

L'intégration des soins infirmiers auprès de personnes âgées fragiles vivant à domicile

Denise Malo, Raymond Grenier et Francine Gratton

Volume 26, numéro 1, 2006

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1085402ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1085402ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Association pour la recherche qualitative (ARQ), Université du Québec à Trois-Rivières

ISSN

1715-8702 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Malo, D., Grenier, R. & Gratton, F. (2006). L'intégration des soins infirmiers auprès de personnes âgées fragiles vivant à domicile. *Recherches qualitatives*, 26(1), 154–180. <https://doi.org/10.7202/1085402ar>

Résumé de l'article

Cette étude s'est déroulée en 2001-2004 dans deux réseaux d'établissements de la région montréalaise. Inspirée d'une perspective infirmière centrée sur la personne et sa famille et par l'approche de recherche par théorisation ancrée, elle a permis de reconstituer et de décrire en profondeur, à partir des divers acteurs (personnes âgées, proches, infirmières), douze histoires d'intégration et de proposer une première théorie de l'intégration des soins infirmiers auprès des personnes âgées fragiles. Cette théorie, ancrée dans le quotidien des soins auprès de ces personnes, pourra guider les chercheurs, les cliniciens et les décideurs à mieux comprendre comment et pourquoi certaines histoires d'intégration se déroulent bien alors que d'autres sont la source de conflits, d'insatisfactions et même, parfois, d'une détérioration importante de la situation de santé de la personne âgée fragile.

L'intégration des soins infirmiers auprès de personnes âgées fragiles vivant à domicile

Denise Malo, inf., Ph.D.

Université de Sherbrooke

Raymond Grenier, inf., Ph.D.

Université de Montréal

Francine Gratton, inf., Ph.D.

Université de Montréal

Résumé

Cette étude s'est déroulée en 2001-2004 dans deux réseaux d'établissements de la région montréalaise. Inspirée d'une perspective infirmière centrée sur la personne et sa famille et par l'approche de recherche par théorisation ancrée, elle a permis de reconstituer et de décrire en profondeur, à partir des divers acteurs (personnes âgées, proches, infirmières), douze histoires d'intégration et de proposer une première théorie de l'intégration des soins infirmiers auprès des personnes âgées fragiles. Cette théorie, ancrée dans le quotidien des soins auprès de ces personnes, pourra guider les chercheurs, les cliniciens et les décideurs à mieux comprendre comment et pourquoi certaines histoires d'intégration se déroulent bien alors que d'autres sont la source de conflits, d'insatisfactions et même, parfois, d'une détérioration importante de la situation de santé de la personne âgée fragile.

Mots clé

INTÉGRATION DES SOINS, SOINS INFIRMIERS, PERSONNE ÂGÉE FRAGILE, THÉORISATION ANCRÉE

Note des auteurs : Cette étude doctorale a bénéficié du soutien financier du Programme national de recherche et développement en santé (PNRDS), de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), de l'*Academy of Canadian Executive Nurses* (ACEN), de la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada (FIIC) ainsi que de la Faculté des sciences infirmières et la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal. Le texte intégral de la thèse est disponible à la Bibliothèque Paramédicale de l'Université de Montréal et sur *Dissertation Abstracts International*.

Nous remercions les personnes âgées fragiles, leurs proches et les infirmières qui ont si généreusement accepté de partager leur expérience et sans qui cette étude n'aurait pu être réalisée.

RECHERCHES QUALITATIVES – VOL. 26(1), 2006, pp. 154-180.

ISSN 1715-8705 – <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>

© 2006 Association pour la recherche qualitative

La réforme des services de santé au Québec (Gouvernement du Québec, 1991; 2003) provoque, comme ailleurs dans le monde occidental, une restructuration en profondeur des systèmes de prestation de soins. Alors que traditionnellement le centre hospitalier était considéré comme l'élément charnière des réseaux de santé, nous assistons depuis quelques années à un virage majeur des soins vers la communauté (Fédération des CLSC du Québec, 1995; Hénault & Malo, 1999; Shortell, Gillies & Devers, 1995). La durée de séjour hospitalier est écourtée, voire même complètement abolie dans certains cas. Le patient et sa famille sont de plus en plus mis à contribution dans la prestation de leurs propres soins (Gagnon et al., 2002).

L'intégration des soins infirmiers dans «un continuum de soins sans failles, sans cloison et sans brisure» (Landry, 1995, p.10) devient un défi dans le contexte actuel tout en étant une nécessité si on veut assurer la continuité des soins et en éviter la fragmentation, le morcellement. Or, la recherche démontre qu'on s'est peu préoccupé du processus favorisant l'intégration des soins, infirmiers ou autres. Il est urgent d'acquérir et d'augmenter nos connaissances dans ce domaine. Le but de l'étude présentée était de comprendre le processus d'intégration des soins infirmiers auprès de personnes âgées fragiles vivant à domicile et de proposer un modèle théorique expliquant ce processus.

Recension des écrits

L'intégration est un concept en évolution dont la définition dans les écrits théoriques ou empiriques est plutôt floue. En effet, très peu d'auteurs ont proposé une définition de ce concept et ces définitions, issues principalement de perspectives organisationnelles, demeurent vagues et non consensuelles. Ainsi, Martin, Chackerian et Imershein (1983) ont défini l'intégration en tant que processus multidimensionnel d'unification des services en un tout unifié (sic). De leur côté, Gillies, Shortell, Anderson, Mitchell et Morgan (1993) ont défini l'intégration dans les services de santé en tant que coordination des fonctions et activités entre des unités opérationnelles (ou services). Selon ces auteurs, l'intégration comporte trois principales dimensions reliées entre elles: l'intégration fonctionnelle (services administratifs), l'intégration médicale (services médicaux généraux et spécialisés) et l'intégration clinique (services cliniques).

Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez (2001) ont enrichi cette vision de l'intégration tout en l'adaptant au système de santé québécois. Ainsi l'intégration médicale devient, en contexte québécois, l'intégration de l'équipe clinique. Ils ajoutent également deux nouvelles dimensions soit, l'intégration normative, qui concerne les représentations et les valeurs des divers acteurs, et

l'intégration systémique, qui réfère aux principes organisateurs du système de soins, en l'occurrence, la cohérence entre les divers niveaux ou sous-systèmes du système de santé (local, régional, supra régional, etc.). Selon ces auteurs, l'intégration peut prendre naissance dans l'une ou l'autre de ces dimensions mais, pour être durable, l'intégration entre professionnels ou entre organisations doit nécessairement s'appuyer sur un cadre normatif et systémique.

Or, Alter et Hage (1993) ainsi que Bolland et Wilson (1994), considèrent que l'intégration fonctionnelle et clinique impliquent des acteurs différents et qu'elles ne sont pas nécessairement reliées entre elles. Alter et Hage soulignent, de plus, que la dimension clinique est ancrée dans la réalité quotidienne des cliniciens et que cette réalité empirique serait mal connue des chercheurs qui, pour la plupart, se sont surtout penchés sur la dimension fonctionnelle de l'intégration, étudiée à travers la perspective des administrateurs. Ces auteurs du domaine de l'organisation des services de santé et sociaux recommandent de faire l'étude en profondeur de cas, de situations cliniques précises, et ce, afin de mieux comprendre le processus d'intégration et éventuellement parvenir à l'élaboration d'une théorie du processus qui regroupe les dimensions fonctionnelle et clinique. D'autres auteurs (Conrad, 1993; Zander, 2000) ajoutent qu'il serait crucial, dans ces études, de considérer la personne comme participant actif au processus d'intégration, c'est-à-dire en tant que «co-intégrateur» de ses soins. C'est l'approche que nous avons préconisée dans la présente étude.

La clientèle ciblée est constituée de personnes âgées fragiles et de leur famille parce qu'elles sont particulièrement touchées par les transformations du système de santé. En effet, les personnes âgées fragiles et leur famille ont à composer avec une situation de santé précaire et complexe caractérisée par des maladies chroniques dégénératives et des pertes d'autonomie progressives, un épuisement du réseau familial et l'effritement du réseau social élargi (Holicky, 1996; Lebel et al., 1998). Leur fragilité fait en sorte qu'elles requièrent, de façon ponctuelle ou prolongée, des soins dispensés par des infirmières relevant de divers établissements: les Centres locaux de services communautaires (CLSC) responsables des soins à domicile; les Centres hospitaliers de soins de courte durée (CHSCD) responsables des soins spécialisés en gériatrie ou autres et des soins d'urgence; les Centres hospitaliers de réadaptation (CHR) responsables des soins de réadaptation fonctionnelle intensive; et enfin les Centres hospitaliers de longue durée (CHSLD) responsables, par l'entremise de leur Centre de jour (CdeJ), des soins de maintien des capacités fonctionnelles et sociales des personnes âgées fragiles vivant encore à domicile. Plusieurs

auteurs considèrent que l'intégration des soins est essentielle pour les personnes âgées fragiles vivant dans la communauté (Bergman et al., 1997a, 1997b; Eng, Pedulla, Eleazar, McCann et Fox, 1997). Des chercheurs canadiens ont argumenté que les soins aux personnes âgées fragiles vivant dans la communauté sont plus fragmentés qu'intégrés et que ces dernières ainsi que leur famille demeurent peu impliquées en ce qui a trait aux soins qui leur sont destinés et la façon dont ils sont organisés (Bergman et al., 1997a). Or, nous avons peu d'information sur les divers facteurs qui interviennent dans le processus d'intégration des soins infirmiers dispensés en partenariat avec ces personnes.

Cadre méthodologique

Afin de proposer une conceptualisation satisfaisante du processus d'intégration des soins infirmiers dans le contexte québécois et de mettre en lumière les actions et interactions imbriquées dans ce processus, l'approche de recherche par théorisation ancrée (Glaser et Strauss, 1967; Strauss et Corbin, 1990, 1998) a été préconisée. Cette approche interprétative, fondée sur la compréhension de l'univers complexe de l'expérience humaine à partir du point de vue de ceux qui vivent cette expérience (Deslauriers, Kérisit, 1997; Schwandt, 1998), s'inspire plus particulièrement de l'interactionnisme symbolique qui postule que l'individu acquiert le sens de soi et de ce qui l'entoure à travers ses interactions sociales (Blumer, 1969; Mead, 1934). C'est en poussant plus avant l'ensemble des règles établies au sein du courant interactionniste que Glaser et Strauss (1967) ont initialement élaboré la démarche de recherche systématique et rigoureuse qu'est la théorisation ancrée. Strauss et Corbin (1990, 1998) l'ont par la suite raffinée encore davantage en proposant des procédures d'analyse plus systématiques pour guider la construction théorique.

La théorisation ancrée est tout particulièrement indiquée pour l'étude de phénomènes reliés à des processus sociaux complexes en évolution au sujet desquels il n'y a que peu de connaissances. Cette approche méthodologique vise l'élaboration, à partir de données empiriques, d'une théorie permettant d'expliquer un phénomène (Laperrière, 1997a). Elle convenait donc très bien à la présente étude et permettait de poursuivre le développement encore embryonnaire des connaissances théoriques ayant trait au processus d'intégration des soins infirmiers. Elle s'harmonise, par ailleurs, très bien à la perspective infirmière centrée sur la personne et sa famille qui sert de toile de fond philosophique à cette étude. Mieux connue sous le nom modèle de McGill en soins infirmiers (Allen, 1977; Gottlieb et Rowat, 1987; Malo, Côté, Giguère et O'Reilly, 1998), cette philosophie du soin a influencé certains des choix

méthodologiques notamment, l'importance de considérer la personne âgée fragile et son proche aidant comme un système familial unique et particulier, partenaire à part entière du processus d'intégration des soins infirmiers, capable d'apprendre, de solutionner ses problèmes et de prendre des décisions, le tout en interaction constante avec son environnement physique et social.

La théorisation ancrée est une approche méthodologique solide amplement reconnue et utilisée dans le développement des connaissances en sciences infirmières depuis une trentaine d'années. Chenitz et Swanson (1986) soulignent à cet effet que l'étude et l'analyse minutieuses, par théorisation ancrée, des processus imbriqués dans la pratique quotidienne des infirmières permettent de faire émerger la complexité de ces processus et de les interpréter rigoureusement afin d'arriver à les expliquer et à les prédire. Benoliel (1996) précise que l'analyse de ces processus doit également porter sur les conditions structurelles et contextuelles susceptibles de les influencer. C'est l'approche que nous avons utilisée dans la présente étude. Le processus d'intégration des soins infirmiers y est considéré dans sa globalité en tenant compte du contexte d'où il émerge et se développe.

Échantillonnage théorique

La théorisation ancrée est basée sur le principe de l'échantillonnage théorique (Glaser et Strauss, 1967). Les instances du phénomène sont progressivement sélectionnées pour leur pertinence théorique qui permettra le développement et l'approfondissement de la théorie émergente. Dans le cadre de la présente étude, nous avons progressivement sélectionné cinq histoires cliniques concernant cinq personnes âgées fragiles vivant ou ayant récemment vécu un total de douze événements (ou épisodes) différents ayant nécessité l'intégration de leurs soins dans les mois précédant l'étude. Tel que recommandé par Pires (1997), nous avons porté une attention particulière à la maximisation des différences en diversifiant, au fur et à mesure que l'étude progressait, les événements ayant stimulé le processus d'intégration, les caractéristiques des principaux acteurs concernés ainsi que les caractéristiques du contexte où l'intégration prenait forme. Nous avons également varié les sources de données pour chaque situation d'intégration en utilisant l'entrevue, l'analyse de documents et l'observation. En cours d'étude, l'échantillonnage est devenu de plus en plus précis et visait à sélectionner des manifestations du phénomène dont la pertinence théorique permettait le développement en profondeur et la saturation des catégories et de leurs propriétés. Nous sommes ainsi progressivement arrivés au «cœur de la théorie émergente» (Gratton, 2001, p.314) de l'intégration des soins infirmiers auprès des personnes âgées fragiles.

C'est à partir de l'analyse des données autour de l'histoire clinique de la quatrième personne âgée fragile (Madame D) que nous avons constaté un début de redondance, chaque nouvelle entrevue ou analyse de document n'apportant plus vraiment d'information nouvelle en regard du processus d'intégration des soins auprès de la personne âgée fragile. Ceci ne veut pas dire que chaque histoire clinique ou toute histoire ultérieure soit identique aux précédentes, bien au contraire. Les caractéristiques des divers acteurs de l'intégration des soins et des contextes où cette intégration s'articule sont potentiellement infinies. Toutefois les principales catégories d'actions qui expliquaient cette intégration commençaient à saturer. C'est à ce stade-ci que, afin de vérifier la proposition théorique émergente, nous avons décidé de sélectionner et d'analyser en profondeur une histoire clinique contraire, celle de Madame E, dans laquelle, lors d'un épisode particulier, le processus d'intégration des soins avait été absent.

Sélection des milieux, des histoires cliniques et des participants

Nous avons amorcé cette étude en identifiant, par l'entremise d'un responsable régional des services de soins à domicile, deux CLSC de la région montréalaise reconnus pour leur dynamisme en ce qui a trait à l'intégration des soins aux personnes âgées vivant sur leur territoire. Ces CLSC avaient structuré leurs services de maintien à domicile de façon différente, étaient situés à bonne distance l'un de l'autre, et transigeaient régulièrement avec des partenaires organisationnels distincts. De plus, le premier était situé dans un quartier où la population était généralement considérée comme défavorisée sur le plan socio-économique (centre-sud) alors que l'autre était situé dans un quartier reconnu comme étant relativement favorisé (sud-ouest). Les études antérieures ayant mis en lumière divers facteurs contextuels, organisationnels, inter organisationnels ou socio-économiques, susceptibles d'influencer le processus d'intégration des soins, la sélection de ces deux CLSC nous permettait donc, dès le départ, de maximiser les différences en ce qui a trait à certains de ces facteurs.

La sélection des différents établissements partenaires de ces CLSC sur le continuum de soins s'est révélée fort complexe. Cette complexité est représentative, à certains égards, non seulement des contraintes à l'intégration effective des soins à la personne en milieu urbain mais aussi à l'étude de cette intégration. En effet, la région montréalaise compte 19 CHSCD généraux ou spécialisés et sept CHR, tous non-sectorisés. Une même personne âgée peut fort bien avoir fréquenté plus d'un CHSCD ou d'un CHR montréalais dans les derniers mois. Elle est allée là où le service dont elle avait besoin était le plus

rapidement accessible. Comme l'exprimait une des personnes âgées fragiles ayant participé à cette étude : « on a des cartes partout ». Nous avons donc tenté de circonscrire davantage notre démarche et de cibler d'emblée des histoires cliniques dans lesquelles les personnes âgées fragiles avaient transité au sein des principaux partenaires organisationnels des CLSC concernés soit, le CdeJ local ainsi que le CHR et le CHSCD desservant habituellement la population du quartier. Au total, sept organisations ont participé à l'étude soit, deux CLSC, deux CdeJ, deux CHSCD et un CHR. Les données pertinentes en provenance des autres organisations (une douzaine) où les personnes âgées fragiles de cette étude avaient également transité dans les derniers mois et contenus aux dossiers cliniques du CLSC ou au CdeJ ont aussi été collectés et analysés. Cette information, de source indirecte, jointe aux témoignages des participants, a permis d'enrichir et de valider certaines données obtenues de source directe.

La personne âgée sélectionnée devait répondre à des critères inspirés par la recherche auprès des personnes âgées fragiles (Bergman et al., 1998; Rockwood, Stolee et McDowell, 1996; Strawbridge, SHEME, Balfour, Higby et Kaplan, 1998) soit : être âgée de 75 ans ou plus; présenter des incapacités à au moins deux items du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle - SMAF (Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988) - sans toutefois présenter d'incapacité au niveau des fonctions mentales; avoir au moins un problème chronique de santé. Elle devait également : vivre à domicile; recevoir du soutien ou des soins d'un aidant principal, membre de sa famille ou personne significative non apparentée; recevoir ou avoir reçu, dans les mois précédents l'étude, des soins infirmiers de la part d'au moins deux établissements de santé à vocation différente (CLSC, CHSCD, CHR, CdeJ); accepter que son dossier clinique soit consulté par la chercheuse; comprendre et s'exprimer en français ou en anglais.

Les personnes âgées fragiles sélectionnées ainsi que leur aidant principal ont été contactées par l'infirmière qui assurait leur suivi. Suite à l'acceptation verbale de celles-ci, la chercheuse les contactait par téléphone afin d'expliquer le projet et de solliciter leur participation. Aucune pression ne fut exercée pour forcer une quelconque participation. Nous avons rassuré les participants quant au respect de la confidentialité concernant les informations qu'elles confieraient tout en précisant que leur participation à l'étude n'altérerait aucunement les services qu'elles recevaient de la part des organisations participantes. Suite à leur acceptation, nous fixions un rendez-vous au lieu et moment de leur choix.

La sélection des infirmières a été basée sur les critères suivants : infirmière responsable du suivi de la personne âgée fragile de façon régulière et

soutenue (par exemple: infirmière gestionnaire de cas ou pivot en CLSC, infirmière primaire ou de liaison en CHSCD ou en CHR, infirmière responsable du CdeJ); infirmière gestionnaire responsable de l'organisation des services et des soins aux personnes âgées dans chaque établissement concerné. Nous avons également sollicité la participation d'une travailleuse sociale en cours d'étude afin de valider une interprétation émergente. En effet, nos analyses préliminaires semblaient indiquer que le processus d'intégration des soins infirmiers pouvait être différent lorsqu'il impliquait des intervenants de professions différentes, notamment une infirmière et une travailleuse sociale. La participation des infirmières gestionnaires fut sélective et a servi, au besoin, à clarifier les données relatives au contexte local, sous-régional ou régional de l'intégration des soins infirmiers à la personne âgée fragile. Le Tableau 1 dresse le portrait des participants de l'étude, regroupés par histoire clinique.

Collecte des données

La collecte des données a été orientée de façon à : retracer le parcours de chaque personne âgée fragile entre le CLSC, le CHSCD, le CHR ou le CdeJ; identifier et expliciter les actions et interactions qui, selon la perspective des infirmières concernées ou selon celle de la personne âgée fragile et de sa famille, ont été favorables / défavorables à l'intégration des soins infirmiers tout au long de ce parcours; cerner le contexte local, sous-régional et régional ayant servi de cadre pour la prestation des soins infirmiers auprès de cette personne âgée fragile particulière. L'entrevue individuelle, l'étude de documents et l'observation sont les outils de collecte de données qui ont été privilégiés.

Au total, 20 entrevues face-à-face semi-structurées (Fontana et Frey, 1998) ont été réalisées avec 21 participants, un couple de personnes âgées préférant être interviewés ensemble. Afin de prédisposer la personne âgée et son aidant principal à se rappeler les événements de la manière la plus exacte possible et de diminuer les biais de mémoire, nous les avons invités, dans un premier temps, à raconter librement et spontanément la trajectoire de soins la plus récente qu'ils avaient vécue entre des établissements de santé. Nous les invitions ensuite à détailler les événements entourant le transfert et la continuité des soins entre ces établissements. Nous vérifions également, auprès de la personne âgée et de son aidant, si les événements décrits étaient typiques de ce qu'ils vivaient habituellement lors des transferts entre les établissements de santé. C'était habituellement à ce moment qu'elles racontaient spontanément des événements antérieurs à ceux qu'elles venaient de décrire et qui avaient également nécessité l'intégration de leurs soins entre les organisations de santé.

Tableau 1
Participants à l'étude

Histoires cliniques (n : 5)	Statut de la personne âgée fragile (n : 5)	Principales maladies et incapacités	Épisodes ayant nécessité l'intégration des soins (n : 12)	Aidant familial (n : 3)	Infirmières (n : 13)
A	79 ans Veuve x10 ans Vit seule Moyens \$	Parkinson Arthrose sévère <u>Incapacités sévères</u> : mobilisation, soins personnels, repas, communication	# 1 Infection urinaire (CHSCD/CLSC) # 2 Fracture de la hanche (CHCD/CHR/CLSC)	Frère 72 ans	Réseau # 1 Inf gestionnaire du CLSC Inf de la prise de contact du CLSC Inf cliniques du CLSC (2) Inf gestionnaire du CHR Inf du CdeJ
B	80 ans Mariée x60 ans Vit avec conjoint Moyens \$\$\$	Anévrisme inopérable Phlébites mbs inf. Arthrose sévère <u>Incapacités modérées</u> : mobilisation, soins personnels	# 1 Anévrisme (CHSCD/CLSC) # 2 Réadaptation intensive (CLSC/CHSCD/CLSC/CdeJ) # 3 Douleur épaule (CHSCD/CLSC)	Mari 84 ans	Réseau # 2 Inf clinique du Cde J Inf gestionnaire du CdeJ Inf clinique du CLSC Trav sociale du CLSC Inf gestionnaire du CLSC
C	79 ans Veuve x10 ans Vit seule Moyens \$\$\$	Arthrose sévère Arythmies <u>Incapacités modérées</u> : mobilisation, soins personnels, prep repas	# 1 Investigation gériatrique (CHSCD/CLSC/CdeJ) # 2 Investigation chute (CHSCD/CdeJ)	Frère 74 ans	Inf prise de contact du CLSC Inf clinicienne du CHSCD
D	84 ans Veuve x10 ans Vit seule Moyens \$	Arthrose sévère HTA Dépression majeure récente <u>Incapacités modérées</u> : mobilisation	# 1 Plastie genoux (CHR/CLSC/CdeJ) # 2 Dépression (CdeJ/CLSC/CHSCD/CLSC/CdeJ) # 3 Décollement rétine (CHSCD/CHSLD/CLSC/CdeJ)	<i>Fils</i> * ± 60ans	Inf prise de contact du CLSC Inf clinique du CLSC Trav sociale du CLSC Inf gestionnaire du CLSC
E	80 ans Veuve x 2 ans Vit seule Moyens \$\$	Arthrose sévère HTA <u>Incapacités modérées</u> : mobilisation	# 1 Décès conjoint & relocalisation (absence d'intégration) # 2 Demande personnelle d'accès au CdeJ (CdeJ/CLSC/CdeJ)	<i>Fils</i> * 50 ans	Inf prise de contact du CLSC Inf clinicienne du CHSCD

* N'ont pas participé à l'étude

C'est ainsi que nous avons pu découvrir et comparer, pour une même personne âgée fragile, deux et parfois même trois épisodes ayant requis l'intégration de leurs soins dans les derniers mois précédant l'entrevue.

Les entrevues avec les infirmières commençaient par une question large et ouverte portant sur le transfert, en général, des personnes âgées fragiles entre les organisations de santé de leur territoire. Puis, nous explorions comment s'articulait, au quotidien, le processus d'intégration des soins infirmiers entre ces organisations, quels éléments le facilitaient, quels autres y faisaient obstruction. Les infirmières nous fournissaient alors un grand nombre d'exemples concrets, tirés de leur pratique, pour illustrer leurs propos. Finalement, nous examinions plus attentivement les éléments reliés au processus d'intégration des soins relatif à l'histoire clinique de la personne âgée fragile concernée. Ceci nous permettait de tracer un portrait général du processus habituel d'intégration des soins infirmiers ainsi qu'un autre plus spécifique du processus d'intégration des soins relatif à l'histoire clinique sélectionnée. Nous pouvions ainsi explorer et comparer en quoi le processus d'intégration dans cette histoire précise était similaire ou différent du processus habituel.

En recherche qualitative, les entrevues sont individualisées et leur durée n'est pas fixée à l'avance (Daunais, 1992). Les entrevues avec les personnes âgées fragiles ou leur aidant ont duré de 20 à 50 minutes, avec une moyenne autour de 35-40 minutes. Une seule s'est prolongée jusqu'à 90 minutes. Les entrevues avec les infirmières se sont déroulées en 60 à 90 minutes. Après approbation et consentement écrit des participants, les entrevues furent enregistrées sur bande audio et intégralement retranscrites.

Le matériel écrit apporte une perspective nouvelle et complémentaire sur certaines dimensions de l'expérience humaine. L'évidence qui en émerge, lorsque évaluée en relation avec l'ensemble de l'information recueillie, permet de mieux comprendre cette expérience dans sa globalité (Hodder, 1998). Les documents analysés ont été de deux ordres soit : les documents cliniques et les documents administratifs reliés à l'intégration des soins infirmiers. Les documents cliniques analysés comprennent le dossier-patient de la personne âgée fragile au CLSC et celui au CdeJ. Il était possible, à partir du contenu de ces deux dossiers, de retracer le parcours de la personne âgée fragile à travers divers établissements de santé. Une attention particulière a été portée à l'examen des notes d'évolution, aux communications écrites ou verbales entre les établissements de santé, aux communications entre infirmières, à celles avec les autres professionnels concernés et avec la personne âgée ou sa famille ainsi qu'au plan d'intervention intra ou inter établissements.

Afin de compléter l'exploration du contexte local entourant le processus d'intégration des soins infirmiers au sein de chaque établissement, nous avons prévu analyser les documents administratifs pertinents. Ces documents comprenaient notamment les documents relatifs : aux philosophies de soins et de gestion ainsi qu'à leur mise en application; aux modalités de prestation des soins et services; aux politiques et procédures de références inter établissements; aux ententes et protocoles de soins infirmiers inter établissements; aux procès-verbaux de tables de concertation sous-régionales; etc. Or, force fut de reconnaître que, dans les deux réseaux d'établissements ayant participé à cette étude, rares étaient les documents faisant état de leur fonctionnement tant à l'interne qu'avec leurs partenaires organisationnels. Aucune entente inter établissements n'avait été paraphée par écrit et nous n'avons pu retracer aucun procès-verbal de tables de concertation sous-régionales. Par ailleurs, parmi les documents disponibles, certains dataient de plusieurs années et étaient en instance de révision. Nous n'avons donc pu procéder à l'analyse systématique de ces documents. Lorsqu'elle était disponible, nous avons intégré cette information à l'observation du contexte local dans chaque établissement. Par ailleurs, nous avons réalisé qu'une révision et une analyse plus approfondie des documents régionaux et provinciaux ainsi que leur confrontation avec les données issues du terrain que nous venions d'analyser s'imposait afin de mieux camper le contexte plus large où s'articulait l'intégration des soins à la personne âgée fragile vivant dans la région montréalaise.

Les diverses méthodes d'observation peuvent être regroupées selon le rôle, plus ou moins participatif, du chercheur dans l'action qui se construit sous ses yeux (Adler et Adler, 1998). Nous avons choisi une posture d'observation dite périphérique qui, tout en permettant une proximité suffisante pour saisir la perspective interne où se déroule l'action, procure une certaine distanciation face à l'objet d'étude. Quatre séances d'observation ont été faites : deux discussions de cas, l'une en CLSC et l'autre en CdeJ, ainsi que deux séances d'observation à la prise de contact de chaque CLSC. Les discussions de cas portaient sur l'évolution des histoires cliniques sélectionnées et celles concernant d'autres personnes âgées fragiles. Elles ont servi à mieux comprendre le rôle de ces discussions dans le processus d'intégration des soins infirmiers. Les séances d'observation à la prise de contact ont permis d'observer, *au naturel*, la quantité et la qualité de l'information contenue dans les demandes de services ainsi que les actions entreprises par l'infirmière pour compléter, valider et acheminer cette information à l'équipe du maintien à domicile ou, le cas échéant, à un intervenant d'une organisation partenaire.

Classement et analyse des données

En théorisation ancrée, l'échantillonnage, la collecte des données ainsi que leur classement et leur analyse sont poursuivis de façon simultanée et ce, jusqu'à la fin de l'étude. La méthode d'analyse comparative continue (*constant comparative method of analysis*) initialement proposée par Glaser et Strauss (1967) puis raffinée par Strauss et Corbin (1990; 1998) a été utilisée. Ce processus d'analyse exige une réflexion approfondie et une bonne sensibilité théorique de la part du chercheur (Glaser, 1978; Gratton, 2001; Laperrière, 1997a). L'expérience professionnelle de la chercheuse principale, infirmière en santé communautaire depuis une vingtaine d'années, sa connaissance approfondie des écrits en regard de l'intégration des soins et l'interaction constante entre les données, leur analyse et les écrits ont contribué à aiguïser puis maintenir cette sensibilité théorique tout au long du processus d'analyse.

L'analyse des données réfère à un processus de codification qui suit les trois mêmes étapes que la démarche d'échantillonnage soit, la codification ouverte, axiale et sélective. Afin de reconstituer l'histoire clinique de chaque personne âgée fragile, chaque document, retranscrit dans son intégralité, était d'abord codifié sur logiciel ATLAS.ti. Nous avons ensuite regroupé ces codes en thèmes rassembleurs, ou catégories conceptuelles et, à partir de ces catégories, rédigé une synthèse ordonnée des faits pour chaque document. Puis, nous avons regroupé l'ensemble des textes synthèse et rédigé une synthèse globale pour chaque histoire clinique. Pour la deuxième étape, celle de la codification axiale, Strauss et Corbin (1998) ont proposé un modèle paradigmatique de catégories d'action qui nous fut fort utile pour commencer à élaborer notre théorie du processus d'intégration des soins infirmiers. Ce modèle analytique aide le chercheur à mieux intégrer les éléments de structure (le pourquoi) et les éléments de processus (le comment) reliés au phénomène à l'étude. Plusieurs diagrammes théoriques furent ainsi élaborés et modifiés au fur et à mesure que progressait notre analyse. Finalement, la dernière étape, celle de la codification sélective, vise à intégrer la théorie par rapport à une catégorie centrale qui, en quelques phrases, synthétise le cœur du phénomène (Gratton, 2001; Laperrière, 1997a; Strauss et Corbin, 1998). C'est cette nouvelle configuration théorique que nous présentons à la section suivante.

Résultats

Les histoires cliniques de cinq personnes âgées fragiles ont servi de point d'ancrage pour le développement de notre proposition théorique. L'analyse approfondie et comparative de l'ensemble de nos données a conduit à l'identification de trois étapes, ou concepts centraux, qui, lorsque reliés entre

eux, permettent de mieux comprendre comment s'articule le processus d'intégration des soins infirmiers auprès des personnes âgées fragiles de cette étude. À la lumière de ces données, le processus d'intégration des soins infirmiers est conceptualisé comme étant *l'arrimage dans le temps et l'espace entre (a) la détérioration de la situation de santé de la personne âgée fragile, (b) la mobilisation des partenaires de soins et, (c) la synchronisation des actions entre les partenaires de soins* (Figure 1).

L'intégration des soins infirmiers auprès des personnes âgées fragiles de cette étude relève avant tout d'un processus interpersonnel, de personne à personne, entre des partenaires de soins qui se mobilisent puis se synchronisent autour d'une personne âgée fragile dont la situation de santé se détériore. L'arrimage dans le temps et dans l'espace entre le niveau de détérioration de la situation de santé de la personne âgée fragile, le niveau de mobilisation des partenaires et le niveau de synchronisation de leurs actions est essentiel à une intégration réussie des soins infirmiers auprès de cette personne. Situés en périphérie du processus d'intégration des soins infirmiers, des éléments organisationnels, du contexte local ou régional, jouent également un rôle stratégique pour soutenir l'émergence et assurer la pérennité de ce même processus en agissant plus ou moins directement sur l'un ou l'autre des trois concepts centraux précédemment identifiés.

Première étape : la détérioration de la situation de santé de la personne âgée fragile

Dès la première entrevue, la détérioration de la situation de santé de la personne âgée fragile vivant à domicile est apparue comme la première étape, la raison d'être du processus d'intégration des soins infirmiers auprès de cette personne. En effet, tant qu'il n'y a pas de détérioration évidente ou imminente de la situation de santé de la personne âgée fragile, l'intégration de ses soins semble demeurer minimale, voire même absente. Tel que l'a souligné l'infirmière de Madame A, la plupart des personnes âgées fragiles vivant dans la communauté arrivent à se débrouiller relativement bien avec l'aide de la famille, des voisins et, le cas échéant, des services communautaires déjà en place. La situation change le jour où un incident, telle une chute, se produit: *«They generally were fairly healthy, then felt, broke a hip [...] and then all of a sudden they're in the system»*.

Parfois, et comme ce fut le cas pour Madame E, la perte d'un être cher et aidant principal est le principal élément déclencheur de la détérioration de la situation de santé d'une personne âgée fragile. C'est pourquoi, dans cette étude, le terme *situation de santé* a été retenu car il offre une perspective très large,

biopsychosociale et familiale de la santé qui englobe non seulement la santé et les capacités fonctionnelles individuelles de la personne âgée fragile mais aussi celles de son aidant principal.

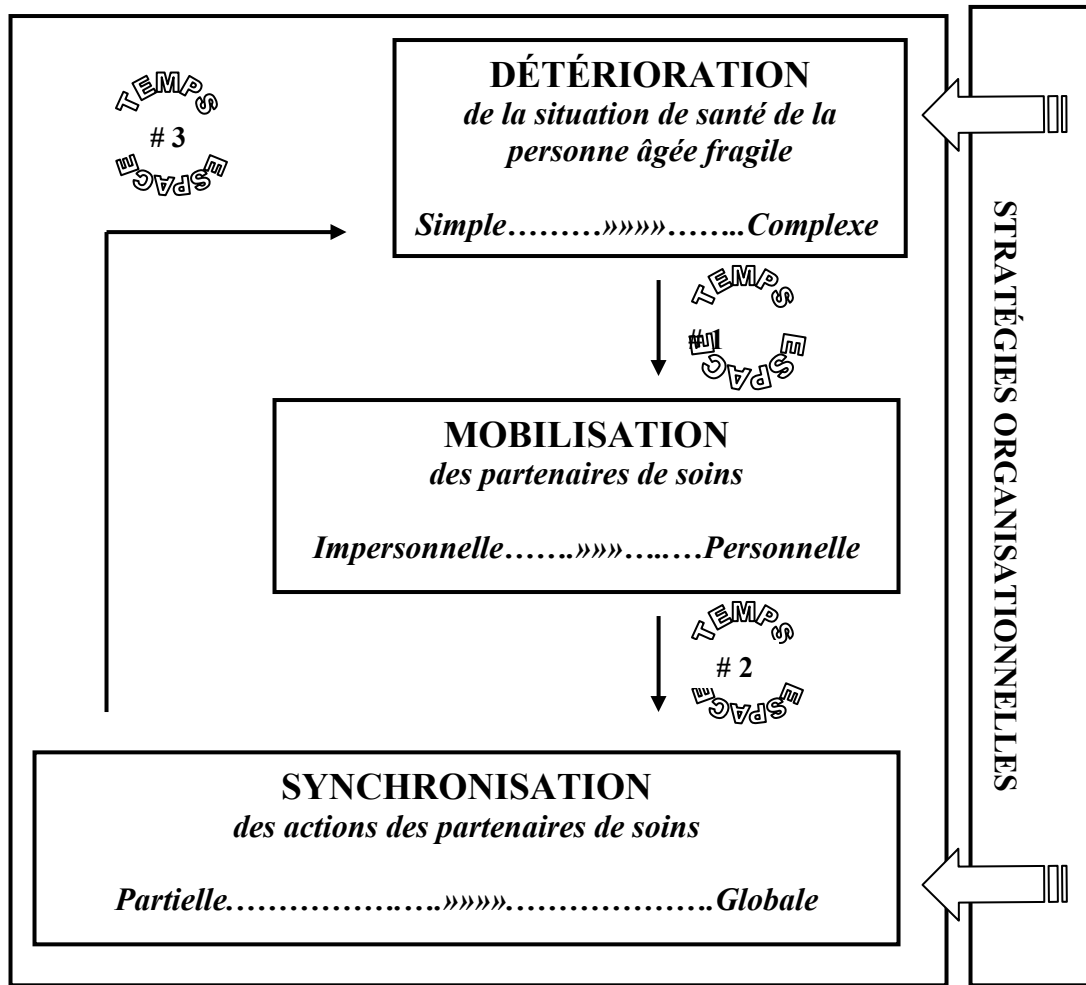


Figure 1 : Processus d'intégration des soins infirmiers auprès de personnes âgées fragiles vivant à domicile

Les histoires cliniques des cinq personnes âgées fragiles de cette étude ont indiqué que la détérioration de leur situation de santé varie sur un axe allant de simple à complexe. Nous avons pu constater qu'une *détérioration simple* est

relativement facile et rapide à cerner et à traiter, elle ne produit pas ou peu d'incapacités à court terme ou à long terme et génère peu d'incertitude quant à la capacité de prise en charge des soins par la personne âgée fragile et sa famille. À l'opposé, une *détérioration complexe* est difficile à cerner et à traiter, provoque des incapacités à court ou à long terme ainsi que de l'incertitude quant à la capacité de prise en charge des soins par la personne âgée fragile et sa famille.

Deuxième étape : la mobilisation des partenaires de soins

La détérioration de la situation de santé de la personne âgée fragile, qu'elle soit simple ou complexe, enclenche la deuxième étape du processus d'intégration des soins infirmiers, celle de la mobilisation des partenaires de soins. En effet, après avoir constaté une détérioration de la situation de santé de la personne âgée fragile et évalué sa capacité de prise en charge des soins et celle de sa famille, l'infirmière décide s'il y a lieu de mobiliser d'autres partenaires de soins. Il s'agit d'une étape cruciale dans l'intégration des soins infirmiers. Elle fait appel au jugement clinique de l'infirmière, à sa capacité à discerner quels partenaires sont requis pour assurer la poursuite des soins et à les mobiliser efficacement. L'analyse de l'ensemble des données de cette étude indique que la mobilisation des partenaires de soins, fidèles ou occasionnels, varie sur un axe allant d'impersonnelle à personnelle : «C'est plus facile parce que c'est plus personnalisé [...] plus c'est gros, plus c'est impersonnel, plus c'est difficile».

La *mobilisation impersonnelle* implique que les partenaires potentiels sont identifiés à partir d'une liste pré-établie comme, celle des CHR ou des CLSC de la région montréalaise et sont mobilisés en ayant recours à des procédures préalablement prévues et standardisées tel, l'envoi, par télécopieur ou par courrier, d'un formulaire de référence inter établissements (FRIE). La *mobilisation personnelle*, d'autre part, est caractérisée par la présence d'interactions personnalisées avec les partenaires potentiels, le plus souvent par l'entremise de conversations téléphoniques répétées mais aussi, parfois, par l'entremise de rencontres face-à-face. Il s'agit d'une approche flexible dans laquelle les partenaires de soins sont mobilisés en ayant principalement recours à des procédures négociées conjointement et à la relation de confiance qui s'est développée au fil du temps : «Je les connais tous les intervenants, ils nous téléphonent s'il y a des changements et on fait la même chose. C'est pas dans tous les centres par contre [...] peut-être avec les années, parce qu'y se développent des liens de confiance aussi, c'est important pour les références d'avoir ce lien de confiance là.».

Troisième étape : la synchronisation des actions entre les partenaires de soins

*La mobilisation des partenaires de soins enclenche à son tour la dernière étape du processus d'intégration des soins infirmiers auprès des personnes âgées fragiles, celle de la synchronisation des actions entre les partenaires de soins. Les histoires cliniques des cinq personnes âgées fragiles de cette étude indiquent que les partenaires de soins mobilisés auprès de ces personnes synchronisent leurs actions selon trois modalités: la **communication clinique**, la **concertation clinique** et la **coordination clinique**. Bien que distinctes l'une de l'autre, ces trois modalités sont étroitement reliées entre elles. En effet, comme l'indique la figure 2, elles correspondent à une synchronisation de plus en plus globale de l'ensemble des actions entre partenaires de soins.*

La **communication clinique**, la **concertation clinique** et la **coordination clinique** constituent le troisième et dernier axe de notre proposition théorique, celui de la synchronisation, de partielle à globale, des actions entre les partenaires de soins. Une **synchronisation partielle** est ainsi limitée au partage d'information clinique entre les partenaires de soins, information servant à créer des plans thérapeutiques locaux et distincts, le plus souvent en fonction d'actions spécifiques et limitées dans le temps comme, les soins pour une plaie post-chirurgicale. Le plus souvent, dans la synchronisation partielle, «tout se fait par téléphone, même par répondeur». À l'opposé, une **synchronisation globale** implique le partage d'information clinique, la création d'un consensus entre les partenaires ainsi que le partage des interventions de soins, le tout dans le but d'obtenir un ensemble cohérent : «*It's organizing the right team around her, getting appropriate equipment*». La synchronisation globale, comme son nom l'indique, vise la synchronisation à moyen et à long terme de l'ensemble des actions des partenaires de soins mobilisés auprès de la personne âgée fragile. Elle s'articule le plus souvent sous la forme de la gestion de cas ou du suivi systématique de clientèle. Entre ces deux pôles, la concertation clinique est caractérisée par le partage d'information clinique et la création d'un consensus, toutefois sans partage des interventions de soins entre les partenaires. Les partenaires s'entendent sur les grandes lignes d'un plan thérapeutique à court ou à moyen terme que chacun d'eux actualise ensuite à sa façon et ce, localement : «C'est souvent informel, pis on échange pas nécessairement nos plans».

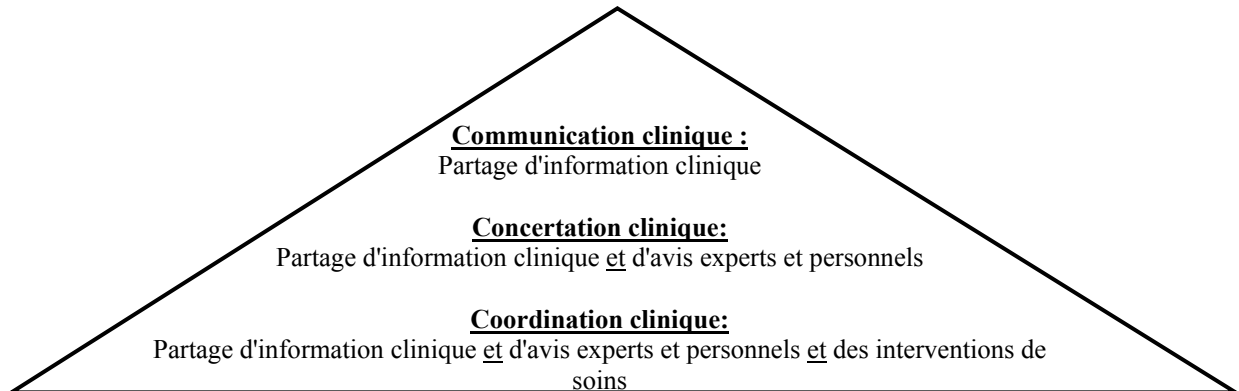


Figure 2 : Trois modalités de synchronisation des actions entre les partenaires de soins

Lien entre les trois étapes : l'arrimage dans le temps et l'espace

Nous venons de définir les trois étapes identifiées à partir des données de cette étude et de montrer comment ces étapes constituent les concepts centraux du processus d'intégration des soins infirmiers auprès de personnes âgées fragiles. Or, c'est justement l'arrimage dans le temps et l'espace entre ces trois étapes (ou concepts) qui permet de *boucler la boucle* du processus interpersonnel d'intégration des soins infirmiers.

Dans cette étude, *l'arrimage dans le temps et l'espace* est défini comme étant le délai entre la détérioration de la situation de santé de la personne âgée fragile, la mobilisation de partenaires de soins distants l'un de l'autre (lien # 1, Figure 1) et la synchronisation de leurs actions (lien # 2, Figure 1). Dans un processus d'intégration bien arrimé, ce délai est relativement court (quelques heures à quelques jours) et varie en fonction de la détérioration de la situation de santé de la personne âgée fragile. Une détérioration complexe, c'est-à-dire difficile à cerner et à traiter, provoquant des incapacités ainsi que de l'incertitude quant à la capacité de prise en charge des soins par la personne âgée fragile et sa famille, commande un arrimage plus rapide, plus personnalisé et plus global qu'une détérioration simple. Par ailleurs, les histoires cliniques des personnes âgées de cette étude révèlent que la détérioration de leur situation de santé n'est pas un phénomène isolé mais plutôt un processus récursif qui évolue au fil du temps. Ainsi, tout nouvel épisode de détérioration exige un nouvel arrimage dans le temps et dans l'espace entre cette nouvelle détérioration, la mobilisation des partenaires de

soins requis (anciens et nouveaux) et la synchronisation de leurs actions (lien # 3, Figure 1).

Les stratégies organisationnelles de soutien

À partir des données, nous avons identifié cinq stratégies organisationnelles de soutien au processus d'intégration des soins auprès de personnes âgées fragiles : la stabilisation de l'offre de services, la stabilisation puis la spécialisation de l'équipe soignante, la négociation d'ententes entre partenaires organisationnels et la fidélisation de la clientèle âgée fragile à ses dispensateurs de soins.

Dans un premier temps, la stabilisation de l'offre de services et des équipes de soins nous est apparue primordiale. En effet, l'intégration des soins s'actualise difficilement en tant que processus interpersonnel dans un contexte de changements constants de l'offre de services et des équipes soignantes tel que celui que connaît la région montréalaise depuis une dizaine d'années. Les organisations ayant participé à cette étude tentaient, autant que possible, de stabiliser leur offre de services en fonction de leur budget respectif et ce, tout en priorisant l'accès aux personnes âgées les plus fragiles. Toutefois des infirmières gestionnaires considéraient qu'il devenait «impossible de prioriser davantage, au risque de dangereusement diluer les services des personnes âgées déjà desservies». Elles prévoyaient donc que les listes d'attente pour accéder aux services de maintien à domicile s'allongeraient dans les prochains mois. La stabilisation des équipes soignantes s'articulait principalement par la création d'équipes dédiées à la clientèle âgée fragile et l'assignation, dans chaque établissement, d'interlocuteurs privilégiés responsables de faire le lien à l'interne et avec l'externe. La spécialisation des équipes dans le domaine de la gestion de cas est une stratégie de soutien qui s'actualise progressivement au sein de chaque organisation où s'est déroulée cette étude car on reconnaît que «c'est plus le rôle de la gestionnaire de cas du CLSC qui prend le dessus dans le cas d'intégrer les soins». Un plan de développement régional est en marche à cet égard. Nos données montrent, par ailleurs, que des initiatives locales de formation continue en soins à la personne âgée fragile se sont avérées fort utiles pour soutenir l'intégration des soins en permettant aux différents intervenants de développer «un même langage», une même compréhension des besoins et interventions spécifiques aux personnes âgées fragiles. Toutefois, aucun plan concerté, local ou régional, de formation continue et spécialisée en soins et services à la personne âgée n'était prévu. La négociation d'ententes entre partenaires organisationnels fut principalement stimulée par la nécessité de clarifier et d'articuler, depuis 1996, les modalités du «*Guichet unique*» entre les partenaires organisationnels concernés. Bien que certaines ententes locales

étaient en voie de formalisation dans la région montréalaise, les organisations ayant participé à cette étude préféraient qu'elles demeurent informelles car plus souples. Puis, finalement, la fidélisation de la clientèle âgée fragile à ses dispensateurs de soins, notamment le trio CLSC-CdeJ-CHSCD local et le médecin de famille, est une stratégie qui vise à maintenir dans le temps et dans l'espace le lien interpersonnel privilégié, de personne à personne, qui unit la personne âgée fragile aux divers membres de son équipe soignante. Cette stratégie nous a semblé relativement efficace en ce qui concerne le CLSC et le CdeJ, dont les services sont organisés selon un modèle communautaire, et le médecin de famille. Toutefois, dans certaines situations, les services hospitaliers, organisés selon un modèle médical par spécialité, ont plutôt contribué à la fragmentation des soins. Comme l'une des participantes âgées le mentionne, «Y faut aller là où le spécialiste y fait affaire. C'est comme ça qu'on change d'hôpital pis qu'on a des cartes partout. C'est pas notre choix.».

Discussion

La théorie que nous proposons pour expliquer le processus d'intégration des soins infirmiers est ancrée dans la réalité quotidienne telle que vécue par les personnes âgées fragiles de cette étude, leurs aidants familiaux et les diverses infirmières qui leur prodiguent des soins. Il s'agit de la seule théorie actuellement disponible pour comprendre, interpréter et expliquer l'intégration des soins aux personnes âgées fragiles vivant à domicile ou à toute autre clientèle vulnérable. Il s'agit donc d'une proposition théorique empiriquement fondée et inédite.

Plusieurs chercheurs ont noté et tenté d'expliquer le manque d'intégration au sein des réseaux intégrés (Alter & Hage, 1993; Gillies & al, 1993; Lamarche, Lamothe, Bégin, Léger & Vallières-Joly, 2001; Moscovice, Wellever & Christianson, 1997; Provan & Milward, 1995; Rodriguez, 2001). Si on met parfois en cause certaines caractéristiques structurantes de ces réseaux telles, la centralisation du pouvoir décisionnel ou la formalisation des échanges, les résultats d'études plus récentes indiquent que «l'intégration des services repose davantage sur des enjeux humains et cliniques qu'organisationnels et structurels» (Lamarche & al., 2001, p.71). Nous avons aussi constaté le rôle essentiel des relations humaines, de personne à personne, dans l'intégration réussie des soins à la personne âgée fragile. Mais nous avons poussé davantage notre réflexion afin de comprendre et d'expliquer théoriquement comment ces divers éléments humains s'articulaient entre eux, puis avec les éléments du contexte environnant. Cette réflexion approfondie, ancrée sur des faits, a résulté en une conceptualisation de l'intégration des soins en tant que processus d'arrimage dans le temps et l'espace entre la

détérioration de la situation de santé de la personne âgée fragile, la mobilisation des partenaires de soins et la synchronisation de leurs actions. L'analyse a aussi permis d'expliquer comment certaines stratégies du contexte local ou régional avaient facilité l'articulation du processus d'intégration des soins infirmiers. Nous avons également mis en lumière certaines spécificités relatives au milieu urbain, où vivent la majorité des personnes âgées fragiles du Québec, et qui doivent être prises en compte dans l'intégration des soins auprès de ces personnes. Soulignons, entre autres, les difficultés reliées à l'identification des partenaires de soins et de leurs ressources à travers le dédale des services de santé disponibles dans une grande métropole.

La tenue d'un journal de bord, des séances régulières de réflexion et de discussion avec les membres du comité de thèse, la confrontation de notre subjectivité de chercheuse et de celle des participants à un maximum de données objectives, la triangulation des sources et des méthodes de collecte des données, l'échantillonnage théorique et la recherche de saturation des catégories d'analyse ainsi que la description en profondeur («*thick descriptions*») des histoires d'intégration et de leur contexte sont quelques-unes des stratégies utilisées afin de garantir la rigueur scientifique de cette étude. Il importe toutefois de réaffirmer qu'elle fut soutenue par la vision infirmière explicite de la chercheuse principale. Cette vision du soin, notre expérience et notre parcours professionnel ont certainement influencé l'analyse et l'interprétation de nos données. Un chercheur muni d'une autre lunette conceptuelle ou professionnelle pourrait effectuer une analyse et une interprétation légèrement différentes. Toutefois, nous croyons que la théorie substantive proposée est suffisamment abstraite, explicite, rigoureuse et empiriquement fondée (Glaser et Strauss, 1967; Laperrière, 1997b; Strauss et Corbin, 1998) pour que son pouvoir explicatif et sa pertinence soient transférables à d'autres contextes ou situations similaires.

Sur le plan théorique et de la recherche, une étude de ce genre ouvre la voie à de nombreux projets potentiels sur l'intégration des soins. En effet, cette première proposition théorique suscite, à son tour, plusieurs questions et avenues de recherche susceptibles de la raffiner davantage. Le processus d'intégration des soins est-il similaire ou différent lorsque des personnes âgées fragiles souffrent de pertes cognitives importantes? Lorsque les partenaires de soins relèvent de professions différentes? Lorsque le contexte local ou régional varie? Ce processus est-il le même auprès d'autres clientèles vulnérables comme, celles souffrant de troubles de santé mentale sévères et prolongés? Des études plus ciblées sont également nécessaires pour continuer à développer chacun des trois concepts centraux (détérioration, mobilisation et

synchronisation) et les liens qui les unissent. À partir de quel niveau de détérioration de la situation de santé de la personne âgée fragile est-ce que la mobilisation personnelle devient nécessaire? Quelles sont les caractéristiques essentielles de la gestion de cas? Quelles en sont les retombées? Des réponses à ces questions permettraient d'approfondir et de consolider le corpus des connaissances sur l'intégration des soins, infirmiers ou autres, et de développer puis tester des interventions susceptibles de mieux soutenir cette intégration auprès de diverses clientèles.

Nous avons assisté, au cours des dernières années, à une prolifération des instruments et processus cliniques visant les personnes âgées fragiles (SMAF, Guichet unique, protocoles d'intervention, etc.). Notre analyse indique que la standardisation des instruments et des processus cliniques semble avoir effectivement facilité l'émergence d'une certaine intégration des soins dans la région métropolitaine. Toutefois, cette standardisation s'avère insuffisante pour en assurer le plein développement. En effet, à l'instar de Lamarche et al. (2001), nous avons trouvé que les ajustements nécessaires à l'intégration des soins résultaient d'un «apprentissage collectif par lequel les personnes concernées tissent de nouvelles relations de confiance» (p. 87). Nous avons constaté que l'intégration des soins passait principalement par la socialisation des équipes soignantes entre elles et avec la personne âgée fragile et sa famille. Il faut donc créer des environnements de soins dans lesquels ces partenaires, professionnels et familiaux, peuvent partager leurs croyances, leurs façons de faire et apprendre à se faire mutuellement confiance. Les discussions cliniques constituent un mécanisme propice à de tels échanges. Bien que multidisciplinaires, elles demeurent trop souvent limitées aux professionnels d'une même organisation et ne permettent pas les échanges entre tous les partenaires concernés. Nos données indiquent que les partenaires de soins qui se rencontraient pour faire des discussions de cas multidisciplinaires et inter organisationnelles et ce, en incluant aussi la personne âgée fragile et sa famille, avaient une perception plus juste des services et façons de faire de leurs partenaires et des besoins de la personne âgée.

Finalement, cette étude a mis en évidence certaines stratégies locales ou régionales favorables à l'intégration des soins infirmiers. Toutefois, ces stratégies sont tributaires de la capacité et de la volonté des décideurs politiques à mettre véritablement en œuvre les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* (Gouvernement du Québec, 2001). Cette volonté politique se reflète peu dans le quotidien des soins alors que, selon une étude récente, à peine 8 % des besoins des personnes âgées vivant à domicile sont satisfaits par les services publics soit, une

réduction de plus de 4% du taux de réponse depuis 1996 (Hébert, 2003). Il est donc impératif que les décideurs politiques harmonisent le discours et l'action. Les infirmières du terrain, tout comme les autres professionnels, les personnes âgées fragiles et leur famille devraient être consultées et participer à cette mise en œuvre afin d'en assurer, au niveau local, la pertinence et l'adéquation.

Conclusion

Dans cette étude, nous avons tenté de comprendre le processus d'intégration des soins infirmiers auprès de personnes âgées fragiles vivant à domicile et proposé un modèle théorique pouvant expliquer ce processus. L'intégration des soins s'est révélée être un processus d'arrimage dans le temps et l'espace entre la détérioration de la situation de santé de la personne âgée fragile, la mobilisation des partenaires de soins et la synchronisation de leurs actions. Une perspective en soins infirmiers centrée sur la personne et sa famille et l'approche par théorisation ancrée ont permis de saisir et d'expliquer en profondeur la nature fondamentalement interpersonnelle, de personne à personne, du processus d'intégration des soins infirmiers auprès de ces personnes. Les connaissances acquises dans le cadre de cette étude contribuent à enrichir les connaissances existantes sur l'intégration des soins à la personne. La théorie substantive proposée est, à l'heure actuelle, la seule théorie portant sur l'intégration des soins infirmiers qui soit empiriquement fondée et ancrée dans la réalité du quotidien des soins infirmiers auprès de personnes âgées fragiles vivant à domicile. Nous espérons qu'elle soutienne la recherche future dans ce domaine ainsi que l'organisation et la pratique des soins infirmiers au sein des réseaux locaux en émergence, à travers le Québec et ailleurs dans le monde.

Références

- Adler, P.A., & Adler, P. (1998). Observational techniques. Dans N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Collecting and interpreting qualitative materials* (pp.79-109). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Allen, M. (1977). Comparative theories of the expanded role in nursing and its implications for nursing practice: A working paper. *Nursing Papers*, 9(2), 38-45.
- Alter, C., & Hage, J. (1993). *Organizations working together*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Benoliel, J.Q. (1996). Grounded theory and nursing knowledge. *Qualitative Health Research*, 6, 406-428.

- Bergman, H., Béland, F., Lebel, P., Constandriopoulos, A.P., Tousignant, P., Brunelle, Y. et al. (1997a). Care for Canada's frail elderly population: Fragmentation or integration? *Canadian Medical Association Journal*, 157(8), 116-1121.
- Bergman, H., Béland, F., Lebel, P., Constandriopoulos, A.P., Leibovich, E., Brunelle, Y. et al. (1997b). L'hôpital et le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA). *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 4(2), 311-321.
- Bergman, H., Béland, F., Lebel, Constandriopoulos, A.P., Brunelle, Y., Kaufman, T. et al. (1998). *Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)*. Rapport présenté à la Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interaction: Perspective and method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Publishing Co.
- Bolland, J.M., & Wilson, J.V. (1994). Three faces of integrative coordination: A model of interorganizational relations in community-based health and human services. *Health Services Research*, 29(3), 341-366.
- Chenitz, C.W., & Swanson, J.M. (1986). *From practice to grounded theory - Qualitative research in nursing*. Los Angeles: Addison-Wesley.
- Conrad, D.A. (1993). Coordinating patient care services in regional health systems: The challenge of clinical integration. *Hospital & Health Services Administration*, 38(4), 491-508.
- Contandriopoulos, A.P., Denis, J.L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). L'intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52.
- Daunais, J.P. (1992). L'entretien non directif. Dans B.Gauthier, *Recherche sociale - De la problématique à la collecte des données*. (2^e ed.) (pp. 273-293). Sainte-Foy: Les Presses de l'Université du Québec.
- Deslauriers, J.P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds) *La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.85-109). Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.

- Eng, C., Pedulla, J., Eleazar, P., McCann, R., & Fox, N. (1997). Program of all-inclusive care for the elderly (PACE): An innovative model of integrated geriatric care and financing. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(2), 223-232.
- Fédération des CLSC du Québec (1995). *Le virage ambulatoire et les services à domicile*, 3. Montréal: FCLSCQ.
- Fontana, A., & Frey, J.H. (1998). Interviewing: The art of science. Dans N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.). *Collecting and interpreting qualitative materials* (pp. 47-78). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Gagnon, E., Guberman, N., Côté, D., Gilbert, C., Thivierge, N., & Tremblay, M. (2002). Les soins à domicile dans le contexte du virage ambulatoire. *L'infirmière du Québec*, 10(2), 13-24.
- Gillies, R.R., Shortell, S.M., Anderson, D.A., Mitchell, J.B., & Morgan, K.L. (1993). Conceptualizing and measuring integration: Findings from the health systems integration study. *Hospital & Health Services Administration*, 38(4), 467-489.
- Glaser, B.G. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA: The Sociology Press.
- Glaser, B.G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Adline Publishing Company.
- Gottlieb, L., & Rowat, K. (1987). The McGill model of nursing: A practiced-derived model. *Advances in Nursing Science*, 9(4), 51-61.
- Gouvernement du Québec. (1991). *Loi sur la santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Gouvernement du Québec (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Gouvernement du Québec (2003). *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Gratton, F. (2001). La théorisation ancrée pour proposer une explication du suicide des jeunes. Dans H. Dorvil & R. Mayer (Ed.). *Problèmes sociaux. Théorie et méthodologie*, pp 305-334.

- Hébert, R. (2003, 18 décembre). Investir à domicile – Le modèle hospitalocentrique est inapproprié pour une population vieillissante. *La Presse*, A 23.
- Hébert, R., Carrier, R., & Bilodeau, A. (1988). The functional autonomy measurement system (SMAF): Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age and Ageing*, 17, 293-302.
- Hénault, M., & Malo, D. (1999). *L'exercice infirmier en santé communautaire - Les services de santé courants et Info-Santé*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Hodder, I. (1998). The interpretation of documents and material culture. Dans N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.). *Collecting and interpreting qualitative materials* (pp. 110-129). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Holicky, R. (1996). Caring for the caregivers: The hidden victims of illness and disability. *Rehabilitation Nursing*, 21(5), 247-252.
- Lamarche, P.A., Lamothe, L., Bégin, C., Léger, M., & Vallières-Joly, M. (2001). L'intégration des services: enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 71-92.
- Landry, P. (1995). *Pour mieux travailler ensemble: une vision renouvelée de réseaux intégrés de soins et de services*. Montréal: Association des hôpitaux du Québec.
- Laperrière, A. (1997a). La théorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds) *La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.309-340). Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Laperrière, A. (1997b). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds) *La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.365-389). Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.

- Lebel, P., Leduc, N., Leclerc, C., Contandriopoulos, A.P., Kergoat, M.J. & Latour, J. (1998). *La fragilité chez la personne âgée: Clarifier le concept pour mieux intervenir*. Document de travail non-publié. Le groupe de recherche sur l'autonomie des aînés; Centre hospitalier Côte-des-Neiges et Université de Montréal.
- Malo, D., Côté, S., Giguère, V., & O'Reilly, L. (1998). Modèle de McGill et CLSC - Une combinaison gagnante. *L'infirmière du Québec*, 6(2), 28-35.
- Martin, P.Y., Chackerian, R., Imershein, A.W., Frumkin, M.L. (1983). The concept of integrated services reconsidered. *Social Science Quarterly*, 64(4), 746-763.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Moscovice, I., Wellever, J.C., & Christianson, J. (1997). Understanding integrated rural health networks. *The Milbank Quarterly*, 75(4), 563-593.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: Essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds), *La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.113-169). Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Provan, K.G., & Milwrad, H.B. (1995). A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: A comparative study of four community mental health systems. *Administrative Science Quarterly*, 40, 1-33.
- Rockwood, K., Stolee, P., & McDowell, I. (1996). Factors associated with institutionalization of older people in Canada: Testing a multifactorial definition of frailty. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 578-582.
- Rodriguez, R. (2001). Réorientation de l'offre de soins vers l'intégration dans la région métropolitaine de Montréal (Thèse doctorale, Université de Montréal, 2001). *Dissertation Abstracts International*, 62, 816.
- Schwandt, T.A. (1998). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. Dans N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds), *The landscape of qualitative research* (pp. 221-259). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Shortell, S.M., Gillies, R.R., & Devers, K.J. (1995). Reinventing the american hospital. *The Milbank Quarterly*, 73(2), 131-160.

- Strauss, A., Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research - Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage Publications Inc.
- Strauss, A., Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research - Grounded theory procedures and techniques* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications Inc.
- Strawbridge, W.J., Sheme, S.J., Balfour, J.L., Higby, H.R., & Kaplan, G.A. (1998). Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53B(1), S9-16.
- Zander, K. (2000). Clinical integration at ground zero: Perceptions of patients and families. *Seminars for Nurse Managers*, 8(1), 10-15.

Denise Malo détient un doctorat en sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est professeure adjointe à l'École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Infirmière en santé communautaire pendant de nombreuses années, elle s'intéresse plus particulièrement à l'organisation des soins et des services auprès des personnes vivant avec des maladies ou des incapacités chroniques. Elle est récipiendaire du Prix d'excellence Jean-Marie-van-der-Maren pour le concours de 2006. Le jury a souligné l'envergure conceptuelle de la thèse, la qualité des analyses et la contribution à l'avancement des connaissances.