.

4.3.3.2. Intéressement

Lors de la deuxième phase, d'autres dispositifs d'intéressement ont été réfléchis en fonction des intérêts révélés. Lors de l'élaboration de l'ordre du jour de chaque CO, les points concernant les équipes médicales étaient concentrés à la période durant laquelle ils seraient présents. Ceci a maximisé leur participation et les échanges au CO. Un autre dispositif d'intéressement fut proposé : une procédure sur l'enfantement à l'hôpital sous les soins de sages-femmes. Les chefs des équipes médicales ont communiqué leur intention de soutenir cette option. En septembre 2023, nous avons également été sollicitée pour présenter l'offre de SSF aux directeurs cliniques. La présentation a été préparée avec le souci d'intéressement. En préparant la rencontre du 1er septembre 2023, un dispositif d'intéressement fut la procédure de consultations et transferts médicaux des personnes usagères suivies par une SF. Lors de cette rencontre, les équipes médicales ont participé activement aux échanges pour déterminer les meilleures trajectoires.

4.3.3.3. Enrôlement

À la fin de cette première rencontre, les représentants des équipes médicales se sont engagés à réviser la procédure pour élaborer une proposition de trajectoire pour chaque situation

clinique. Cet engagement a traduit leur enrôlement. Dans les mois qui ont suivi, ils ont entrepris des démarches auprès de leurs collègues pour échanger des mécanismes optimaux de consultations et transferts. Nous avons été interpellée également pour contribuer aux réflexions sur les besoins d'équipements médicaux et l'organisation spatiale de la chambre de naissance lorsqu'une naissance est prévue sous les soins de sages-femmes à l'hôpital. En février 2024, à la demande des représentants médicaux, nous avons rencontré les médecins de l'UME pour obtenir leurs avis sur des trajectoires précises. Les représentants médicaux ont pris le rôle de porte-parole, en présentant, à leurs collègues, l'évolution du projet et les procédures en élaboration. Ils ont répondu aux préoccupations soulevées par ces derniers. Du côté des soins infirmiers, nous avons été conviée aux rencontres de gestion s'adressant aux cheffes des unités mère-enfant de la région. Lors de l'une de ces rencontres, nous avons présenté les deux procédures. Les représentants des soins infirmiers impliqués au CO ont participé activement à la bonification, mobilisant leurs collègues. Ainsi, dès la première rencontre, les représentants des équipes médicales se sont mis en action en faisant preuve de leadership technique. Ils ont suscité l'appui de leurs équipes. Ils se sont mobilisés pour l'élaboration des outils agissant sur les systèmes.

4.3.3.4. Mobilisation et rallongement du réseau

En avril 2024, un des représentants des équipes médicales nous a mise en relation avec la cheffe de pédiatrie. Ce rallongement du réseau a contribué à finaliser les derniers éléments de la procédure de consultations et transferts, pour le volet néonatal. À l'automne 2024, l'ensemble des sages-femmes de Val-d'Or ont été conviées aux journées de formation continue de l'Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO) s'adressant aux professionnels en obstétrique de l'Hôpital de Val-d'Or. Une période d'échanges sur le déploiement des SSF est planifiée à l'ordre du jour. Les organisatrices ont prévu une distribution de feuilles pour inviter les participants à inscrire leurs questions. Ces initiatives ont témoigné du rallongement du réseau et de l'accompagnement des équipes dans le changement.

4.3.4. Direction de santé publique

La direction de santé publique a été impliquée lors de l'élaboration du projet en 2021 et 2022. Son implication se centrait principalement sur les collaborations aux points d'intersection de nos services en périnatalité et au système de référencement à leurs programmes-services.

4.3.4.1. Problématisation

À l'automne 2023, dans le but de résoudre l'enjeu de locaux, la cheffe de service de la direction de santé publique a été approchée pour discuter de la possibilité de jumelage des services en périnatalité et petite enfance et des SSF sous le même toit. En préparation à cette rencontre, les possibilités de fluidité et de cohérence de l'offre de services en périnatalité pour les familles ont été articulées. Lors de cet échange, la gestionnaire a communiqué son appui à cette idée novatrice. Ainsi, une problématisation commune a été identifiée : désigner un espace permettant un jumelage de services pour offrir l'ensemble des services en périnatalité de l'établissement sous le même toit.

4.3.4.2. Intéressement

En novembre 2023, cette idée a été rapportée au CO. Elle a créé une controverse : les représentantes de la population, citoyennes et usagères, partagent leurs préoccupations. Elles veulent que cet espace soit accueillant, chaleureux et informel. Du côté des représentants médicaux, cette option a suscité l'intérêt puisque le lieu envisagé se situe à proximité de l'hôpital tout en répondant à l'intérêt des SSF d'offrir un espace hors centre hospitalier. Du côté de santé publique, le désir du travail en collaboration, dans un espace prévu pour les familles a été réaffirmé. Lors de cette rencontre, la cheffe de service de la direction de santé publique a exprimé que son équipe soulève des préoccupations face au déploiement des SSF. Cet élément a été noté afin de préparer une éventuelle rencontre avec cette équipe, pour comprendre leurs intérêts et adapter le projet, le cas échéant.

4.3.4.3. Enrôlement

En janvier 2024, une première rencontre avec la haute direction a eu lieu pour discuter des options d'emplacement des SSF. Lors de cette rencontre, les gestionnaires ont recommandé d'étudier davantage la faisabilité de l'option de jumelage des services. Une haute gestionnaire de la direction de santé publique a été interpellée pour valider l'intérêt et la faisabilité de son secteur. Après des échanges avec la chef de service, la haute gestionnaire s'est faite porte-parole de ce projet dans sa direction et lors de la rencontre subséquente, en février 2024. Lors de cette rencontre, il a été conclu que cette option s'inscrit dans la mission de l'établissement. Les gestionnaires de la direction de santé publique ont joué un rôle clé pour concrétiser cette innovation provinciale. La haute direction a fait preuve de courage managérial face à un modèle sans précédent.

4.3.4.4. Mobilisation et rallongement du réseau

Le réseau a été rallongé du côté de la santé publique suite à la rencontre des équipes. En avril 2024, nous avons été invitée à rencontrer l'ensemble de l'équipe de santé publique en périnatalité et petite enfance de la MRC de la Vallée-de-l'Or. Nous avons utilisé les idées émises au sein de l'espace réflexif sur la collaboration animé lors du CO en mars. La rencontre a été planifiée en deux périodes distinctes, à quelques semaines d'intervalles. L'objectif de la première rencontre a été de créer un espace pour accueillir leurs préoccupations et cibler leurs besoins d'information. Une présentation sommaire, à partir de leurs besoins nommés, a suivi. La deuxième rencontre a été prévue en se basant sur les éléments qui sont ressortis de la rencontre précédente, en lui jumelant une visite de nos futurs lieux de travail. En guise de rétroaction, la gestionnaire nous a communiqué le sentiment positif général de son équipe suite à ces échanges et de la visite des lieux. Par la suite, nous avons été contactée par des travailleuses pour connaître les différents mécanismes d'accès et de référencement aux SSF afin d'offrir tous les choix aux personnes usagères. Des suggestions et recommandations nous ont été exprimées en lien avec leur expérience et

connaissance des mécanismes d'accès. Ainsi, le projet a été étendu vers la périphérie, tout en se transformant itérativement en fonction des intérêts des acteurs.

4.3.5. Direction des services techniques et logistique

Dès le début du projet, la direction des services techniques et logistique (DSTL) a été interpellée afin d'obtenir du soutien pour identifier des locaux.

4.3.5.1. Problématisation

Considérant le manque de locaux dans l'établissement, la DSTL a travaillé à la possibilité d'un appel d'offres pour la location de locaux, de septembre 2023 à novembre 2023. Ce processus a été inscrit dans la phase de problématisation : les besoins d'espace et les normes de la Régie du bâtiment rendaient non réaliste le projet de location. Le budget alloué était insuffisant. Cette situation a mené à une controverse : l'incapacité de la DSTL à identifier des locaux pour les SSF, par manque d'espace institutionnel, et l'appel d'offres impossible par manque de budget pour l'espace recherché. Lors des communications avec la DSTL, son intérêt a été clair : la demande de locaux des SSF s'ajoute à d'autres besoins d'espace par d'autres services et départements de l'établissement.

4.3.5.2. Intéressement

Durant l'étape d'intéressement, la libération des espaces a été mise en valeur pour répondre à l'intérêt nommé par la DSTL durant la controverse entourant l'emplacement des SSF. L'utilisation du Pavillon Fernand-Cossette pour le jumelage des SSF et de santé publique a été retenue. Lors de la présentation des options à la haute direction, le 23 janvier 2024, nous avons le rôle de traductrice en présentant les solutions potentielles. Le point de passage obligé pour la DSTL est devenu apparent : la libération des locaux dans le CLSC par l'équipe de santé publique devenait le dispositif d'intéressement. Cela répondait à l'intérêt de la DSTL : libérer des espaces au sein du parc immobilier de l'établissement pour répondre aux besoins d'espace priorités. Ce processus a permis l'émergence de l'idée innovante de jumeler, sous le même toit, les SSF et les services en périnatalité de santé publique, une

première au Québec. L'application de la TAR a contribué à cibler l'intérêt et à identifier une solution qui prend en considération l'intérêt des acteurs et qui mène vers leur coopération pour concrétiser l'idée innovante.

4.3.5.3. Enrôlement

Après la rencontre du 23 janvier 2024, la DSTL s'est mobilisée pour faire l'estimation des coûts des aménagements nécessaires du Pavillon Fernand-Cossette pour rendre réalisable le projet de jumelage des services et la libération d'espace au CLSC. Ses actions ont démontré son intérêt dans le projet. Lors des rencontres subséquentes, d'autres employés de la DSTL ont été adjoints au projet, invités par leur gestionnaire facilitateurs, passant de la phase d'étude de faisabilité à la planification. Dans le cadre de ces rencontres, le rappel a été fait de la libération des locaux par le biais du projet. À ce stade, l'intéressement a été réussi, menant à l'ajout de nouvelles personnes, pour une innovation collaborative par la mise en réseau d'acteurs.

4.3.5.4. Mobilisation et rallongement du réseau

D'avril à août 2024, la DSTL a rallongé le réseau, en s'associant l'architecte et l'entrepreneur général. Dans un tel contexte, la DSTL a fait preuve de leadership technique. Ces nouveaux partenaires ont contribué à exécuter le plan d'aménagement. Lors de la réception des recommandations de la firme d'architecture, le 29 avril 2024, l'installation de gicleurs a été incontournable, occasionnant des dépenses inattendues pouvant compromettre la faisabilité. Cette recommandation a suscité une controverse : dans un contexte de rigueur budgétaire post pandémie, des dépenses hors budget ne seraient pas autorisées. Lors de rencontres avec la haute direction en juin, la DSTL, avec l'appui de la PDG, a démontré son leadership adaptatif, en priorisant à nouveau les projets organisationnels afin de dégager la somme imprévue.

4.3.6. Transport préhospitalier d'urgence

Lors d'un transfert médical en travail ou d'urgence, les SSF ont recours au transport préhospitalier d'urgence pour le déplacement des personnes usagères. Dans un tel contexte, la SF continue d'avoir la responsabilité clinique jusqu'au transfert de soins au médecin lors de l'arrivée à l'hôpital. L'ensemble des mécanismes entourant ce processus nécessite un document administratif pour clarifier les rôles et responsabilités, entre autres.

4.3.6.1. Problématisation

Lors de la phase de problématisation, en septembre 2023, la conseillère-cadre du transport préhospitalier a été rencontrée. En préparation à cette rencontre, une proposition de problématisation a été élaborée sous forme d'objectif commun. Les besoins des SSF en la matière et des exemples de mécanismes dans d'autres régions sont partagés. À la fin de cette rencontre, l'objectif commun a été retenu : élaborer un processus de transport préhospitalier d'urgence afin de faciliter les transferts des personnes usagères sous les soins de sages-femmes vers les équipes médicales de l'hôpital.

4.3.6.2. Intéressement

Le 2 octobre 2023, le directeur régional des services préhospitaliers d'urgence et la conseillère-cadre ont été rencontrés. En préparation de la rencontre, un modèle de procédure a été élaboré à partir d'une entente type du cadre ministériel à titre de dispositif d'intéressement. Lors de la rencontre, ce dernier a facilité la traduction de la problématique en actions. Lors des échanges, une controverse a émergé au sujet du choix du modèle de défibrillateur. L'un des intérêts du directeur a été révélé : identifier l'équipement d'urgence optimal pour les milieux de soins.

4.3.6.3. Enrôlement

Au printemps 2024, une nouvelle conseillère-cadre a été nommée pour les services préhospitaliers d'urgence. La gestionnaire-chercheuse lui a transmis les notes des rencontres

précédentes pour assurer une continuité. Pour poursuivre les travaux sur la procédure, cette nouvelle conseillère-cadre a entrepris le recrutement de nouveaux alliés en invitant les chargées de l'assurance qualité et de formation. Elle a agi en tant que porte-parole en expliquant le problème. Le 7 mai 2024, elle a organisé une rencontre avec la cheffe de l'urgence de l'Hôpital de Val-d'Or, celle de l'UME et l'adjointe au chef du département d'obstétrique-gynécologie du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue pour le RLS de Val-d'Or. Ainsi, malgré le changement d'individu dans le rôle de conseillère-cadre, les étapes ont continué à se franchir, passant de l'intéressement à l'enrôlement en soutien aux nouveaux services en déploiement. Lors de la rencontre avec le directeur au cours du printemps, l'évolution des travaux lui a été présentée et nous lui confirmions l'achat du modèle de défibrillateur selon sa recommandation.

4.3.6.4. Mobilisation et rallongement du réseau

Pour finaliser la procédure, la conseillère-cadre a rallongé le réseau. Elle a organisé une rencontre avec les compagnies ambulancières. Elle a présenté la procédure au centre de communication santé (CCS), qui s'occupe des répartitions des appels d'urgence. La faisabilité des accouchements à domicile dans la communauté Anishnabe de Lac-Simon a été discutée. La compagnie desservant la MRC de la Vallée-de-l'Or a adhéré à l'option de rapprocher l'ambulance de la communauté durant l'accouchement, ce qui est une première provinciale. Cette conclusion a été obtenue à la suite d'une controverse : les représentants des compagnies ambulancières soulèvent leur préoccupation face à la translation de la procédure à leur région. La région de l'Abitibi-Témiscamingue est parmi celles ayant le plus petit nombre d'ambulances alors qu'elle occupe une superficie considérable. Ainsi, les ambulances sont à une plus grande distance les unes des autres. Afin de prendre en compte cette réalité régionale, lors de tout accouchement à domicile, il a été convenu que les sages-femmes contactent le CCS afin de valider la disponibilité du service ambulancier. Cette controverse a permis de comprendre l'intérêt du CCS et des compagnies ambulancières : soutenir la sécurité de l'accouchement à domicile en s'assurant la

disponibilité du transport préhospitalier d'urgence. Ce fonctionnement sera unique dans la province. La procédure organisationnelle concernant le transport préhospitalier d'urgence des personnes usagères suivies par SF a été finalisée en intégrant les commentaires de chaque acteur. Ce document a permis d'agir sur les systèmes clinico-administratifs régionaux pour rendre favorable l'offre d'accouchement à domicile dans de nouveaux lieux avec de nouvelles professionnelles. La conseillère-cadre, en tant que gestionnaire facilitatrice et faisant preuve de leadership technique, a soutenu le processus de consultation auprès des acteurs concernés, menant vers un leadership pluridisciplinaire : celui des paramédics, celui des sages-femmes et celui des gestionnaires.

4.3.7. Direction des ressources humaines – relation de travail

L'introduction du rôle d'aide-natale dans un établissement de santé implique habituellement la conclusion d'une entente locale syndicale. Le titre d'aide-natale n'est pas compris dans la nomenclature des titres d'emploi du Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux. Certaines conditions de travail propres aux SSF et prérequis distincts d'embauche requièrent des échanges avec le syndicat. Pour ce faire, une collaboration avec le volet des relations de travail des ressources humaines du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue s'avérait incontournable.

4.3.7.1. Problématisation

Une première rencontre, le 5 septembre 2023, a eu lieu afin d'exposer la situation. L'adjointe à la direction des ressources humaines y a invité des membres de son équipe, faisant preuve de leadership technique dans un rôle de gestionnaire facilitatrice. Lors de cette rencontre, la phase de problématisation fut accomplie : afin d'afficher les postes financés d'aide-natale, des démarches devaient être entreprises auprès du syndicat pour clarifier les conditions de travail et les prérequis d'embauche.

4.3.7.2. Intéressement

Lors d'une rencontre avec l'équipe des ressources humaines, le 25 septembre 2023, un modèle d'entente syndicale au sujet des aides-natales, obtenu auprès d'une autre maison de naissance, a servi de dispositif d'intéressement. D'autres dispositifs ont été développés : la description de tâches d'une aide-natale, un horaire type et la structure des postes. Ces éléments ont permis de traduire le titre inexistant d'« aide-natale » dans la structure existante des titres d'emploi de l'établissement. Ces dispositifs ont été expliqués lors de la rencontre du 25 septembre 2023. L'élaboration d'une entente syndicale a permis de propulser l'innovation en agissant sur les systèmes administratifs, en intégrant un nouveau rôle avec des conditions de travail spécifiques et en faisant reconnaître la formation d'accompagnante à la naissance comme prérequis distinct.

4.3.7.3. Enrôlement

Durant la phase d'enrôlement, l'adjointe de la direction et son équipe ont entrepris les démarches auprès du syndicat, se faisant « porte-parole » des SSF. Des échanges ont eu lieu sans la nécessité de l'implication directe des SSF. Le 11 octobre, l'adjointe de la direction et son équipe ont organisé une rencontre avec les représentants syndicaux locaux, entreprenant des actions pour soutenir l'innovation. Lors de cette rencontre, les dispositifs d'intéressement ont été présentés par les ressources humaines, qui se sont approprié le contenu. Notre présence a été principalement afin de répondre aux questions. Cette rencontre a servi de consultation auprès du syndicat, avant d'envoyer une proposition d'entente. L'équipe des ressources humaines a occupé un rôle de leadership en consacrant des ressources pour accompagner le déploiement des SSF, notamment en soutenant la conclusion de cette entente et la création de postes d'aide-natale.

4.3.7.4. Mobilisation et rallongement du réseau

Le 29 août 2024, les ressources humaines confirmaient que l'entente avec le syndicat a été obtenue. Dans un rôle de leadership technique, une gestionnaire aux relations de travail a partagé un document synthèse de l'entente et de ses spécificités avec les équipes de travail. Cette entente a symbolisé l'expansion formelle du réseau orchestré par les ressources humaines. Ce nouveau partenariat a agi en soutien à l'innovation opérationnelle pour faciliter l'intégration organisationnelle du nouveau rôle d'aide-natale.

4.4. Espace réflexif sur la collaboration interprofessionnelle

Alors que l'ensemble des acteurs étaient rendus à l'étape d'enrôlement, un espace réflexif sur la collaboration interprofessionnelle fut préparé. Il a été animé lors d'une rencontre du CO du 11 mars 2024.

La préparation a reposé sur la création d'une présentation succincte de la TAR et de ses phases s'adressant aux membres du comité. L'objectif était d'identifier les moyens pour susciter l'intérêt des membres des groupes qu'ils représentaient, c'est-à-dire rallonger le réseau, dans une perspective de collaboration dans un contexte de déploiement de SSF. La question suivante fut posée aux membres du comité : dans le contexte de l'introduction des services de sages-femmes, quelles sont les pistes d'action qui permettront d'intéresser l'ensemble des parties, c'est-à-dire de susciter la collaboration, afin d'offrir des soins centrés sur les personnes usagères ?

Les réponses reçues furent axées sur des pistes d'action qu'ils pouvaient faire. De plus, ils ont fourni des idées à la gestionnaire-chercheuse afin d'ajuster ses présentations en fonction des besoins de leurs groupes. Les idées dégagées sont présentées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Pistes d'action à poser pour rallonger le réseau

Pistes d'action à poser	
Par les porte-parole auprès de leur groupe	Par la gestionnaire-chercheure
Transmettre de l'information sur l'évolution du projet lors des changement de quarts de travail. Cela permet de cibler deux équipes de travail.	Lors des rencontres avec les équipes de l'établissement, mettre l'emphase sur les zones de collaboration, avec des exemples concrets.
Informers son groupe sur l'évolution des travaux du futur espace et la disponibilité des futurs locaux.	Lors des rencontres avec les équipes de l'établissement, cibler les sujets abordés en fonction des équipes rencontrées.
Inviter la gestionnaire-chercheure à rencontrer les groupes.	Contacter la gestionnaire du service avant la rencontre d'une équipe pour prendre le pouls des sujets d'intérêt pour ajuster la présentation.
	Planifier des rencontres où le temps dédié aux échanges et questions est plus long que celui à la présentation des futurs services.
	Venir rencontrer en personne les groupes dans leur espace de travail (communauté autochtone, espace communautaire, lieu de travail).
	Participer au panel de discussion lors de la projection du documentaire sur la profession SF au Québec.
	Éviter les modes de communication par courriel ou publication pour cibler les équipes de travail de l'établissement.

4.5. Effet-miroir

L'effet-miroir a contribué au partenariat entre chercheur et participants. Ils ont coconstruit les connaissances générées par la recherche (Krief et Zardet, 2013). Dans le contexte de cette recherche-intervention, les objectifs de l'effet-miroir ont été quadruples :

- Obtenir le point de vue des membres du CO sur leur expérience de l'application normative de la TAR combinée aux sciences de l'implantation afin d'innover à travers la collaboration dans un contexte de déploiement de nouveaux services ;
- Valider les étapes franchies par la majorité des membres ;
- Faire ressortir les facteurs d'influence tirés des sciences d'implantation et ;
- Obtenir des pistes d'amélioration pour la suite des travaux et le déploiement de futurs services.

Cet exercice a été préparé en quatre étapes : la préparation et la distribution d'un questionnaire, l'analyse des résultats et la présentation des résultats pour susciter des échanges. Comme vu au chapitre 3, ce questionnaire a été élaboré à partir du PINCOM-Q. Voir la section 3.3.6 pour plus de détails (Ødegård, 2006). Il comprenait neuf questions. Deux questions avaient des énoncés où les personnes participantes étaient invitées à inscrire leur niveau d'accord sur une échelle de Likert de cinq items, avec l'option « non applicable ». Ces énoncés ont été élaborés en lien avec les étapes de la TAR. Sept questions étaient à court développement. L'une de ces questions servait à valider la compréhension de la problématisation. Deux de ces questions étaient dédiées à l'identification des facteurs d'influence positifs et négatifs sur l'atteinte de l'objectif du projet. Une question était pour obtenir des pistes d'amélioration pour le fonctionnement du comité opérationnel. Deux questions visaient à connaître les sujets et les aspects ayant suscité l'intérêt des acteurs à participer au projet et à ses rencontres.

4.5.1. Résultats de la distribution du questionnaire

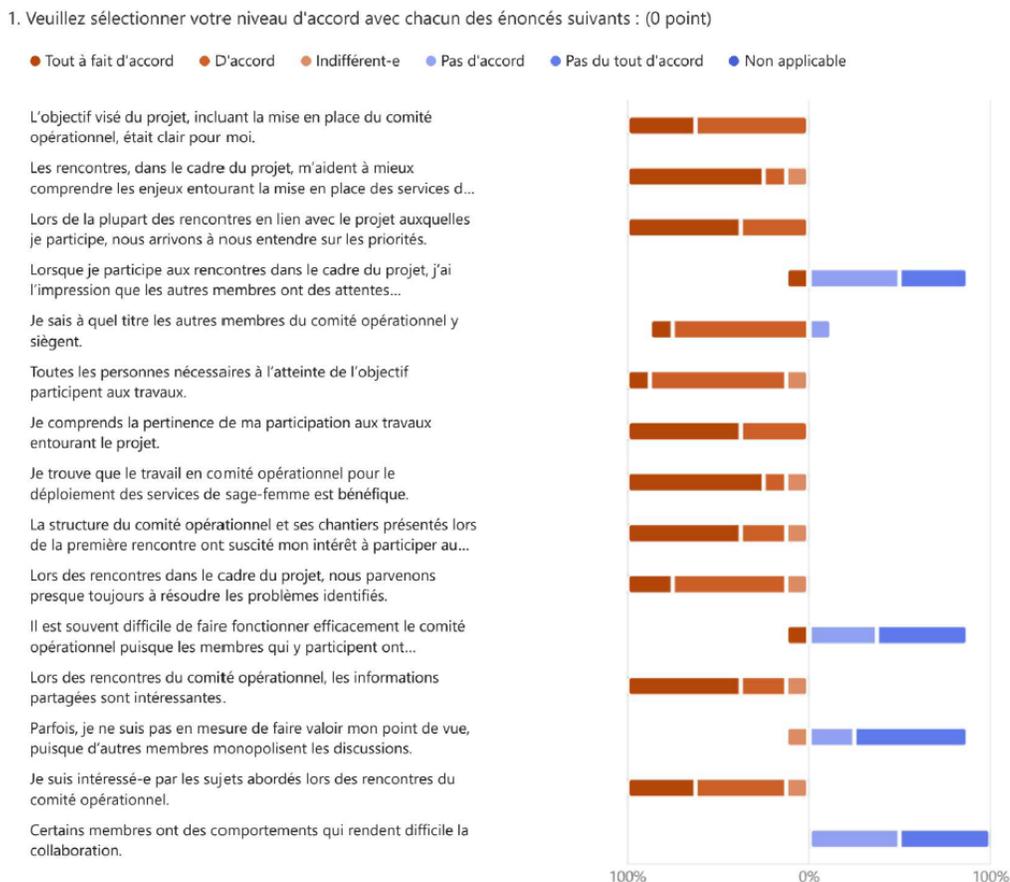
D'abord, un questionnaire fut distribué à toutes les personnes ayant participé à l'un des comités opérationnels, c'est-à-dire les membres et leurs remplaçants lors de leurs absences, totalisant 21 personnes contactées. L'invitation à remplir le questionnaire fut lancée lors du CO, en juillet 2024. Le questionnaire élaboré se trouve à l'appendice 2 de ce rapport.

Ensuite, les résultats furent analysés dans une perspective de les soumettre pour rétroaction au CO. Huit questionnaires furent retournés. Les résultats obtenus sont présentés dans les figures 2 et 3 ainsi que dans les tableaux 4 et 5.

Les résultats du questionnaire sont présentés dans cette sous-section, sans inférence ou analyse. Ils ont été soumis aux membres du CO pour discussion et analyse. Le contenu de ces échanges sont présentés dans la sous-section 4.5.2.

La première question comprenait des affirmations avec lesquelles les participants étaient invités à indiquer leur niveau d'accord. Ces énoncés portaient sur la compréhension de l'objectif du projet, leur perception de la structure du projet et de l'espace réflexif du CO et la mise en réseau des membres. Ils portaient sur les étapes de la problématisation et de l'intéressement. Cette question a servi à préparer une question en lien avec l'intérêt de la participation, sur les moyens pour renforcer le réseau et la modification du projet en fonction des intérêts des porte-paroles. Dans la figure 2, les segments représentent la répartition des réponses obtenues en fonction de leur niveau d'accord avec chaque énoncé.

Figure 2 : Réponses à la question 1 du questionnaire



La deuxième question du questionnaire portait sur la validation de la compréhension de la problématisation commune. Il s'agissait d'une question à développement. Il ressort des résultats que l'ensemble des répondants au questionnaire partageaient la même terminologie : « mise en place du service de sage-femme dans la Vallée-de-l'Or », « implanter les services de sages-femmes », « déployer un service de sage-femme dans la Vallée-de-l'Or », « création de service répondant aux besoins spécifiques de la région », « développer un service de sages-femmes pour la population de Val-d'Or ». Lors de la rencontre du 5 septembre 2024, l'objectif adopté lors du premier CO a été renommé.

La troisième question portait sur les sujets suscitant l'intérêt des membres lors des rencontres. Les réponses obtenues ont été présentées lors de la rencontre du 5 septembre pour obtenir la

rétroaction des membres. Une question a été élaborée pour cibler les sujets d'intérêt. Il s'agissait également d'une question à développement. Les sujets mentionnés dans le questionnaire sont présentés dans le tableau 4. Ce tableau est en trois colonnes pour en optimiser la présentation dans ce rapport.

Tableau 4 : Réponses à la question 3 du questionnaire

Sujets des rencontres du CO considérés les plus intéressants par les personnes participantes		
Détails des services offerts par une SF	Aménagement	Recrutement des sages-femmes
L'organisation matérielle d'une maison de naissance	Côté pratique	Déploiement des services et sa ligne du temps
Collaborateurs	Ordre des MRC dans le déploiement	Accueil ou non-accueil des milieux soignants et désir d'y voir venir de nouvelles professionnelles en périnatalité
Réel impact sur les services de santé de la région d'y voir des services sages-femmes	Impacts sur la population	Questionnaire pour les besoins spécifiques des MRC
Priorités dans le projet	Planification des ETC et lieux	Protocoles pour l'arrimage des services
Localisation et aménagement des lieux	Le logo	Les meilleures pratiques de sécurisation culturelle
L'évolution du projet	Les statistiques	Les commentaires des partenaires
Informations sur les avancées du projet	Consultation des besoins des femmes et des familles de la communauté	Les souhaits et besoins des personnes enceintes et de leurs familles
Les pratiques et la philosophie sages-femmes et leurs impacts sur l'expérience de l'accouchement	La santé et la sécurité des personnes qui accouchent	

La quatrième question portait sur les aspects du déploiement qui suscitaient leur intérêt à participer. Il s'agissait à son tour d'une question à développement. Les réponses obtenues ont porté sur les aspects suivants :

- l'interdisciplinarité ;
- les aspects concrets ;
- tous les aspects, l'ensemble du projet ;
- consultation des besoins des femmes et de familles ;
- mise en valeur des services ;
- s'impliquer pour que les services de sages-femmes voient le jour en région.

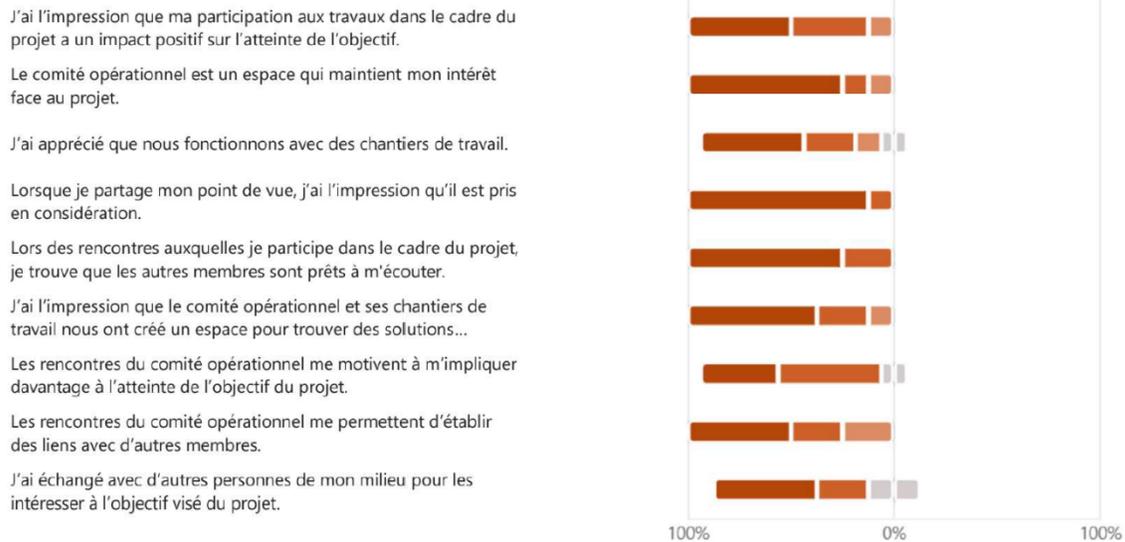
Ces aspects ont été présentés aux membres lors de l'atelier du 5 septembre. Les résultats de la rétroaction des membres sont présentés dans la section 4.5.2.

La cinquième question comprenait des énoncés avec lesquels les participants étaient invités à indiquer leur niveau d'accord. Ces énoncés portaient principalement sur la participation au CO et son potentiel pour le rallongement du réseau. Ils ont été élaborés en lien avec les étapes d'enrôlement, de mobilisation et du rallongement du réseau. Les réponses obtenues à la question 5 sont présentées dans la figure 3. Les segments représentent le niveau d'accord des répondants en lien avec chaque énoncé.

Figure 3 : Réponses à la question 5 du questionnaire

5. Veuillez sélectionner votre niveau d'accord avec chacun des énoncés suivants : (0 point)

● Tout à fait d'accord ● D'accord ● Plutôt d'accord ● Indifférent ● Plutôt pas d'accord ● Pas d'accord ● Pas du tout d'accord



Les sixième et septième questions portaient sur les facteurs de succès et nuisibles à l'atteinte de l'objectif du projet. Ces questions étaient spécifiquement en lien avec les facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation. Ces réponses ont été soumises aux membres du CO afin d'obtenir les commentaires du groupe. Le tableau 5 présente les réponses obtenues. Les réponses similaires ont été regroupées. Les concepts opposés ont été juxtaposés dans chaque colonne.

Tableau 5 : Réponses aux questions 6 et 7 du questionnaire

Facteurs de succès	Facteurs nuisibles
Personnes décisionnelles convaincues du bien-fondé du projet	Méconnaissance du dossier
Visibilité, publicité du projet	Ne pas assez mettre le projet de l'avant sur la scène publique, dans les médias
Aider au recrutement des sages-femmes et aides natales	Recrutement/carence en main-d'œuvre/difficulté de recruter des sages-femmes/pénurie de main-d'œuvre
Ne pas brûler d'étape	Échéancier serré, aller trop rapidement, sauter des étapes sous prétexte d'être plus efficace
Ouverture	Étroitesse d'esprit, manque d'ouverture et d'écoute
Être en mode solution	Mettre l'accent sur les problématiques au lieu de trouver des solutions pour les régler
Continuer de parler du projet à notre entourage et de faire la promotion des SSF	
	Surcharge de travail des personnes décisionnelles
Planification	
	Budget, augmentation des coûts selon les prévisions
Collaboration avec les partenaires du milieu	
	Institution
Impliquer les parties prenantes	
	Protocole
Écoute et collaboration	
	Pénurie d'espace
Innovation	
Créativité	
Stratégie	
Patience	
Travail en équipe	
Reconnaissance de l'apport de chacun des membres	
Courage d'aller un petit peu à contre-courant pour le [projet] prioriser	
Bonne entente entre les partenaires	

La huitième question concernait les pistes d'amélioration en lien avec le fonctionnement du CO. Ces idées ont été proposées aux membres du CO. Ces réponses ont amené l'idée à la gestionnaire-chercheuse de demander si de nouveaux acteurs devraient être invités, idée qui a été soumise lors de la rencontre du 5 septembre 2024. Les idées suivantes ont été exprimées lors de la distribution du questionnaire :

- effectuer des rencontres en présentiel ;
- s'assurer que le climat reste respectueux ;
- avoir une meilleure planification des rencontres ;
- se subdiviser en groupes de travail ;
- nommer des remplaçants lors des absences ;
- l'effet bénéfique de la grande transparence et l'effort de vulgariser.

Une section commentaire a été prévue. Les commentaires ont porté sur l'appréciation positive de l'expérience du comité, de la fréquence des rencontres et du travail de coordination de la gestionnaire-chercheuse.

4.5.2. Rétroaction en comité opérationnel

Lors de la rencontre du CO du 5 septembre 2024, une période de rétroaction et d'échanges sur le questionnaire a été prévue. En planification de cet espace réflexif, une série de questions ont été élaborées afin d'approfondir ou de clarifier certains résultats obtenus.

4.5.2.1. Les échanges suscitant l'intérêt dans le cadre du projet

Différents aspects des rencontres contribuent à l'engagement des acteurs : la tenue de rencontres préparées, les sujets ciblés, l'animation et la structure. L'animation a facilité la prise de parole et le respect des opinions émises. Être nommée par son groupe a été un élément d'intéressement au départ. En somme, les aspects techniques des rencontres ont eu une incidence sur l'intérêt des acteurs.

4.5.2.2. Les rencontres pour transformer le projet selon les intérêts des acteurs

Les membres ont souligné que l'intégration des commentaires en direct dans les textes pendant les réunions témoignait de la transformation du projet selon les intérêts. L'écoute active lors des échanges a nourri le sentiment de considération qui a des répercussions sur l'évolution du projet. Une membre a exprimé « ce qu'on dit a un effet ».

4.5.2.3. La participation au comité comme moteur d'action

L'implication des membres externes au comité les a incités à l'action. Le comité citoyen a établi un lien entre la participation du comité et sa mobilisation à organiser la projection publique du documentaire. Ce comité s'est mobilisé pour l'élaboration de l'identité visuelle des services de sage-femme, en collaboration avec l'équipe des communications de l'établissement. Ce visuel a été dévoilé lors de la projection. D'autres acteurs ont rapporté les informations auprès de leur direction, ce qui a suscité l'intérêt de nous convier à leurs rencontres de gestion. Ce réseau a facilité notre inclusion à la journée interprofessionnelle organisée par le CAAVD, rallongeant le réseau des SSF avec les professionnels qui œuvrent au sein de l'organisme. En conséquence, l'espace du CO et l'implication des membres externes a été un moteur pour la collaboration, incitant les acteurs à poser des actions de mise en réseau.

4.5.2.4. L'identification de nouveaux acteurs

Les membres ont échangé sur les moyens de rejoindre des sous-groupes lors de consultations, tels que les communautés culturelles, les personnes à mobilité réduite et les personnes autochtones. Une suggestion a été exprimée pour créer des espaces inclusifs et sécuritaires : l'affichage d'un auto-collant de Fierté Val-d'Or. Un nouvel acteur fut nommé : la Maison de la famille de Val-d'Or.

4.5.2.5. Les pistes d'amélioration pour la poursuite des travaux du comité

Les membres ont bonifié les pistes d'amélioration partagées dans le questionnaire. Un rappel des rôles et responsabilités a été suggéré. Ces rôles et responsabilités avaient été adoptés lors de la première rencontre du CO. Ils sont présentés à l'appendice 3. Une deuxième suggestion a été d'inviter les participants à activer leur caméra lors des rencontres à distance, afin de faciliter la création de liens entre les acteurs.

4.5.2.6. Les facteurs de succès pour résoudre la problématisation

Les membres ont opiné aux facteurs de succès dégagés des questionnaires. D'autres facteurs ont été ajoutés :

- l'expertise des porte-paroles et de la gestionnaire-chercheure ;
- la connaissance des sujets ;
- l'établissement d'une vision globale commune ;
- la sélection judicieuse des membres du comité ;
- la fréquence régulière des rencontres.

Les membres ont été unanimes que ces facteurs contribuent à rendre les rencontres agréables, à vouloir y assister.

4.5.2.7. Les facteurs pouvant nuire à la résolution de la problématisation

Les membres ont bonifié les facteurs défavorables. À cet égard, les facteurs suivants ont été discutés :

- éviter les échanges concernant seulement deux acteurs lors des rencontres du comité ;
- prévoir des rencontres hors comité pour les sujets plus pointus ;
- promouvoir le projet publiquement.

4.5.2.8. L'intérêt de la théorie de l'acteur-réseau dans un contexte de gestion de projet

Les acteurs ont attesté des effets positifs sur l'évolution du projet de l'application de la TAR. L'expérience a été caractérisée de « coconstruction ». Un constat a été dégagé au cours de l'échange : l'intérêt et l'adhésion au projet en sont améliorés. Les membres ont fait mention que cette approche encourage un climat inclusif, où « tout le monde a sa place », qui les incite à partager leurs points de vue. La notion d'intelligence collective a été évoquée comme mécanisme d'innovation : « on innove avec des morceaux de chacun ». L'implication citoyenne et de membres externes à l'établissement a été notée comme moyens contribuant à l'innovation : ils ont apporté une nouvelle vision et de nouvelles valeurs qui suscitent de nouvelles idées. Les acteurs ont conclu que la théorie appliquée de l'acteur-réseau « ça fonctionne ».

En résumé, ce chapitre a mis en lumière les résultats significatifs obtenus par la démarche méthodologique de l'application normative de la TAR bonifiée des facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation pour le déploiement des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or. Chaque étape, de l'identification des porte-paroles à la gestion des controverses et à l'élaboration des dispositifs d'intéressement, a contribué à renforcer la mise en réseau pour développer une collaboration entre les acteurs. La mise en œuvre du comité opérationnel en tant que centre de traduction a permis de mobiliser efficacement les acteurs tout en intégrant leurs perspectives et intérêts. Ces efforts concertés ont posé les bases d'une approche innovante et inclusive pour répondre aux besoins spécifiques des usagers et des communautés impliquées. Ce chapitre a témoigné de la richesse d'un processus où les controverses deviennent des occasions pour mieux comprendre les intérêts des acteurs pour développer une pratique de l'intéressement, en soutien à l'innovation collaborative en santé.

CHAPITRE 5. DISCUSSION SUR L'APPORT DE LA RECHERCHE À LA COLLABORATION, L'INNOVATION ET L'INTÉGRATION DE SOINS

Ce chapitre discutera des résultats de la recherche-intervention visant le déploiement des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or. Ce projet en organisation a effectué une application normative de la TAR, enrichie par les facteurs d'influence issus des sciences de l'implantation, pour guider la gestion du changement et favoriser l'intégration de ces nouveaux services de santé. La démarche exploratoire abductive s'est inscrite dans une perspective où la gestionnaire-chercheuse est devenue une traductrice dans la coordination et la facilitation des interactions entre les acteurs pour développer des pratiques collaboratives et innovantes.

Ce chapitre visera à répondre à la question principale et aux deux questions spécifiques formulées dans le premier chapitre. À cette fin, la première section explorera les moyens et principes pour renforcer la collaboration, notamment par la mise en place d'un CO en tant que centre de traduction interactif, le choix des porte-paroles, l'usage de dispositifs d'intéressement pour soutenir le processus de mise en réseau. Dans la deuxième section, l'apport des facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation, comme l'innovation opérationnelle, le rôle des gestionnaires facilitateurs, le leadership adaptatif et technique, ainsi que l'accompagnement des professionnels, sera examiné.

La troisième section sera consacrée à la pratique de l'intéressement découlant des controverses comme moteur d'innovation, en explorant comment elle permet une meilleure intégration des intérêts des acteurs. Dans la dernière section, afin de répondre à la question de recherche principale, la conception du projet avec l'approche de la TAR bonifiée des facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation sera discutée. La réflexion mettra alors en lumière le rôle central du centre de traduction et de la gestionnaire-traductrice, la conception de projet avec les quatre étapes de la TAR pour développer une pratique de l'intéressement ainsi que la nécessité de lier les actions pour maximiser les impacts et favoriser la démocratisation et l'engagement citoyen. L'apport de chacun des facteurs

d'influence des sciences de l'implantation sera abordé. Pour terminer, une représentation visuelle de l'hybridation des deux cadres théoriques menant à l'approche développée dans ce projet sera présentée.

5.1. Moyens renforçant la collaboration

Cette section visera à répondre à la première question spécifique énoncée au chapitre 1 : comment la TAR bonifiée des sciences de l'implantation contribue-t-elle à la mise en réseau pour renforcer la collaboration entre les acteurs ?

La TAR, appliquée comme méthode normative, est apparue, à l'issue du projet de la création des SSF comme une théorie très utile afin de faciliter la collaboration. L'application normative de cette théorie a permis de structurer et de renforcer les interactions entre les divers acteurs du projet, tout en tenant compte de leurs intérêts respectifs. Elle s'est distinguée par son accent sur la mise en réseau permettant de construire des relations de collaboration solides et durables. Elle est apparue pertinente en particulier dans un contexte de transformation des services de santé dans lequel on cherche à intégrer un nouveau service ou une nouvelle profession.

Pour répondre à la première question spécifique, des aspects spécifiques du projet seront discutés : l'intérêt d'un centre de traduction comme comité de pilotage, l'identification des acteurs, les dispositifs d'intéressements et la mise en réseau.

5.1.1. Comité opérationnel : un centre de traduction interactif

Dans ce projet, l'un des éléments clés de l'application normative de la TAR bonifiée a été la mise en place d'un centre de traduction en tant que comité de pilotage. Comme mentionné dans le cadre théorique du chapitre deux, il a servi d'espace de coconstruction d'innovations et de mise en réseau des différents acteurs du projet avec la personne traductrice. Ce centre a permis de créer des espaces d'échanges interactifs et réflexifs, où émergeaient les

controverses, la révélation des intérêts et la réorganisation du réseau. Le CO a eu un rôle pour soutenir les acteurs à adapter le projet pour construire une vision commune. Sous forme de centre de traduction, le CO a également aidé à aller à la rencontre des groupes pour écouter leurs intérêts, avec le soutien du porte-parole de chaque groupe.

La technique de l'effet-miroir a permis de confirmer l'importance du travail de préparation de la structure de projet pour susciter l'intéressement des acteurs. De plus, lors de la présentation des résultats du questionnaire dans le cadre de l'effet-miroir, le rôle central du CO en tant que centre de traduction pour stimuler la collaboration, l'intelligence collective, l'enrôlement ainsi que la mobilisation et le rallongement du réseau des porte-parole vers leur groupe respectif a été validé. Ceci facilite l'intégration de soins en s'assurant du rattachement des futurs services à travers les acteurs.

Des composantes structurelles et de fonctionnement ont contribué à établir le CO comme centre de traduction. L'ordre du jour modifiable par les membres, la planification d'espaces de dialogue, l'utilisation des outils à développer comme dispositif d'intéressement, la coconstruction des outils de projet, l'évolution en temps réel du projet selon les intérêts, l'implication citoyenne et communautaire ainsi que l'animation en écoute active ont été des éléments ayant soutenu ce positionnement du CO, selon nos propres observations et les commentaires recueillis lors de la technique de l'effet-miroir.

5.1.2. Choix des porte-paroles

L'identification des porte-paroles a joué un rôle déterminant dans l'application normative de la TAR bonifiée. Lors de l'échange dans le cadre de l'effet-miroir, il a été noté que la sélection des membres est un facteur de succès. L'enjeu a été d'identifier les acteurs ayant des alliances importantes, pour les mettre en interaction avec d'autres porte-paroles d'acteurs, afin de susciter des idées novatrices (Akrich, Callon et Latour, 1988). Le centre de traduction a servi de microcosme afin d'élaborer et d'éprouver les idées novatrices, qui se propagent vers le macrocosme (Akrich, Callon et Latour, 1988). Le jumelage des SSF avec l'équipe en

périnatalité et petite enfance au sein du même espace en est un exemple. Cette innovation a été rapportée auprès du CO, qui a accueilli positivement cette idée. Les équipes, la haute direction et le comité citoyen ont été rencontrées, démontrant leur appui à la mise en place d'une telle organisation de services.

Un défi rencontré a été le changement d'individu en poste, situation probable dans le cadre d'un projet se déroulant sur un an. En communiquant la problématisation, en présentant les dispositifs d'intéressement et en faisant état de l'évolution des travaux, la continuité de la construction du réseau et des facteurs favorables a pu être maintenue. Un exemple de cette situation a été le changement de conseillère-cadre dans le dossier du transport préhospitalier d'urgence. Une transmission a été effectuée par la gestionnaire-chercheuse à l'aide des documents suivants : les compte-rendu des rencontres où le problème était inscrit et le modèle de procédure élaboré en tant que dispositif d'intéressement comme mentionné à la sous-section 4.3.6.2. Ainsi, la mobilisation de cet acteur a pu se poursuivre à l'étape d'enrôlement puisque la nouvelle conseillère-cadre a entrepris des actions, en agissant en tant que porte-parole auprès des nouveaux alliés recrutés.

Un deuxième défi rencontré a été en lien avec les préoccupations citoyennes et communautaires concernant l'espace des futurs SSF. Toutes les options considérées avaient été explorées, et la seule possible était l'espace au Pavillon Fernand-Cossette. Dans une perspective de mise en réseau et de tenir compte des intérêts respectifs, une consultation citoyenne et communautaire a été organisée. L'esthétisme a joué un rôle sur le développement du sentiment d'appartenance au lieu, les aménagements créant une atmosphère chaleureuse et familière qui contribue à soutenir le processus d'enfantement. Ceci a soutenu la mobilisation de ces acteurs tout en permettant de rallonger le réseau.

Sur le plan conceptuel, nous nous sommes posé une question durant tout le projet : devrait-on considérer le bâtiment et la procédure de consultations et transferts comme des acteurs, bien que cela puisse paraître un contre-sens ? La TAR, comme décrite au chapitre 2, a évoqué la notion de libre association, c'est-à-dire que toute entité peut être mise en réseau, éliminant

la frontière construite entre nature et société (Callon, 1986). Peut-on étendre cette notion à toute entité incluant les objets ? C'est ce que la TAR propose de faire en désignant toutes les entités comme étant des acteurs humains et non humains. Mais comment le comprendre ?

La procédure de consultation et transfert pourrait être considérée comme une actrice, dans la mesure où elle agit comme un élément actif, influençant les interactions entre les acteurs et facilitant la coordination des soins. En clarifiant les rôles, les étapes et les responsabilités, la procédure devient un levier central dans la mobilisation des acteurs cliniques. Elle s'est mise en réseau avec les acteurs cliniques. Son intérêt a semblé de formaliser la trajectoire d'accès aux soins médicaux pour la clientèle suivie par SF. Suite à son intéressement à prendre part au projet, à partir du modèle type présenté en septembre 2023, elle a passé à l'action en ralliant de nouveaux alliés : les équipes médicales et les sages-femmes. Lors de la rencontre avec les médecins de l'UME en février 2024, présentée à la section 4.3.3.3, cette procédure a rallongé le réseau. C'est ce qui permet de comprendre que, selon la TAR, il est pertinent de la regarder sous forme d'actrice afin de comprendre ses influences, les controverses éveillées et ses pistes d'action pour potentialiser la mise en réseau qui est au cœur de l'innovation.

En tant qu'espace physique, le bâtiment a transcendé sa fonction utilitaire pour devenir un acteur influençant les décisions, les priorités et les dynamiques relationnelles des parties impliquées. La controverse sur son emplacement a souligné son incidence sur les perceptions, les attentes des usagers, et la capacité des différents acteurs à collaborer. Il a subi des transformations qui ont modifié les interactions des acteurs et la manière dont le projet évolu. Son contenu a suscité des actions chez d'autres acteurs. Son changement d'utilisation a suscité une controverse : la mise aux normes incluant la pose de gicleurs. De plus, son aménagement a influencé et orienté les relations entre les acteurs. Lors de la consultation sur l'aménagement, il a participé aux échanges étant donné que l'activité avait lieu sur place. Ainsi, le lieu a agi comme un catalyseur de débats et d'adaptations, rendant manifestes les tensions et les alignements nécessaires pour faire avancer le projet.

Ces hypothèses ont ouvert des perspectives sur la manière dont les objets et espaces, bien qu'apparemment neutres et inanimés, jouent un rôle déterminant dans les réseaux d'acteurs en transformation. Au terme du projet, la compréhension approfondie de l'évolution des intérêts de ces entités et de leur inclusion dans la mise en réseau a pu éclairer les mécanismes permettant d'optimiser la collaboration et la coconstruction dans des contextes d'innovation organisationnelle.

5.1.3. Dispositifs d'intéressement

Les dispositifs d'intéressement ont été des éléments clés qui ont garanti l'implication des acteurs à chaque étape du projet, depuis l'intéressement à la mobilisation et au rallongement du réseau. Ces dispositifs ont permis de s'assurer que le projet répondait aux intérêts des acteurs, renforçant leur participation. Ils ont contribué ainsi à la mise en œuvre durable du projet par son intégration clinique et organisationnelle. Le projet a ainsi permis d'observer le rôle d'ancrage de ces dispositifs, par leur capacité à traduire les intérêts complexes et à mettre en réseau les acteurs comme vu au chapitre 2. Ils ont permis de catalyser l'innovation au sein du réseau.

Plusieurs dispositifs ont été élaborés dans différents contextes. D'abord, certains ont été élaborés afin que les acteurs passent à l'étape d'intéressement, telle que la procédure de transport préhospitalier d'urgence. Un autre exemple a été la libération d'espace dans le CLSC par le jumelage de services, marquant le passage de la DSTL de la problématisation à l'intéressement. D'autres ont été élaborés à la suite de controverses qui ont révélé des intérêts. Les plans d'aménagement, présentés au CO, ont été conçus en tant que dispositifs pour favoriser le passage de l'enrôlement à la mobilisation et au rallongement du réseau des acteurs citoyens et communautaires. L'intégration organisationnelle et clinique des SSF a été facilitée par l'utilisation de dispositifs d'intéressement, développés et maintenus en place tout au long du projet.

Ces dispositifs ont également soutenu l'adaptation du projet en fonction des intérêts des acteurs, en plus de contribuer à la mise en réseau. Ainsi, tout au long de l'évolution du projet, les intérêts des acteurs se sont reflétés dans les dispositifs d'intéressement, qui ont agi comme vecteurs d'innovation. Ces dispositifs ont servi de base à développer ce qu'on peut nommer la pratique de l'intéressement par la gestionnaire-chercheure.

5.1.4. Mise en réseau

Afin d'instaurer de nouveaux SSF, la collaboration interprofessionnelle a été incontournable pour assurer la sécurité de l'organisation de ces services de santé. Comme expliqué au chapitre 1, la relation avec les équipes médicales n'a pas débuté de manière harmonieuse lors du processus de professionnalisation et de la légalisation de la pratique au Québec. Par ailleurs, ce processus a reposé historiquement sur la demande citoyenne et sur une volonté gouvernementale d'intégration des SSF au sein des établissements de santé.

La mise en réseau de l'ensemble des acteurs, en utilisant le CO en tant que centre de traduction, a facilité l'instauration d'un climat collaboratif et la valorisation de chaque acteur. La mise en œuvre de ce projet a reposé sur la capacité à construire des collaborations afin d'assurer l'intégration des SSF. À titre d'exemple, la relation avec la gestionnaire de santé publique a agi de façon à rallonger le réseau auprès des membres de son équipe, en soutien à l'intégration des SSF. En conceptualisant la collaboration sous l'angle d'un réseau, la relation développée avec les porte-paroles a le potentiel de s'étendre à leur groupe.

5.2. Facteurs d'influence des sciences de l'implantation

Les facteurs tirés des sciences de l'implantation se sont révélés pertinents afin de potentialiser l'innovation et son intégration. Ces facteurs sont discutés dans cette section.

5.2.1. Agir sur les systèmes/Innovation opérationnelle

Le financement à 100% des SSF a été un facteur d'influence externe positif. Les discussions ont pu se centrer sur des actions pour ajuster les systèmes organisationnels du CISSS et ses partenaires pour instaurer cette nouvelle offre de services au lieu d'identifier des sources de financement. Partant du principe que l'administration du système de santé est bureaucratique, l'élaboration et l'adoption de documents administratifs sont apparus comme des points de passage obligés pour permettre d'intégrer les SSF au système de santé en place dans la MRC de la Vallée-de-l'Or en le transformant par le fait même. Les documents élaborés ont été les suivants :

- Le plan d'action pour le déploiement des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or ;
- Le plan de communication pour le déploiement des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or ;
- La politique régionale et la procédure du RLS concernant les consultations et transferts médicaux pour les personnes usagères suivies par SF ;
- La politique régionale et la procédure du RLS concernant l'enfantement à l'hôpital pour les personnes usagères suivies par SF ;
- La procédure régionale du transport préhospitalier d'urgence des personnes usagères suivies par une SF ;
- Le contrat de SF dédié à offrir des services aux personnes autochtones ;
- L'addendum au sujet des SSF à l'Entente de coresponsabilité entre le CISSS et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.

L'addendum à l'Entente de coresponsabilité est une nouveauté à l'échelle provinciale. Une autre nouveauté introduite dans les outils administratifs de consultations et transferts médicaux est la possibilité par les SF de transférer aux médecins de famille en obstétrique.

Ces éléments ont permis aux acteurs d'échanger, de négocier et de trouver des compromis sur des énoncés et des mécanismes formels décrivant les innovations qui ont permis leur intégration organisationnelle. Ces documents ont participé à expliciter les processus intégratifs de la collaboration.

5.2.2. Gestionnaires facilitateurs

L'apport des gestionnaires facilitateurs a été crucial pour le bon déroulement de ce projet. Leur implication et leur leadership ont permis d'identifier des solutions et de mobiliser les équipes, en soutien à la mise en réseau.

Les gestionnaires facilitateurs se sont positionnés comme des piliers dans cette démarche, assurant la coordination, le soutien et l'alignement stratégique nécessaires pour faire avancer le projet dans un environnement complexe. Leur contribution a été essentielle pour mobiliser les équipes et prioriser le projet au sein de l'établissement. L'ensemble des gestionnaires intéressés ont entrepris des actions pour faciliter le déploiement des nouveaux services. Un exemple a été le rôle joué par la gestionnaire de l'équipe en périnatalité et petite enfance de santé publique. Elle a fait le pont entre les membres de son équipe et les membres du CO pour partager aux uns et aux autres leurs préoccupations respectives et pour répondre à ces différentes préoccupations tout en accompagnant son équipe à comprendre les nouveaux services en déploiement.

Le succès du projet a reposé en grande partie sur l'appui indéfectible de la mandante, la directrice du programme jeunesse. Ce soutien a été traduit par l'adoption d'une vision commune du projet, par une priorisation du projet dans la direction et par l'allocation de ressources garantissant une implantation réussie. Les rencontres statutaires ont servi à la préparation et l'analyse des rencontres. Elles ont servi aussi de suivi et de contrôle de projet,

en ajustant le plan d'action et les activités en fonction des alignements stratégiques organisationnels. La direction a joué un rôle de catalyseur, en faisant de la promotion du projet auprès des autres gestionnaires et créant un climat de confiance propice à l'innovation organisationnelle.

Le courage managérial des leaders impliqués a marqué une étape clé dans la réussite du projet. La présidente-directrice générale (PDG), la directrice du programme jeunesse et les directions concernées ont fait preuve de courage managérial lors des prises de décisions stratégiques. À titre d'exemple, une décision a été nécessaire concernant le futur lieu, qui a amené à réviser le statu quo de l'utilisation du Pavillon Fernand-Cossette. Cette décision a impliqué des dépenses supplémentaires. La PDG, avec le soutien des directions, a entrepris un processus décisionnel impliquant la priorisation des projets en fonction des ressources limitées, en tenant compte du contexte budgétaire déficitaire. Elles ont fait preuve d'un courage organisationnel remarquable en affrontant les incertitudes, en prenant des décisions stratégiques complexes et en soutenant des solutions innovantes pour intégrer ces nouveaux services au système existant.

Leur engagement a démontré que le leadership ne s'est pas limité à la gestion des processus, mais il a inclus également la capacité à prioriser l'offre de services à la population et à retirer les obstacles pour soutenir l'innovation. Grâce à cette détermination, les gestionnaires facilitateurs ont pu naviguer efficacement dans les dimensions opérationnelles et humaines du projet. Leur capacité à créer des ponts entre les différentes instances, les équipes de terrain et les représentants des groupes citoyens et communautaires a été un facteur clé pour assurer le succès du déploiement.

5.2.3. Leadership adaptatif

Faire preuve de leadership adaptatif a été nécessaire pour assumer un rôle de traductrice en tant que gestionnaire-chercheur. Cette posture s'est traduite en posant les actions suivantes :

- Un plan d'action évolutif ;
- Le développement de dispositifs d'intéressement pour s'adapter aux intérêts ;
- L'adaptation du projet en fonction des intérêts et des idées novatrices.

L'animation a été axée sur le fait de favoriser les échanges, en invitant les acteurs à prendre la parole, en traduisant les aspects techniques et en faisant preuve d'écoute active. Durand, Baret et Krohmer (2018) ont souligné que les techniques d'animation sont des facteurs de succès pour susciter le dialogue.

Un autre exemple marquant de leadership adaptatif a été celui de la direction des services techniques et logistiques. Face à la nécessité de fournir un espace conforme pour accueillir les nouveaux services, cette direction a modifié ses priorités pour dégager le budget requis tout en allouant des ressources pour réaliser le projet. Cela a permis de procéder à la rénovation du Pavillon Fernand-Cossette.

Cette capacité à ajuster des priorités organisationnelles à court terme, tout en maintenant une perspective stratégique, a illustré la force du leadership adaptatif dans un contexte de ressources limitées et de délais serrés. Le leadership adaptatif s'est avéré un levier essentiel pour gérer la complexité du projet. Il a permis d'articuler les idées novatrices des acteurs et d'équilibrer les intérêts.

5.2.4. Leadership technique

Dans le contexte de l'implantation des SSF, le leadership technique, tel que défini au chapitre 2, s'est révélé être un facteur de succès déterminant pour l'opérationnalisation de l'innovation. Les porte-paroles des acteurs ayant un rôle plus technique, tels que ceux des équipes médicales, ont établi un pont entre les disciplines. Leur expertise a servi aux aspects techniques de l'innovation. Ils ont été en mesure de prolonger la traduction auprès de leurs pairs, suscitant l'enrôlement de nouveaux alliés.

Outre l'exemple des équipes médicales, il y a celui du côté des ressources humaines. Le leadership technique a été un catalyseur pour l'ajout d'un nouveau rôle organisationnel, les aides-natales. À l'étape d'enrôlement, tel que présenté dans la section 4.3.7.3, les ressources humaines ont fait la passerelle avec l'entité syndicale afin d'intégrer ce nouveau rôle et les conditions de travail qui lui sont rattachées afin de prendre en compte la réalité du travail fait lors d'un enfantement, malgré l'absence d'un titre d'emploi spécifique. Cette situation a illustré comment ce type de leadership a pu permettre d'intégrer une innovation au sein d'un système administratif.

Une autre situation où ce type de leadership a été indispensable est en lien avec l'élaboration de la procédure du transport préhospitalier d'urgence pour la clientèle suivie par une SF, principalement lors de naissance prévue à domicile. Les connaissances spécifiques de la direction ont favorisé l'arrimage technique entre les services ambulanciers et la pratique sage-femme hors centre hospitalier. Ceci a aidé à concrétiser cette nouvelle pratique par la transformation d'idées en solutions pratiques et applicables, lors de l'étape d'enrôlement ainsi que du rallongement du réseau et de la mobilisation.

Le leadership technique a été essentiel pour la mise en œuvre d'initiatives novatrices s'appuyant sur la qualité des pratiques et la sécurité des services. En tant que facteur clé des sciences de l'implantation, il s'est avéré des plus utiles pour allier l'innovation et l'exécution opérationnelle. Ce type de leadership a permis d'intégrer les objectifs dans les tâches concrètes et de mobiliser les équipes autour de solutions novatrices pour établir des SSF. L'effet de ce leadership dans le projet, autant sur les processus que sur les collaborations interprofessionnelles, est un exemple probant de son rôle central dans l'innovation dans le domaine de la santé.

5.2.5. Accompagnement des professionnels

Dans le cadre du déploiement des SSF, l'accompagnement des professionnels a été nécessaire pour introduire le changement amené par le déploiement des futurs SSF, comme le théorise

les sciences de l'implantation. Ce type d'accompagnement, défini par Fixsen et al. (2021) comme l'apport de ressources en formation continue, mentorat, soutien émotionnel et résolution de problèmes, a favorisé une meilleure collaboration interdisciplinaire et une intégration harmonieuse des services.

L'accompagnement a permis de démystifier le rôle des sages-femmes et d'encourager une compréhension mutuelle entre professionnels. Deux initiatives marquantes ont illustré cet apport. À l'étape d'enrôlement, la gestionnaire de l'équipe en périnatalité et petite enfance de la santé publique a incité l'ensemble de l'équipe à assister à la projection de ce film. Cette activité a permis une meilleure compréhension du rôle et des compétences des sages-femmes pour favoriser une collaboration plus naturelle entre professionnels.

Une autre démonstration de ce facteur de succès a été la démarche de l'équipe de base d'AMPRO regroupant des représentants des équipes médicales. Cette dernière a planifié une journée de formation continue prévue à l'automne 2024. Une présentation sur les SSF a été intégrée en fin de journée, précédée d'une initiative innovante, en matinée : la collecte anonyme de questions sur le déploiement des SSF. Cette approche a le potentiel d'encourager différents types de participation ainsi que d'ajuster la présentation aux intérêts réels des participants, renforçant ainsi l'enrôlement des équipes médicales.

L'accompagnement des professionnels a été un élément clé pour le succès du déploiement des SSF. Ces actions d'accompagnement ont offert un soutien à la collaboration pour des conditions indispensables à l'intégration d'un nouveau modèle de services.

En somme, par l'intermédiaire des composantes de la structure de projet comme le centre de traduction, l'identification des acteurs et de leurs porte-paroles et les dispositifs d'intéressement facilitant la transition entre les étapes, la TAR a permis de construire un réseau solide et adaptatif, qui a assuré la prise en compte des intérêts des acteurs tout au long du projet. En conjuguant les apports des sciences de l'implantation avec les principes de la TAR, ce projet a démontré comment l'application normative de la TAR, bonifiée des facteurs

des sciences de l'implantation, a pu transformer une vision novatrice en réalité opérationnelle. La TAR, appliquée en tant que méthode normative, a offert un cadre puissant pour l'innovation collaborative et l'intégration des soins.

5.3. Rôle des controverses dans l'innovation : une pratique d'intéressement

Cette section vise à répondre à la deuxième question spécifiques énoncées au chapitre 1 : comment une meilleure compréhension des intérêts des acteurs, grâce aux controverses, suscite-t-elle l'innovation ?

Le dévoilement des intérêts par les controverses a été un aspect captivant de l'application normative de la TAR. Au lieu de chercher à identifier les individus réfractaires aux changements face à un projet immuable, l'émergence de points de vue divergents a été considérée comme des occasions d'innovations à travers les échanges, les négociations et les compromis. Les controverses et l'articulation des intérêts ont soutenu la transformation du projet en fonction des différentes perspectives. Un exemple pour illustrer cette affirmation a été la controverse en lien avec l'incapacité de la DSTL à trouver des locaux pour les futurs SSF. Au lieu de viser à convaincre la DSTL, leur intérêt a été écouté. Ceci a nourri la capacité novatrice organisationnelle, en jumelant, sous le même toit, les SSF et l'équipe de périnatalité et petite enfance de santé publique. L'application normative de la TAR, amenant la gestionnaire à être à l'écoute des intérêts révélés durant les controverses, au lieu d'être en réaction face aux points de vue divergents, a conduit à l'innovation collaborative.

5.4. Conception du projet en utilisant la TAR bonifiée des facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation pour susciter l'innovation collaborative

Ce projet de recherche-intervention visant le déploiement des SSF a permis d'appliquer une combinaison fructueuse de la TAR et des facteurs des sciences de l'implantation. Cette section discute de la conception du projet pour répondre à la question principale : comment une gestionnaire-chercheuse peut-elle utiliser la TAR bonifiée des facteurs dérivés des

sciences de l'implantation, en tant qu'approche normative, pour coordonner l'intégration de nouveaux SSF dans un établissement régional de santé et susciter l'innovation collaborative ?

La TAR invite à être sensible à l'idée de réseau et donc à l'idée que plus le réseau est long et solide, plus une innovation a une chance d'émerger. Dans ce contexte, l'approche a placé la participation forte et élargie au cœur de la démarche. Cette démarche a impliqué de s'ouvrir aux controverses pour comprendre les intérêts des acteurs, pour développer des dispositifs d'intéressement et pour modifier le projet. La gestionnaire-chercheuse a été également amenée à porter une attention particulière aux facteurs pouvant influencer la mise en réseau lors des étapes de la TAR pour tenter de les maximiser.

Cette hybridation de ces deux cadres conceptuels a suscité la collaboration à travers la mise en réseau pour favoriser l'innovation. Les sections suivantes discutent de l'utilisation de l'application normative des deux théories utilisées en tant qu'outils de gestion de projet.

5.4.1. Apport de la TAR à la gestion de projet

5.4.1.1. Concevoir un CO comme centre de traduction et la gestionnaire de projet comme traductrice

L'établissement d'un centre de traduction a été une innovation méthodologique essentielle. Le processus de collaboration et d'innovation s'est construit grâce à la possibilité d'échanges dans un espace conçu à cette fin. En tant que gestionnaire de projet, se concevoir comme traductrice s'est révélé crucial. Cette posture a impliqué de faire preuve d'écoute active au lieu de chercher à convaincre les acteurs du bien-fondé du projet. En traduisant les besoins et intérêts des différents acteurs (professionnels, gestionnaires, citoyen et communautaire) en dispositifs d'intéressement, le rôle de traductrice nécessite d'identifier la « résistance au changement » comme étant une controverse où l'occasion de comprendre les intérêts des acteurs se présente. Ces intérêts ont le potentiel de susciter l'innovation au moyen de dispositifs d'intéressement à développer.

Le centre de traduction a permis d'aligner les objectifs stratégiques et opérationnels, de créer un espace interactif où les idées nouvelles peuvent émerger et de se bâtir sur l'intelligence collective, créant ainsi un cadre propice à la collaboration et l'écoute. À titre d'exemple, la conception de la procédure de consultations et transferts médicaux et celle pour le transport préhospitalier d'urgence agissent de concert pour soutenir l'ajout du choix des lieux de naissance hors centre hospitalier pour les femmes et les familles. Ces outils administratifs opérationnels, utilisés sous forme de dispositifs innovants dans le cadre de ce projet, ont eu une retombée appréciable sur la mise en réseau, avec l'implication des gestionnaires et leaders, construisant une base positive pour la collaboration entre les acteurs.

5.4.1.2. Intérêt de concevoir le projet en quatre étapes de la TAR

La TAR a fourni un processus de mise en réseau en quatre étapes qui a été utilisée pour analyser et structurer le projet. Quatre processus se sont démarqués : la préparation rigoureuse des rencontres et des ateliers, l'animation des rencontres et ateliers en faisant preuve d'écoute active, l'analyse après chaque rencontre et le développement des dispositifs d'intéressement. Les facteurs des sciences de l'implantation ont été utiles lors de la préparation et de l'analyse des rencontres. En filigrane, ces processus ont dû tenir compte des étapes de la TAR : la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement ainsi que la mobilisation et le rallongement du réseau.

Lors de la préparation des rencontres, il a été judicieux d'identifier où chaque acteur impliqué était rendu dans les étapes de la TAR pour éviter de sauter des étapes. Un ordre du jour structuré, ajusté selon l'étape de la TAR et laissant la place aux échanges axés sur le projet, a permis d'orienter les discussions vers des solutions novatrices. Lors de la préparation des rencontres, les thèmes, les questions posées aux acteurs et l'élaboration des dispositifs d'intéressement ont fait partie des ajustements apportés en fonction de l'évolution de la mise en réseau. Par exemple, en préparation de la rencontre avec le CCS et en conscientisant que la conseillère-cadre du transport préhospitalier est enrôlée, nous avons encouragé cette

dernière à expliquer le projet et les besoins aux employés du CCS afin de soutenir le rallongement du réseau.

5.4.1.3. Acteurs-réseau : planification des actions en réseau

La TAR nous a amenée à réfléchir et à planifier autrement les actions. Elle sensibilise au réseau qui se crée, à identifier les connexions autant entre les acteurs que les actions. On a pris conscience du fait qu'un projet vit dans son réseau ce qui inclut un réseau d'actions. Le projet a démontré l'importance de connecter les actions pour garantir leur cohérence et maximiser l'effet des facteurs d'influence des sciences de l'implantation et des dispositifs d'intéressement. En planifiant les actions de manière interreliée, leurs retombées ont été au-delà des attentes, en mobilisant et rallongeant le réseau plus rapidement. Par exemple, l'organisation de l'événement du 2 mai a nourri la planification de la consultation des aménagements du 17 juin qui a permis d'élaborer des plans d'aménagement présentés au CO pour répondre aux intérêts citoyens et communautaires, générant un effet de réseau où chaque action renforçait les suivantes. Cette approche a permis de rallonger le réseau d'acteurs impliqués et de stimuler la réflexion collective. La connexion entre les initiatives a favorisé une vision globale, facilitant une anticipation des impacts croisés et renforçant l'efficacité du déploiement.

5.4.1.4. Acteurs-réseau : démocratisation et engagement citoyen

La participation d'acteurs externes, tels que des citoyens et des organisations communautaires, a joué un rôle transformateur, tel que noté lors de la technique de l'effet-miroir. Comme décrit par Ruelland (2024) et présenté au chapitre 3, l'implication du comité citoyen OSFAT a été indispensable pour une démocratisation du déploiement de nouveaux services à la population. De plus, l'implication de représentants du secteur communautaire a eu cet effet également. À plusieurs reprises, ces porte-paroles ont apporté de nouvelles idées où ils ont remis en question des façons de faire. Le comité citoyen, engagé auprès de la population, a entrepris des actions d'une grande envergure. Il a établi un partenariat avec la

Ville de Val-d'Or et il a créé un lien avec la cinéaste en plus d'assurer une diffusion simultanée en ligne de la projection et du panel. Près d'une centaine de personnes y ont assisté, ce qui est une forte participation dans le contexte de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Par la suite, la consultation sur l'aménagement, où l'esthétisme était central, a été un levier pour la démocratisation des espaces de services de santé. Cette consultation a modifié les orientations imaginées. L'inclusion d'acteurs citoyens et communautaires a enrichi le projet en apportant une diversité de perspectives, en s'assurant que la transformation du projet demeure en adéquation avec les intérêts citoyens et en démocratisant le processus. L'intégration d'acteurs externes a été un catalyseur pour l'innovation.

5.4.1.5. Développer une pratique de l'intéressement

Comprendre les controverses comme des occasions d'innovations a permis d'élargir les possibilités et d'accueillir favorablement les points de vue divergents. Cette pratique de l'intéressement comme un moyen d'application normative de la TAR a amené la gestionnaire de projet à porter une attention particulière sur les actions et intérêts révélés des acteurs au lieu de chercher à connaître les intentions. En fonction des intérêts connus ou anticipés, des dispositifs d'intéressement ont été développés, principalement sous forme de documents administratifs, qui ont eu l'impact de transformer le projet.

À titre d'exemple de cette pratique d'intéressement, nous retenons la controverse entourant l'identification du choix du lieu pour les SSF. Lors de rencontres du CO, une controverse a émergé en lien avec la sélection du Pavillon Fernand-Cossette comme espace pour les SSF. Lors de cette controverse, il a été identifié que l'aménagement a une incidence sur l'avis de certains acteurs. De cette controverse a découlé l'organisation d'une consultation publique sur l'aménagement des lieux, tenue en juin 2024. Les idées qui ont émergé lors de cet événement ont transformé la planification prévue de l'organisation esthétique et spatiale. Lors du CO subséquent, des modèles d'aménagement ont été présentés qui intégraient les

idées soulevées. Cette démarche a abouti à un consensus sur l'emplacement et sur son aménagement pour répondre aux besoins populationnels.

Un deuxième exemple a été celui de l'élaboration du processus de transferts de soins à un médecin durant l'enfantement. En tant que gestionnaire-chercheuse dans ce contexte particulier, cela nous a amenée à ne pas chercher à reproduire les mécanismes en place dans d'autres services, mais à écouter l'expérience des équipes médicales pour établir des fonctionnements en harmonie avec l'organisation des soins existante. Par exemple, dans la quasi-totalité des SSF dans la province, les SF transfèrent les soins périnataux aux obstétriciens-gynécologues. Dans le cadre de ce projet, il a été décidé que la majorité des transferts se fassent auprès des médecins de famille œuvrant en obstétrique sauf si la femme requiert une intervention d'urgence au bloc opératoire. Ceci a découlé d'une controverse où les équipes médicales qui ont révélé leur intérêt à faire valoir leur organisation de la hiérarchisation des soins où les obstétriciens-gynécologues agissent à titre de consultants en 2^e ligne et que toute personne admise à l'UME est sous les soins d'un médecin de famille en obstétrique.

Cette démarche a offert une double richesse : elle a permis de suivre l'évolution de la collaboration à travers la mise en réseau tout en offrant une méthode rigoureuse pour renforcer le déploiement du projet, dans une perspective de démarrer de nouveaux services en santé dans une région isolée géographiquement à faible densité populationnelle. Ce processus réflexif a augmenté la capacité à ajuster les stratégies et à intégrer les intérêts révélés des acteurs lors de chaque étape, façonnant le projet, pour développer une pratique de l'intéressement.

5.4.2. Apport des facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation à la gestion de projet

L'intégration des SSF en Abitibi-Témiscamingue a constitué un défi majeur en gestion de projet, nécessitant une coordination entre plusieurs acteurs. Les sciences de l'implantation

ont offert un cadre théorique permettant d'optimiser cette intégration en s'appuyant sur des facteurs d'influence.

5.4.2.1. L'innovation opérationnelle et l'adaptation aux réalités régionales

L'un des principaux enjeux du déploiement des SSF en Abitibi-Témiscamingue a résidé dans l'adaptation du modèle de soins à la réalité régionale. L'intégration de soins a soutenu l'opérationnalisation des changements sous forme d'innovation des systèmes. En comprenant le fonctionnement d'un établissement de santé comme un appareil bureaucratique, pour potentialiser ce facteur, il a été nécessaire de concevoir les changements sur les systèmes sous forme d'outils administratifs (politique et procédure). Les procédures adoptées ont eu l'effet d'apporter ces innovations opérationnelles.

5.4.2.2. Le rôle des gestionnaires facilitateurs et des leaders

Les gestionnaires ont joué un rôle clé en facilitant la mise en réseau des acteurs concernés par l'implantation des SSF. Ils ont agi comme médiateurs entre les professionnels de la santé, les représentants gouvernementaux et les citoyens afin d'assurer une coordination fluide et une adoption progressive des services. En positionnant les gestionnaires comme facilitateurs, ils deviennent des moyens pour rallonger le réseau et traduire les intérêts de leurs équipes lors des rencontres. Le souci apporté à garder leur intérêt pour susciter leur enrôlement a contribué à ce que ceux-ci posent des actions pour la mise en place des SSF.

Le leadership technique et adaptatif a été indispensable pour intégrer les SSF dans l'établissement. L'implication des leaders techniques accélère la compréhension des mécanismes par la gestionnaire de projet. De surcroît, en apportant une attention à leur intérêt, l'action sur les systèmes par les innovations opérationnelle a été maximisée, avec le soutien des leaders adaptatifs. L'exemple de cette affirmation a été l'adaptation de la procédure de consultations et de transferts à la réalité clinique de la hiérarchisation des soins à l'Hôpital de Val-d'Or grâce à l'implication des leaders des équipes médicales.

5.4.2.3. L'accompagnement des professionnels

Un facteur du succès de l'implantation des SSF a été l'accompagnement des professionnels de la santé. La mise en place d'espaces d'échanges interprofessionnels a favorisé une appropriation progressive du changement. Pour potentialiser ce facteur des sciences de l'implantation, l'identification de porte-paroles par les groupes des professionnels était primordiale. En portant une attention à l'accompagnement des professionnels, la compréhension des intérêts a été approfondie. Par exemple, pour s'assurer d'un accompagnement de l'équipe de santé publique, l'organisation des échanges avec ce groupe a été organisée pour améliorer la compréhension mutuelle des rôles et pour intégrer leurs intérêts dans l'aménagement des futurs lieux de pratique au Pavillon Fernand-Cossette.

Les facteurs des sciences de l'implantation ont stimulé l'action sur les systèmes, à travers les dispositifs d'intéressement. Ces facteurs ont aussi soutenu les différents types de leadership, contribuant à l'adaptation du projet en fonction des intérêts et en opérationnalisant l'innovation. L'accompagnement des professionnels a contribué à leur fidélisation au projet, qui tenait compte de leurs intérêts. Les activités et les outils développés ont favorisé la mise en œuvre de la TAR bonifiée.

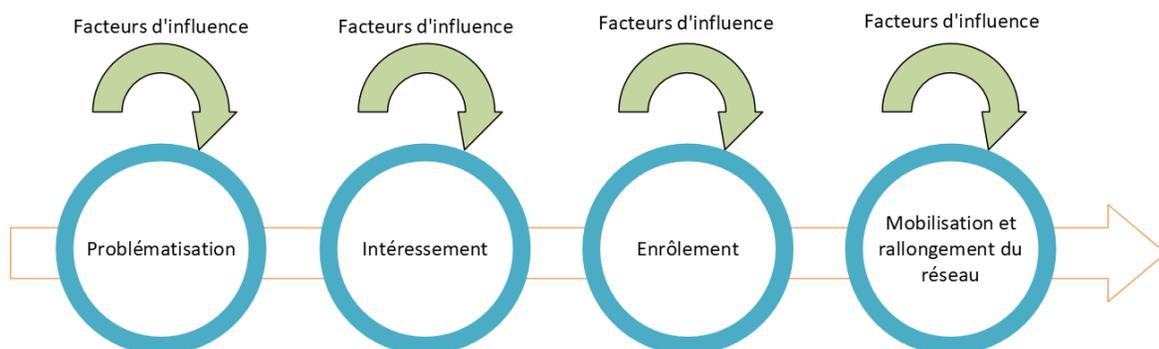
5.4.3. Formes et activités liées à la démarche méthodologique normative

Pour débiter, la gestionnaire-chercheuse a eu à créer des points de passage obligé à travers la problématisation, en instaurant le CO comme centre de traduction. La structure de projet a placé le CO au cœur des échanges. Cette méthode a invité la gestionnaire-chercheuse à adopter un style d'animation à l'écoute, avec des outils pour observer l'évolution des dynamiques. La grille d'observation développée a agi en soutien pour permettre à la gestionnaire-chercheur d'analyser l'évolution du réseautage, d'identifier les controverses, les intérêts révélés et les pistes novatrices potentielles. Ceci a facilité le développement de dispositifs qui propulsaient la progression dans les étapes de mise en réseau et l'innovation.

L'animation de l'atelier présentant la théorie a aidé à traduire et à démocratiser la méthode pour son appropriation collective. La technique de l'effet-miroir a été bénéfique pour obtenir le point de vue de l'expérience des acteurs pour une coconstruction de la connaissance collective.

Ce projet en organisation a démontré que le croisement des deux cadres conceptuels est une méthode de gestion de projet dynamique et inclusive. La figure 4 illustre cette approche hybride développée pour ce projet. En mettant en place une pratique de l'intéressement, un centre de traduction où la gestionnaire de projet agit en tant que traductrice, en reliant les actions, en démocratisant les espaces réflexifs et physiques et en agissant sur les facteurs d'influence, ce projet a su mobiliser une diversité d'acteurs et d'idées pour une innovation collaborative.

Figure 4 : Représentation visuelle de la TAR bonifiée des facteurs d'influence tirées des sciences de l'implantation



Cette conception de projet a offert des réflexions et des pistes d'action potentielles pour guider un gestionnaire-chercheur à utiliser la TAR bonifiée des facteurs dérivés des sciences de l'implantation pour la gestion de futurs projets d'implantation de SSF dans d'autres MRC de la région, comme projeté par le CISSS, en adoptant une démarche structurée et une approche collaborative centrée sur les acteurs et leurs intérêts.

CHAPITRE 6. RECOMMANDATIONS POUR LA PÉRENNITÉ DES SERVICES DE SAGE-FEMME DANS LA MRC DE LA VALLÉE DE L'OR ET POUR DES DÉPLOIEMENTS DE SSF DANS D'AUTRES MRC

Pour assurer la poursuite et l'évolution du projet, plusieurs recommandations peuvent être formulées. Ces recommandations, ancrées dans les principes de la TAR et des facteurs d'influence des sciences de l'implantation, ont pour objectifs de consolider les dynamiques collaboratives, d'amplifier les retombées positives du projet et de soutenir une transformation organisationnelle pérenne. En structurant les interactions entre les acteurs et en intégrant des mécanismes facilitant l'adaptation continue, elles se proposent de tenter de maximiser l'adhésion aux changements et d'assurer une implantation efficace et durable des services.

Dans ce chapitre, les recommandations porteront sur le maintien et sur le rallongement de la mise en réseau des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or ainsi que sur la transférabilité potentielle du cadre et de la méthode utilisés pour déployer de nouveaux SSF dans d'autres MRC. Afin de bonifier ces recommandations, nous ferons, au préalable, une réflexion sur les points que nous ferions autrement si l'exercice était à recommencer.

6.1 Réflexions et axes d'amélioration

Dans le cadre d'une autre recherche-intervention, nous mettrions l'accent sur une approche plus structurée et interactive pour favoriser l'engagement des acteurs locaux et pour améliorer l'implantation des SSF dans une région géographiquement isolée. D'abord, lors des rencontres du CO, nous proposerions davantage d'ateliers d'échanges, axés sur des questions ciblées et adaptées aux différentes étapes du processus de mise en réseau. Par exemple, dès la première rencontre, nous aurions pu poser les questions suivantes : « Qu'est-ce qui a suscité votre intérêt à participer au comité opérationnel pour le déploiement de ces nouveaux services? De quelle manière pensez-vous que vous pouvez appuyer la mise en place de ces nouveaux services grâce à votre rôle et vos fonctions? ». Un atelier pourrait être prévu sur les enjeux et sur leurs solutions potentielles. En augmentant la fréquence des discussions,

cela pourrait accroître les relations ainsi que l'émergence et la résolution des controverses. Cela permettrait de mieux comprendre les intérêts détaillés, d'identifier les obstacles distincts à chaque phase du projet et de favoriser l'innovation collaborative par une intensification des interactions.

Pour optimiser l'efficacité des rencontres et pour dégager du temps pour ces ateliers d'échanges, nous enverrions les comptes-rendus des travaux des groupes de travail en amont. Cela offrirait aux participants la possibilité de préparer leurs réflexions et d'imaginer d'autres solutions, maximisant ainsi le temps d'échanges et d'interaction pendant les rencontres. De plus, nous présenterions la TAR bonifiée des facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation dès la première rencontre. Ceci pourrait renforcer l'importance accordée au fait de se mettre en réseau et d'accueillir favorablement les opinions divergentes. Ce serait également en soutien aux acteurs afin de bien comprendre les dynamiques sous-jacentes et l'importance de chaque étape de la TAR. Les acteurs pourraient également contribuer à potentialiser les facteurs d'influence. Enfin, pour suivre l'évolution des acteurs et des rencontres des groupes de travail, nous mettrions en place un tableau d'analyse des étapes de la TAR pour la gestionnaire de projet, incluant une section pour les facteurs d'influence et les intérêts révélés, identifiés pour chaque acteur. Cela permettrait de visualiser clairement le progrès, facilitant ainsi des rajustements en temps réel par la gestionnaire de projet pour garantir la réussite du déploiement des SSF.

À première vue, le rôle de gestionnaire-chercheure, c'est-à-dire une SF occupant une fonction de gestion à l'interne tout en étant dans la posture de chercheure, nous positionne en posture subjective. Ainsi, l'application de la démarche de la recherche-intervention s'est éloignée de celle par Durand, Baret et Krohmer (2018) où le chercheur-intervenant était externe. Notre double rôle de gestionnaire-chercheure a inévitablement influencé les dynamiques du projet.

Sur ce point, la posture critique adoptée, en intersubjectivité, a été en lien avec les identités de chercheure, SF et gestionnaire impliquant une capacité d'autocritique et d'autoréflexivité (Durand, Baret et Krohmer, 2018) autant lors de la préparation des rencontres que de leur

analyse. Les rencontres avec la conseillère académique, celles avec la mandante et les ateliers du CO ont contribué à l'intersubjectivité. Si nous reproduisions cette méthode, nous ne bénéficierions pas de l'apport de la conseillère académique. La technique de l'effet-miroir a soutenu l'analyse intersubjective, en obtenant les autres points de vue pour une analyse collective des processus et des facteurs d'influence. Un temps à la fin de chaque rencontre serait à ajouter pour confronter les perceptions de la gestionnaire-chercheuse.

Par ailleurs, pour une évaluation plus approfondie, la conception d'un outil pour évaluer la collaboration contribuerait à mesurer la portée de la TAR bonifiée des sciences de l'implantation en tant qu'approche normative à la gestion de projet.

6.2 Maintien et rallongement du réseau des SSF de la MRC de la Vallée-de-l'Or

La posture du CO en tant que centre de traduction est à maintenir pour soutenir le rallongement du réseau et la coconstruction d'innovation. Pour améliorer l'organisation des rencontres, les actions suivantes sont à envisager :

- faire un rappel du mandat, des rôles et des responsabilités du CO et de ses membres et valider avec les membres lorsque le mandat semblera atteint ;
- prévoir des rencontres en présentiel pour renforcer les liens entre les acteurs ;
- élargir la diversité des acteurs impliqués en y incluant la Maison de la Famille de Val-d'Or ;
- prévoir une visite du Pavillon Fernand-Cossette avec les acteurs siégeant au CO pour améliorer son aménagement et l'utilisation citoyenne de l'espace ;
- utiliser la grille d'observation pour faire le suivi des controverses et continuer la pratique d'intéressement ;

- développer un plan de contingence avec les équipes médicales en tant que dispositif d'intéressement ; la clarification des rôles et des responsabilités des professionnels impliqués est fortement suggérée pour répondre à l'intérêt des acteurs.
- s'assurer que les sujets à l'ordre du jour concernent l'ensemble des acteurs pour favoriser une implication collective ; si un sujet ne concerne qu'un nombre restreint d'acteurs, un groupe de travail est à envisager.

Lorsque le mandat sera atteint, un dernier atelier sera à planifier pour réfléchir collectivement à des structures pérennes pour maintenir le réseau collaboratif actif. Cet atelier pourrait être réfléchi sous forme d'espace réflexif comme présenté à la section 4.4 ou en utilisant la technique de l'effet-miroir, similaire à celle analysée à la section 4.5.

Pour terminer, la mise en œuvre du plan de communication est à maintenir pour prolonger le réseau dans la MRC de la Vallée-de-l'Or.

6.3 Recommandations pour une transférabilité potentielle pour déployer de nouveaux SSF dans d'autres MRC

Pour l'implantation de futurs SSF dans d'autres MRC de l'Abitibi-Témiscamingue, la mise en place d'un comité agissant comme centre de traduction nous apparaît incontournable pour favoriser la réflexivité collective et l'innovation collaborative avec cette approche. Il est primordial de cibler le problème général pour entamer la problématisation dès le début et de rattacher les objectifs des groupes de travail à l'objectif principal.

Pour créer le CO comme centre de traduction agissant en soutien à l'innovation collaborative, les éléments suivants sont à considérer :

- positionner le gestionnaire de projet dans un rôle de traducteur en intersubjectivité, avec un style d'animation axé sur l'écoute et sur l'inclusivité ;

- identifier des porte-paroles en position de leadership, lesquels seront décisionnels et pourront accompagner leur groupe, ou demander au groupe d'en désigner ;
- inviter les acteurs citoyens et communautaires au sein du centre de traduction et dans les groupes de travail ;
- créer un climat inclusif et propice à la collaboration, laissant place à l'innovation par les acteurs eux-mêmes ;
- présenter le cadre théorique de la TAR et les facteurs d'influence des sciences de l'implantation ;
- prévoir des ateliers d'échanges sur un thème clair, avec des questions visant la mise en action des acteurs et la coconstruction pour susciter l'intelligence collective.

Pour être en mesure d'assurer un rôle de traducteur, le gestionnaire de projet devrait s'appropriier les quatre étapes de la TAR et les cinq facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation. Pour soutenir le CO en tant que centre de traduction, il devrait :

- préparer les rencontres rigoureusement en tenant compte des théories précédentes et en ciblant les sujets d'intérêt commun ;
- identifier les controverses et les intérêts révélés durant les rencontres ;
- aborder les controverses comme des occasions d'innovation ;
- adopter une vision transformatrice du projet en fonction des intérêts des acteurs qui auront à négocier et à faire des compromis qui nourrira l'innovation ;
- développer des dispositifs d'intéressement en fonction des intérêts révélés ;
- encourager les actions des acteurs, en offrant son assistance, pour soutenir leur enrôlement et leur la mobilisation ainsi que le rallongement du réseau ;

- après chaque rencontre, réserver un moment pour analyser les facteurs d'influence et de l'évolution de la mise en réseau en fonction des quatre étapes de la TAR ;
- identifier un moyen pour assurer le suivi de l'évolution de la mise en réseau des acteurs et des facteurs d'influence durant le projet.

La question qui découle de la dernière recommandation est de savoir comment mener une telle analyse une prochaine fois. L'intérêt que nous voyons pour le CISSS et pour les gestionnaires en place d'avoir retracé l'évolution des controverses est d'être en mesure de développer la pratique de l'intéressement. L'intérêt d'avoir mené l'analyse, par ailleurs, de l'évolution du positionnement de chaque acteur est de mieux planifier les actions en réseau, de diriger les actions et l'apport des facteurs d'influence selon le niveau de mise en réseau des acteurs. Il serait donc intéressant de continuer à réfléchir à ce qui pourrait être fait dans la pratique et à la meilleure façon de le faire pour suivre l'évolution de la mise en réseau des acteurs selon les étapes de la TAR lors du déroulement d'un projet.

Pour favoriser le bon déroulement du CO, pour maintenir l'intéressement des acteurs et pour soutenir la progression dans les étapes de la TAR, les aspects suivants sont à envisager :

- établir un calendrier de rencontres régulières, échelonné sur 6 à 12 mois, afin de tenir compte de la gestion des horaires des acteurs ;
- mobiliser les gestionnaires facilitateurs pour agir sur les systèmes et pour accompagner leurs équipes ;
- identifier les acteurs dont les porte-paroles peuvent faire preuve de leadership technique, pouvant contribuer à la traduction, et qui sont reconnus par leurs pairs ;
- planifier les activités et celles des acteurs en séquences, afin de potentialiser leur effet en cascade ;

- mettre en place un mécanisme d'évaluation de la collaboration et de l'intégration de services en santé, et de leur effet sur l'accès et la qualité perçue par les personnes usagères pour en ramener les résultats aux acteurs ayant pris part au CO.

Les facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation doivent être pris en compte pour développer de futurs SSF dans d'autres MRC. Tout d'abord, l'introduction de changements systémiques au sein des organisations bureaucratiques doit s'appuyer sur des documents administratifs structurants, tels que des politiques et procédures, pour encadrer et pour pérenniser l'intégration des SSF comme démontré dans la recherche de Clavel, Paquet et Blais (2015).

En parallèle, un leadership adaptatif est essentiel pour gérer les imprévus et pour assurer une mise en œuvre réaliste. Pour ce faire, l'adoption d'un plan d'action évolutif permet d'ajuster les échéanciers en fonction des défis rencontrés et des besoins émergents. De plus, afin de garantir l'opérationnalisation des innovations, il est crucial d'impliquer des leaders techniques, désignés ou reconnus par leurs pairs, qui pourront guider l'implantation des pratiques et accompagner les professionnels dans le changement.

Le rôle du gestionnaire facilitateur est également central dans ce processus. Celui-ci doit accompagner les équipes dans le changement en dédiant des ressources spécifiques à cette transition et en veillant à la fluidité du dialogue entre les acteurs. En ce sens, il est également important que le gestionnaire facilite la communication des intérêts de son équipe au sein du centre de traduction.

La participation d'acteurs externes est un facteur contributif positif (Clavel, Paquet et Blais, 2015). Cette recherche soutient que l'engagement citoyen nourrit l'innovation, par l'introduction d'idées extérieures et la mobilisation pour une démocratisation des organisations. L'engagement des citoyens a joué un rôle transformateur, tel que noté lors de la technique de l'effet-miroir.

Enfin, le maintien d'un financement à 100 % par le MSSS est un levier fondamental pour soutenir le déploiement et l'amélioration continue des SSF (Clavel, Paquet et Blais, 2015). Ce financement permet de favoriser des échanges axés sur la mise en réseau et l'innovation collaborative, garantissant ainsi une intégration clinique harmonieuse et durable.

Ces recommandations, fondées sur les sciences de l'implantation et la théorie de l'acteur-réseau, visent à renforcer la collaboration, à prolonger les effets positifs du projet et à favoriser une transformation systémique durable.

CONCLUSION

Pour revenir sur la question de recherche principale, la gestionnaire-chercheuse peut effectivement utiliser la TAR bonifiée des facteurs d'influence des sciences de l'implantation comme méthode normative pour coordonner l'intégration de nouveaux SSF dans un établissement de santé et susciter l'innovation collaborative. Cette démarche méthodologique offre un cadre rigoureux et adaptatif favorisant la collaboration et l'innovation vers une gestion du changement polyphonique, telle que décrite par Pichault, Castro et Chevalier (2021), basée sur la pratique de l'intéressement.

La recherche-intervention visant l'application normative de la TAR, bonifiée des facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation, a rencontré plusieurs défis et limites. D'une part, les deux théories utilisées sont tirées de deux formes d'explications théoriques différentes du changement : les théories de variance et les théories de processus (Langley, 1997). Les facteurs d'influence des sciences de l'implantation se basent sur une explication du changement à partir de variables où l'ordre temporel est sans importance. La TAR explique le changement à partir d'événements séquentiels. Ainsi, pour tirer le bénéfice de ces deux théories, un modèle du changement processuel combiné à la variance a été développé pour mieux saisir la complexité du déploiement et de l'intégration de nouveaux services impliquant la collaboration, où les étapes événementielles de la TAR sont influencées par les facteurs d'influence des sciences de l'implantation. Donc, la stratégie d'analyse narrative a aidé à exposer l'évolution temporelle de la TAR, tout en obligeant l'entrelacement des facteurs d'influence à travers les étapes.

D'autre part, une limite de ce projet est que nous avons développé ce modèle de changement processuel de façon intuitive, en cours d'action et parfois de façon implicite. C'est en fait en écrivant l'analyse du projet que nous avons pris pleinement conscience du défi posé par l'intégration de ces deux théories l'une à l'autre. Par ailleurs, une limite qui a découlé de ce défi a été de trouver une façon de rendre compte de ce processus de changement lors de

l'analyse des données. Nous avons opté pour une stratégie d'analyse de décomposition temporelle comme mentionnée à la section 3.4. Cette stratégie a permis l'intégration des facteurs d'influence, dans les unités d'analyse temporelle que sont les quatre étapes de la TAR. Pour aller plus loin, une réflexion serait à mener sur la façon de traiter les différents épistémologiques entre les deux approches. Pour notre part, nous avons traité la question en donnant préséance à la TAR et en abordant les sciences de l'implantation comme un coffre offrant des outils de propulsion à l'implantation.

Enfin, plusieurs acteurs entretenaient déjà des liens les uns avec les autres et la majorité avait pris part à l'élaboration du plan régional d'implantation des SSF qui a été soumis au MSSS en 2022. Les liens que les différents acteurs entretenaient d'ores et déjà au début du projet ont contribué à potentialiser l'enrôlement et donc la mise en réseau. La construction de réseaux et l'établissement de la confiance ont été au bénéfice du succès de cette recherche. L'enlèvement favorable du comité de direction agissant en soutien actif au projet a eu une incidence positive. Parmi les facteurs d'influence discutés dans ce projet, ceux se rapportant au rôle de gestionnaires facilitateurs et à l'accompagnement des professionnels ont été maximisés grâce au soutien du niveau stratégique du CISSS. Ce contexte pourrait limiter la transférabilité de ce modèle à un autre contexte pour obtenir des résultats similaires tout en demeurant d'intérêt pour l'innovation collaborative.

En conclusion, la combinaison de la TAR et des sciences de l'implantation a aidé à prendre en compte la réalité locale par l'intégration des points de vue des acteurs. La spécificité de l'Abitibi-Témiscamingue en tant que région géographiquement isolée et à faible densité populationnelle a été incluse par cette méthode par l'implication des acteurs. Le cadre normatif permet de construire ces réseaux tout en intégrant des perspectives citoyennes et communautaires essentielles pour démocratiser le processus.

Par l'entremise de l'application normative de la TAR bonifiée des facteurs tirés des sciences de l'implantation, la gestionnaire-chercheuse, en posture intersubjective, a pu orchestrer efficacement l'intégration de services novateurs. L'innovation collaborative a maximisé les

retombées des actions dans un environnement de santé complexe qu'est un établissement du réseau de la santé québécoise.

En utilisant les controverses pour révéler les intérêts des acteurs, la TAR permet de transformer les tensions en occasions d'innovation pour développer une pratique de l'intéressement afin de faciliter la mise en réseau et la collaboration entre les acteurs. Cette méthode aide à ajuster le projet en temps réel, facilitant une intégration harmonieuse des SSF.

Les dimensions de leadership adaptatif, technique et de gestionnaires facilitateurs, issues des sciences de l'implantation, ont permis à la gestionnaire-chercheuse d'accélérer le passage des étapes de la TAR tout en opérationnalisant les innovations. Les dispositifs d'intéressement et les outils créés (comme des procédures formalisées et des plans d'aménagement) montrent comment cette approche peut institutionnaliser des changements et renforcer l'intégration organisationnelle et clinique de nouveaux services.

L'expérience de cette recherche-intervention s'est révélée positive et concluante, démontrant la pertinence d'une approche intégrée combinant la TAR et les facteurs d'influence tirés des sciences de l'implantation pour coordonner le déploiement des SSF dans la MRC de la Vallée-de-l'Or. Cette démarche a non seulement favorisé la mise en réseau des acteurs et la mobilisation des ressources, mais elle a aussi permis de transformer les résistances en leviers d'innovation pour une pratique d'intéressement en gestion de projet. L'enrôlement des acteurs, facilité par les dispositifs d'intéressement et les outils de gestion du changement, a contribué à une intégration harmonieuse des SSF dans un environnement organisationnel complexe. Le CO en tant que centre de traduction et la gestionnaire de projet dans le rôle de traductrice ont renforcé la dynamique collaborative en favorisant les interactions entre les acteurs et une adaptation continue du projet en fonction des réalités de l'organisation des soins et des besoins populationnels. Finalement, cette recherche apporte une contribution significative à la gestion du changement en santé en proposant un modèle pour l'implantation d'autres services dans des contextes similaires, où l'innovation collaborative est essentielle.

APPENDICE 1 - GRILLE D'OBSERVATION

Concepts clés	Notes
Acteurs présents	
Sujets discutés ou actants potentiels	
Controverses	
Logique des acteurs lors de controverse	
Recomposition du réseau suite à controverse	
Accords	
Recomposition du réseau suite à l'accord	
Éléments de ralliement	
Éléments défavorables/d'éclatement	
Objet-frontière (mot ou concept favorisant la traduction)	
Stratégies de mobilisation/actions d'intéressement	
Intérêts révélés lors d'échanges	
Évolution du réseau	
Évolution du projet	
Évolution des identités	
Autres éléments pertinents, facteurs externes ou hypothèses	

APPENDICE 2 - QUESTIONNAIRE

DÉPLOYER LES SERVICES DE SAGE-FEMME EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE : INNOVER PAR LA COLLABORATION

Déployer des services de sage-femme en Abitibi-Témiscamingue : innover par la collaboration

Ce questionnaire est distribué dans le cadre du projet en organisation effectué par Jessica Boulanger pour sa maîtrise, soutenue par l'École nationale d'administration publique. Ce projet s'appuie sur la théorie de l'acteur-réseau et les sciences de l'implantation pour analyser la collaboration et l'innovation dans le contexte de déploiement des services de sage-femme dans la MRC de la Vallée-de-l'Or.

Vous recevez ce questionnaire à titre de membre du comité opérationnel pour le déploiement des services de sage-femme du Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Votre participation est volontaire et anonyme. Aucun risque n'est engendré par votre participation. Un seul questionnaire par personne est demandé. Une durée de 15 minutes est estimée pour le remplir.

Ce questionnaire a été inspiré du PINCOM-Q (Perception of INterprofessionnal COLlaboration Model Questionnaire) par Ødegård (2006). L'objectif de ce questionnaire est d'obtenir votre perspective concernant la collaboration pour innover lors de votre participation à toute rencontre portant sur le déploiement des services de sage-femme. Cet outil sert aussi à valider l'émergence d'une compréhension commune.

Il est prévu de déployer des services de sage-femme dans d'autres MRC de notre région. Les retombées souhaitées de ce questionnaire sont d'apprendre du processus pour les futurs déploiements. Les réflexions pourraient également servir pour l'implantation de d'autres services par l'établissement ou dans d'autres régions.

Les résultats obtenus de ce questionnaire vous seront partagés en septembre, si un minimum de 3 personnes participent au sondage, afin d'assurer un anonymat. Lors d'une rencontre du comité, un espace de rétroaction sera planifié pour que vous puissiez en commenter les résultats.

Il ne sera pas possible d'enregistrer vos réponses sans le soumettre. Si vous devez interrompre l'exercice, vous pourrez reprendre le questionnaire du début tant que vous n'aurez pas cliqué sur "Envoyer".

Si vous avez des questions concernant ce questionnaire ou le projet en organisation, vous pouvez contacter Jessica Boulanger par courriel : jessica.boulanger@ssss.gouv.qc.ca.

Référence :

ØDEGÅRD, A. (2006). Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. *International journal of integrated care*, 6.

1. Veuillez sélectionner votre niveau d'accord avec chacun des énoncés suivants :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Indifférent-e	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Non applicable
L'objectif visé du projet, incluant la mise en place du comité opérationnel, était clair pour moi.	<input type="radio"/>					
Les rencontres, dans le cadre du projet, m'aident à mieux comprendre les enjeux entourant la mise en place des services de sage-femme.	<input type="radio"/>					
Lors de la plupart des rencontres en lien avec le projet auxquelles je participe, nous arrivons à nous entendre sur les priorités.	<input type="radio"/>					
Lorsque je participe aux rencontres dans le cadre du projet, j'ai l'impression que les autres membres ont des attentes contradictoires aux miennes.	<input type="radio"/>					
Je sais à quel titre les autres membres du comité opérationnel y siègent.	<input type="radio"/>					
Toutes les personnes nécessaires à l'atteinte de l'objectif participent aux travaux.	<input type="radio"/>					
Je comprends la pertinence de ma participation aux travaux entourant le projet.	<input type="radio"/>					
Je trouve que le travail en comité opérationnel pour le déploiement des services de sage-femme est bénéfique.	<input type="radio"/>					
La structure du comité opérationnel et ses chantiers présentés lors de la première rencontre ont suscité mon intérêt à participer au projet.	<input type="radio"/>					

Lors des rencontres dans le cadre du projet, nous parvenons presque toujours à résoudre les problèmes identifiés.

Il est souvent difficile de faire fonctionner efficacement le comité opérationnel puisque les membres qui y participent ont généralement des intérêts très différents.

Lors des rencontres du comité opérationnel, les informations partagées sont intéressantes.

Parfois, je ne suis pas en mesure de faire valoir mon point de vue, puisque d'autres membres monopolisent les discussions.

Je suis intéressé-e par les sujets abordés lors des rencontres du comité opérationnel.

Certains membres ont des comportements qui rendent difficile la collaboration.

2. Selon vous, quel est l'objectif visé du projet? (max. 500 mots) 

Entrez votre réponse

3. Quels sujets abordés lors des rencontres dans le cadre du projet sont les plus intéressants pour vous? (max. 500 mots) 

Entrez votre réponse

4. Quels aspects du déploiement des services de sage-femme a suscité votre intérêt à participer aux différentes rencontres du projet? (max. 500 mots)

Entrez votre réponse

5. Veuillez sélectionner votre niveau d'accord avec chacun des énoncés suivants :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
J'ai l'impression que ma participation aux travaux dans le cadre du projet a un impact positif sur l'atteinte de l'objectif.	<input type="radio"/>						
Le comité opérationnel est un espace qui maintient mon intérêt face au projet.	<input type="radio"/>						
J'ai apprécié que nous fonctionnions avec des chantiers de travail.	<input type="radio"/>						
Lorsque je partage mon point de vue, j'ai l'impression qu'il est pris en considération.	<input type="radio"/>						
Lors des rencontres auxquelles je participe dans le cadre du projet, je trouve que les autres membres sont prêts à m'écouter.	<input type="radio"/>						
J'ai l'impression que le comité opérationnel et ses chantiers de travail nous ont créé un espace pour trouver des solutions créatives aux problèmes rencontrés.	<input type="radio"/>						
Les rencontres du comité opérationnel me motivent à m'impliquer davantage à l'atteinte de l'objectif du projet.	<input type="radio"/>						

Les rencontres du comité opérationnel me permettent d'établir des liens avec d'autres membres.

J'ai échangé avec d'autres personnes de mon milieu pour les intéresser à l'objectif visé du projet.

6. Selon vous, quels sont les facteurs de succès pour atteindre l'objectif du projet? (max. 500 mots) 

Entrez votre réponse

7. Selon vous, quels sont les facteurs pouvant nuire à l'atteinte de l'objectif du projet? (max. 500 mots) 

Entrez votre réponse

8. Quelles sont les pistes pour améliorer le fonctionnement du comité opérationnel? (max. 500 mots) 

Entrez votre réponse

9. Commentaires généraux (max. 500 mots) 

Entrez votre réponse

Niveau opérationnel – Arrimage de services

Mandat

Créer des structures et systèmes qui permettront d'atteindre les objectifs en lien avec le déploiement de services de sage-femme dans la MRC Vallée-de-l'Or



Rôles et responsabilités

- Doit partager ses connaissances sur les services et processus actuels;
- Soutient l'équipe de projet dans sa connaissance des services, du territoire et des bonnes pratiques;
- Doit posséder suffisamment de connaissances des programmes/services de son organisation/direction afin de prendre des enlignements éclairés, axés sur les besoins des femmes et des familles;
- Doit développer et implanter des solutions concrètes;
- Doit être légitimé par son organisation/direction pour prendre des orientations lors des comités;
- Assure les négociations et le partenariat avec leurs directions/organisations respectives;
- Participe aux diverses rencontres planifiées par l'équipe de projet ou s'assure d'être représenté par un autre membre de son équipe en cas d'absence;
- Doit promouvoir le nouveau processus;
- Participe à la gestion du changement, soutient le développement de l'offre de services, la transformation des pratiques, et assure la continuité du lien avec les partenaires internes et externes;
- Mobilise son équipe et sa direction.



Groupe de travail –

Santé publique

- Chef de services DSPu MRC Vallée-de-l'Or
- Usagère partenaire (SIPPE/Olo, avis de grossesse et avis de naissance, suivi postnatal, partage de ressources aide-natale)

Groupe de travail –

Fonctionnement interne et démarrage

- DPJeu
- OSFAT
- Usagère partenaire (Indicateurs cliniques, documents cliniques, registre de naissance, suivi budget, etc.)

Groupe de travail –

Trajectoires cliniques et Ententes

- DPJeu
 - DGA
 - Médecin en obstétrique/pédiatrie
 - Pédiatre
 - DSPeu
 - Cheffe régionale en obstétrique
 - Chef de l'UME du CH VDO
 - Usagère partenaire
 - Chef de service aux services préhospitaliers
 - DA/DSI de la VDO
 - DSM
- Entente CH, entente transport préhospitalier, accès au plateau technique du CH, consultations au GMF et clinique de pédiatrie, DMÉ

Groupe de travail –

Collaboration avec le communautaire

- Maison de la famille de VDO
- C'Maman
- DSPu (org communautaire)
- OSFAT
- Usagère partenaire (référence aux services communautaires périnataux, soutien à la mission du communautaire)

Groupe de travail – Arrimage de services

Offre de services aux autochtones

- Représentants de Lac-Simon et Kitcisakik
 - CAAVD
- Co-construction de l'offre de services

APPENDICE 4 – PRINCIPALES CONTROVERSES DURANT LE PROJET EN ORGANISATION

Emplacement des SSF dans un espace distinct du CH et le partage des lieux avec santé publique

Financement obtenu du MSSS en dessous de la demande déposée

Recrutement de SF

Représentation des communautés autochtones au CO

Projet de loi 15 et ses impacts sur la structure de gouvernance clinique pour les SF

Identité visuelle et la demande de retrait « Abitibi-Témiscamingue » par le service des communications

Identification des médecins à consulter par la SF œuvrant au CAAVD

Finalisation de la procédure de consultations et de transferts médicaux pour les usagères suivies par SF

Politique d'attribution et d'inscription des personnes usagères des services de sage-femme

Composition de l'équipe SF (jumelage de SF d'expérience et en début de pratique)

Attente du CAAVD à démarrer ses SSF en lien avec les enjeux de recrutement

APPENDICE 5 – DISPOSITIFS D’INTÉRESSEMENT DÉVELOPPÉS DURANT LE PROJET

Ordre de jour du CO comme dispositif

- Adaptation de l’ordre du jour en fonction des intérêts des acteurs
- Bonification de l’ordre du jour par les acteurs dans la semaine avant la réunion et au début de la réunion
- Ajout de points statutaires en lien avec des acteurs spécifiques qui concerne l’ensemble des acteurs (e.g. accès aux services par les communautés autochtones)
- Point statutaire sur l’emplacement des services à l’ordre du jour du CO

Structure de fonctionnement du CO et la structure de projet

Plan d’action évolutif

Plan de communication coconstruit en CO

Lieu d’emplacement pour les SSF

Libération des locaux dans le CLSC par les équipes de santé publique

Jumelage de services et cohérence clinique

Identité visuelle des SSF

Utilisation d’un modèle-type pour des procédures et des politiques

Entente syndicale pour l’intégration organisationnelle des aides-natales, leur description de tâches et la production d’un horaire-type

Atelier d’échange sur la collaboration en CO

Politiques et procédures comme dispositifs :

- Consultations et transferts médicaux des personnes usagères suivies par SF
- Enfantement en CH avec SF
- Transport pré-hospitalier

Contrat SF dédié à desservir les communautés autochtones

Annexe à l'entente entre le CAAVD et le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue pour formaliser la collaboration

Aménagement avec conception de plans intégrant les suggestions de la consultation publique sur l'esthétisme de la future installation des services de sage-femme

APPENDICE 6 – ÉVOLUTION DE LA MISE EN RÉSEAU DES ACTEURS SELON LES ÉTAPES DE LA TAR

Acteurs	Problématisation	Intéressement	Enrôlement	Mobilisation et rallongement du réseau
DSTL	Hiver 24	Hiver 24	Fin hiver 24	Printemps 24
Comité citoyen	Automne 23		Fin automne 23	Printemps 24
CAAVD	Automne 23	Hiver 24	Hiver 24	
Équipes médicales	Automne 23	Automne 23	Hiver 24	Printemps 24
Santé publique	Automne 23	Automne 23	Hiver 24	Printemps 24
Transport pré-hospitalier	Automne 23	Automne 23	Printemps 24	Printemps 24
DRH	Automne 23	Automne 23	Automne 23	Automne 23

RÉFÉRENCES

- Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (1988). A quoi tient le succès des innovations ? 1: L'art de l'intéressement; 2: Le choix des porte-parole. *Gérer et comprendre. Annales des mines*, 11 et 12, 4-29.
- Alphonse-Tilloy, I. et Devienne, E. (2020). Comment favoriser l'adoption de la pratique avancée dans un service de soin hospitalier ? Une approche par la sociologie de la traduction. *Management & Avenir-Santé*, 6(1), 15-38. <https://doi.org/10.3917/mavs.006.0015>
- Association canadienne des sages-femmes (2021). *La pratique sage-femme au Canada*. <https://canadianmidwives.org/fr/pratique-sage-femme/>
- Bareil, C. (2008). Démystifier la résistance au changement: questions, constats et implications sur l'expérience du changement. *Télescope*, 14(3), 89-105. https://telescope.enap.ca/telescope/docs/index/vol_14_no_3/telv14n3_bareil.pdf
- Batinelli, L., Thael, E., Leister, N., McCourt, C., Bonciani, M. et Rocca-Ihenacho, L. (2022). What are the strategies for implementing primary care models in maternity ? A systematic review on midwifery units. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1-21. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04410-x>
- Behruzi, R., Klam, S., Dehertog, M., Jimenez, V. et Hatem, M. (2017). Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital: a case study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1381-x>
- Blais, R. et Joubert, P. (1997). *Évaluation des projets pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*. Université de Montréal, Université Laval.
- Bogren, M., Jha, P., Sharma, B. et Erlandsson, K. (2022). Contextual factors influencing the implementation of midwifery-led care units in India. *Women and Birth*, 36(1), e134-e141. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.05.006>
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique*, 36, 169-208.
- Callon, M., Lhomme, R. et Fleury, J. (1999). Pour une sociologie de la traduction en innovation. *Recherche & formation*, 31(1), 113-126.

- Callon, M. (2006). Sociologie de l'acteur réseau. Dans M. Akrich, M. Callon, & B. Latour (éds.), *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*. Presses des Mines. <https://doi.org/10.4000/books.pressesmines.1201>
- Catellin, S. (2004). L'abduction : une pratique de la découverte scientifique et littéraire. *Hermès, La Revue*, 39(2), 179-185. <https://doi.org/10.4267/2042/9480>
- Centre intégré de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (2022). *Projet d'implantation des services de sage-femme en Abitibi-Témiscamingue : Demande de financement présentée au ministère de la Santé et des Services sociaux* [rapport inédit].
- Centre intégré de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (2024). *Mission, vision et valeurs*. <https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/mission-vision-et-valeurs/>
- Centre intégré de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (2015). *Le point sur l'allaitement maternel en Abitibi-Témiscamingue*. https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2018/03/2015-09_Allaitement_fascicule.pdf
- Centre intégré de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (2021). *Résultats du questionnaire d'enquête sur le développement des services de sage-femme en Abitibi-Témiscamingue* [rapport inédit].
- Clavel, N., Paquet, C. et Blais, R. (2015). Facilitating the Implementation of Midwifery Services: The Case of Montérégie, Quebec. *Canadian Journal of Midwifery Research & Practice*, 14(2), 8-16. <https://doi.org/10.22374/cjmrp.v14i2.80>
- Code des professions. RLRQ, c. C-26. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26>
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., Touati, N. et Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52.
- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur: un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, 3, 28-43.
- Denis, J. L., Langley, A. et Rouleau, L. (2008). Repenser le leadership dans les organisations publiques. Dans B. Mazouz (dir.), *Le métier du gestionnaire à l'aube de la gestion par résultats*. Presses de l'Université du Québec.
- Dervaux, A., Pichault, F. et Renier, N. (2011). L'apport de la théorie de l'acteur-réseau à la professionnalisation de la GRH en milieu hospitalier. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 29(1), 62-73. <https://doi.org/10.3917/jgem.111.0062>

- Detchessahar, M., Gentil, S., Grevin, A. et Stimec, A. (2012). Le design de la recherche-intervention en management: réflexions méthodologiques à partir d'une intervention dans une clinique. *XXIIIème Congrès de l'Association Francophone de Gestion des Ressources Humaines*, 12-14.
- Durand, S., Baret, C. et Krohmer, C. (2018). La sociologie de la traduction comme grille de recherche-intervention: le cas d'un projet de prévention des risques psychosociaux dans un hôpital public. *RIMHE: Revue Interdisciplinaire Management, Homme(s) & Entreprise*, 7(30), 3-28. <https://doi.org/10.3917/rimhe.030.0003>
- Fixsen, A. A., Aijaz, M., Fixsen, D. L., Burks, E. et Schultes, M. T. (2021). Implementation frameworks: An analysis. *Chapel Hill, NC : Active Implementation Research Network*.
- Forget, A. (2013). *La recherche intervention en milieu organisationnel*. Presses de l'Université du Québec.
- Fraser, W. et Hatem-Asmar, M. (2004). La sage-femme du Québec: de la renaissance à la reconnaissance. *Santé, société et solidarité*, 3(1), 105-115. <https://doi.org/10.3406/oss.2004.1231>
- Giroux, M.-È. (2008). *La lutte pour la reconnaissance des sages-femmes au Québec (1975-1999)*. Centre de recherche sur les innovations sociales.
- Gouvernement du Québec (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>
- Gouvernement du Québec (2015). *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-816-01W.pdf>
- Gouvernement du Québec, Conseil d'évaluation des projets-pilotes (1997). *Rapport final et recommandations*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs40403>
- Hallée, Y. et Garneau, J. M. (2019). L'abduction comme mode d'inférence et méthode de recherche: de l'origine à aujourd'hui. *Recherches qualitatives*, 38(1), 124-140. <https://doi.org/10.7202/1059651ar>
- Institut canadien d'information sur la santé (2021). *Outil interactif des indicateurs de santé : Rendement du système de santé*. <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet>

- Institut de la statistique du québec (2021). *Naissances selon la durée de la grossesse et le poids à la naissance, par région administrative, Québec, 2019*. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/naissances-regions-administratives/tableau/naissances-selon-la-duree-de-la-grossesse-et-le-poids-a-la-naissance-par-region-administrative-quebec>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2012). Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque. *ETMIS*, 8(14), 134 pages. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMIS_2012_Vol8_No14.pdf
- Institut national de la santé publique du québec (2022). *Pourquoi assumer la responsabilité populationnelle*. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle/pourquoi-assumer-responsabilite-populationnelle#:~:text=Cette%20responsabilit%C3%A9%20permet%20de%20%3A,les%20d%C3%A9terminants%20de%20la%20sant%C3%A9>
- Klag, M. et Langley, A. (2013). Approaching the conceptual leap in qualitative research. *International journal of management reviews*, 15(2), 149-166. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2012.00349.x>
- Koto, P. S., Fahey, J., Meier, D., Ledrew, M. et Loring, S. (2019). Relative effectiveness and cost-effectiveness of the midwifery-led care in Nova Scotia, Canada: a retrospective, cohort study. *Midwifery*, 77, 144-154. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.008>
- Krief, N. et Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en sciences de gestion*, 2(95), 211-237. <https://doi.org/10.3917/resg.095.0211>
- Lalonde, J.-F. (2013). La participation observante en sciences de la gestion : plaidoyer pour une utilisation accrue. *Recherches qualitatives*, 32(2), 13-32. <https://doi.org/10.7202/1084620ar>
- Langley, A. (1997). L'étude des processus stratégiques: défis conceptuels et analytiques. *Management International*, 2(1), 37-50.
- Langley, A., Smallman, C., Tsoukas, H. et Van De Ven, A. H. (2013). Process studies of change in organization and management: Unveiling temporality, activity, and flow. *Academy of Management Journal*, 56(1), 1-13. <https://doi.org/10.5465/amj.2013.4001>
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ c. S-4.2. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2>

- Marcel, J. F. (2020). Quand la recherche-intervention puise son inspiration dans la pensée de Paulo Freire. *Les Dossiers des Sciences de l'éducation*, (44), 101-122. <https://doi.org/10.4000/dse.4954>
- Muggleton, S. et Davis, D. (2022). Applying Salutogenesis in Midwifery Practice. Dans M. B. Mittelmark, G. F. Bauer, L. Vaandrager, J. M. Pelikan, S. Sagy, M. Eriksson, B. Lindström et C. M. Magistretti (dir.), *The Handbook of Salutogenesis* (2e éd., p. 459-464). Springer.
- Nilsen, P. (2020). Making sense of implementation theories, models, and frameworks. Dans Albers, B., Shlonsky, A. et Mildon, R. (dir.), *Implementation Science 3.0* (p. 53-79). Springer.
- Ødegård, A. (2006). Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 6(18). <https://doi.org/10.5334/ijic.165>
- Ordre des sages-femmes du Québec (2011). *La pratique sage-femme : Mémoire présenté à la Commission de la Santé et des Services sociaux*. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-15801/memoires-deposes.html>
- Organisation mondiale de la santé (2014). *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=4407B1E09922A9BD23CE94998E3FB27A?sequence=1
- Pichault, F. (2006). L'intervention en organisation: une question de légitimation systémique. *Revue internationale de psychosociologie*, (26), 63-96.
- Pichault, F., Castro, J. L., et Chevalier, F. (2021). *Gestion du changement: vers un management polyphonique*. De Boeck Supérieur.
- Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*. RLRQ c. S-01, r. 4. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-0.1,%20r.%204/>
- Rouillier, A.-M. (2015). *Corps, douleur et risque dans le processus menant à privilégier l'accouchement physiologique et le suivi sage-femme*. [mémoire de maîtrise, Université Laval]. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/25815/1/31192.pdf>
- Ruelland, I. (2024). Les pratiques citoyennes et la démocratisation de l'action publique en santé de proximité. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/11ulf>
- Ruelland, I. et Rhéaume, J. (2020). Fondements théoriques et méthodologiques de la recherche-intervention: communication et démocratie dans des organisations

- sociosanitaires. *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, (30), 11-32. <https://doi.org/10.4000/communiquer.7237>
- Schinckus, C. (2008). Chapitre 5. Constructivisme et relativisme ou l'expression de la postmodernité dans les sciences sociales. Dans Jacquemain, M. et Frère, B. (dir.), *Épistémologie de la sociologie Paradigmes pour le XXIe siècle* (p. 97 -120). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.jacqu.2008.02.0097>
- SOM recherches et sondages (2005). *Études sur les attentes des femmes en âge de procréer à l'égard des services de périnatalité*. Rapport final présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- Stoll, K. Titoria, R., Turner, M., Jones, A. et Butska, L. (2023). Perinatal outcomes of midwife-led-care, stratified by medical risk : a retrospective cohort study from British Columbia (2008-2018). *Canadian Medical Association Journal*, 195(8), E292-E299. <https://doi.org/10.1503/cmaj.220453>
- Suárez-Herrera, J. C., White, D. et Battaglini, A. (2013). La recherche participative en CSSS-CAU: Le cas du partenariat ARIMA comme réseau innovateur de traduction des savoirs. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 73-88. <https://doi.org/10.7202/1020822ar>
- Touati, N., Marion, É. et Maillet, L. (2021). Les espaces réflexifs comme leviers de développement d'une collaboration intersectorielle : analyse critique de deux expériences. Dans A. Bazinet, C. Boudreau, et M. Charbonneau (dir.), *La collaboration interorganisationnelle: Conditions, retombées et perspectives en contexte public* (p.159-180). Presses de l'Université du Québec.
- Vadeboncoeur, H. (2004). Delaying legislation: the Quebec experiment. Dans I. L. Bourgeault, C. Benoit et R. Davis-Floyd (dir.), *Reconceiving Midwifery* (p. 91-110). McGill-Queen's University Press.
- Van Laethem, N. (2019). Outil 17. La sociodynamique. Dans *La MEGA Boîte à Outils de l'agilité* (p. 62-65). Dunod.