

# Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail

**Ouvrage collectif sous la direction de :**  
Benoît Bédard, Diane Benoit  
et Chantal Viens

**AHQ**  **Association  
des hôpitaux  
du Québec**

Avec le soutien financier du ministère de  
la Santé et des Services sociaux

*Santé  
et Services sociaux*  
**Québec** 

## **Note au lecteur**

Les fiches synthèses des projets de l'investigation réseau en plus des outils de gestion développés par les établissements sont disponibles sur le CD-ROM inclus avec ce guide.

Nous invitons également le lecteur à consulter ce document complémentaire :

Viens, C., Hamelin Brabant, L., Lavoie-Tremblay, M. et Brabant, F. (2005). *Revue de littérature en organisation des soins et du travail : pour comprendre et réussir vos transformations organisationnelles*, Cap-Rouge, Presses Inter Universitaires.

ISBN : 2-89441-086-7

Codistributeurs de la revue de la littérature

Presses Inter Universitaires : (418) 657-6050 et télécopieur (418) 657-7630

Publications de l'AHQ : (514) 282-4228 et télécopieur (514) 842-5910

## **Édition**

Coordination : Virginie Jamet

Graphisme : Échelle graphic, Patricia Gaury

Révision linguistique : Willy Demoucelle et Lucie Lacasse

© Association des hôpitaux du Québec, 2005

## **Distribution**

Publications de l'AHQ

505, boul. de Maisonneuve Ouest

Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2

Téléphone : (514) 282-4228

Dépôt légal – 2<sup>e</sup> trimestre 2005

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89447-210-2

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

*Le 28 avril dernier, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec et l'Association des hôpitaux du Québec ont ratifié un Acte d'accord de fusion et un projet de règlement. Ce faisant, elles ont donné leur aval à la création d'une nouvelle association : l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. La fusion de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec et de l'Association des hôpitaux du Québec est effective à compter du 1<sup>er</sup> juin 2005.*



*S'unir dans l'action pour le mieux-être de la clientèle  
et de tous les acteurs du réseau de la santé et des  
services sociaux!*





## REMERCIEMENTS

L'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) tient à remercier les membres du CENTRE D'EXPERTISE EN ORGANISATION DES SOINS ET DU TRAVAIL (CEOST), qui ont accepté d'investir tant leurs compétences que leur précieux temps dans le cadre de ce projet. Les travaux se sont déroulés avec rigueur, enthousiasme, générosité et créativité.

### Les membres du CEOST

#### SOUS LA DIRECTION DE :

##### **Benoît Bédard**

Conseiller en ressources humaines  
Association des hôpitaux du Québec

##### **Diane Benoit**

Directrice adjointe, Secteur organisation des soins et services  
Association des hôpitaux du Québec

Pour le volet recherche :

##### **Chantal Viens**

Professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières  
Université Laval

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS)

##### **Yola Dubé**

Chef de service, Service de la planification de la main-d'œuvre et du développement  
Direction générale du personnel réseau

##### **Sylvie Hains**

Directrice-conseil  
Direction-conseil en soins infirmiers

### MILIEU UNIVERSITAIRE

##### **Mélanie Lavoie-Tremblay**

Professeure adjointe  
École des sciences infirmières  
Université McGill

##### **Martine Mayrand Leclerc**

Professeure au Module des sciences infirmières  
Université du Québec dans l'Outaouais

##### **Luc Mathieu**

Professeur  
Département des sciences infirmières  
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

##### **Alain Rondeau**

Professeur et directeur du Centre d'études en transformation des organisations  
HEC Montréal

Par ailleurs, soulignons l'importante contribution scientifique de l'équipe de l'Université Laval sous la direction de M<sup>me</sup> Chantal Viens. Celle-ci a contribué avec rigueur et patience à produire le matériel qui a servi à l'équipe d'experts du CEOST. Il s'agit de M. Frédéric Brabant et de M<sup>me</sup> Martine Renaud.

## DÉCIDEURS, GESTIONNAIRES ET PRATICIENS

### **Josée F. Breton**

Conseillère en soins spécialisés  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal  
(CHUM)

### **Gilles Le Beau**

Coordonnateur de projets spéciaux  
Centre hospitalier universitaire de Québec  
(CHUQ)

### **Lyne Cardinal**

Adjointe à la direction des soins infirmiers  
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke  
(CHUS)

### **Linda Lefrançois**

Coordonnatrice planification, développement  
organisationnel et mandats spéciaux  
Direction des ressources humaines  
Hôpital Charles LeMoynes

### **Céline Gendron**

Directrice des soins infirmiers  
et des programmes clientèles  
CSSS de Gatineau

### **Olga Medeiros**

Adjointe à la direction des soins infirmiers  
CSSS Haut-Richelieu/Rouville

### **Lucie Grenier**

Directrice des soins infirmiers  
CHA Hôtel-Dieu de Lévis

### **Sylvie Théorêt**

Directrice adjointe à la direction des soins  
infirmiers  
Institut de Cardiologie de Montréal

### **Anne Ladouceur**

Coordonnatrice d'activités  
Direction des soins infirmiers  
CSSS de Laval

### **Lucie Tremblay**

Directrice des soins infirmiers  
et des services cliniques  
Centre gériatrique de Maimonides

### **Gratienne Lamarche**

Directrice associée  
Directrice des soins infirmiers  
Services de santé mentale et psychiatrie  
et services d'urgence  
Centre universitaire de santé McGill  
(CUSM)

Nouveau membre en 2005

### **Dr Robert Daignault**

Directeur des services professionnels  
CRSSS de Rimouski

De plus, nous désirons souligner l'apport de M<sup>mes</sup> **Louise Potvin**, directrice des soins infirmiers à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, de **Danielle St-Louis**, directrice des soins infirmiers au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, de **Louise Châteauevert** et de **Ghyslaine Dumais** pour leur précieuse participation au début de cette aventure.



## ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC

### Odette Bolduc

Conseillère en ressources humaines

### Lucie Labbé

Conseillère  
Organisation des soins et services

### Raymond Paquin

Directeur des ressources humaines

Se sont ajoutés comme intervieweurs pour l'investigation réseau, M<sup>mes</sup> Angèle Bergevin, Marie-France Noël, Sylvie Jutras, Diane Gagnon, Marlène Boily, Jocelyne Frenette, Nicole Renaud, Ginette D. Brunelle, Hélène Clavet et Suzanne Lamothe que nous remercions très sincèrement.

Le CEOST tient également à remercier les membres des établissements de santé et de services sociaux ayant participé à l'investigation réseau qui ont permis la rédaction de ce guide et ont généreusement accepté de rendre accessibles leurs outils de gestion.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Centre hospitalier de St. Mary

Centre hospitalier Robert-Giffard

Centre hospitalier universitaire de Québec

Centre universitaire de santé McGill

CHA Hôtel-Dieu de Lévis

CHSLD St-Brigid's Home

CSSS d'Arthabaska-Érable

CSSS de Gatineau

CSSS de LaSalle-Vieux Lachine

CSSS de Laval

CSSS de Québec-Nord

CSSS Deux-Montagnes/Sud-de-Mirabel

CSSS du Nord de Lanaudière

CSSS Haut-Richelieu/Rouville

CSSS La Pommeraie

Hôpital Charles LeMoynes

Hôpital Douglas

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

CSSS du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais

Institut de Cardiologie de Montréal

Un merci très spécial aux différents sous-groupes d'experts qui, en plus des rencontres régulières, ont accepté d'investir de leur temps afin de préparer du matériel d'analyse, soit Lucie Grenier, Linda Lefrançois, Céline Gendron, Josée F. Breton, Lucie Labbé, Gratienne Lamarche, Mélanie Lavoie-Tremblay, Anne Ladouceur, Olga Medeiros, Gilles Le Beau, Martine Mayrand Leclerc et Frédéric Brabant.

Enfin, nous désirons remercier les secrétaires de l'AHQ, M<sup>mes</sup> Natasha Pinault et Lucie Lacasse pour leur précieuse collaboration.



---

Centre d'expertise en organisation des soins et du travail

---

# AVANT-PROPOS



## AVANT-PROPOS

Au printemps 2002, l'Association des hôpitaux du Québec a créé le Centre d'expertise en organisation des soins et du travail (CEOST) dans la foulée des efforts consentis par des établissements qui avaient mis en œuvre au tournant des années 2000 des projets novateurs de réorganisation du travail. Ceci s'est réalisé en synergie avec les efforts du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec qui s'apprêtait à investir plus de quatre millions de dollars pour encourager les établissements à réaliser des projets de cette nature.

Dès sa création, un mandat de formation des gestionnaires du réseau impliqués dans la réalisation de projets en organisation des soins et du travail était confié au CEOST par le MSSS pour la réalisation de plus de 150 projets.

Ce mandat a permis au CEOST de former en moins de deux ans (de juin 2002 à avril 2004) plus de 1 500 cadres de toutes les régions du Québec, majoritairement du secteur des soins infirmiers, vu la nécessité de réorganiser en priorité ce secteur d'activités en raison des pénuries sévères d'infirmières qui frappent le Québec depuis plusieurs années. Répondant à une demande de formation de la Régie régionale 4 du Nouveau-Brunswick, le CEOST étendait même ses activités de formation vers cette province voisine au printemps 2004.

Ces sessions de formation, très concrètes, ont non seulement été très appréciées par la clientèle cible, mais ont contribué à la réussite des projets. Elles mettaient les gestionnaires en contact avec des méthodologies pertinentes de gestion du changement et de gestion de projet, leur permettant de surcroît de partager leur expérience avec des gestionnaires expérimentés en réorganisation des soins et du travail.

Dans le but de générer des connaissances tant sur le plan conceptuel que sur le plan des méthodologies et d'appuyer ainsi les gestionnaires et établissements du réseau dans leurs efforts et choix stratégiques en matière de réorganisation des soins et du travail, le CEOST entreprenait à l'été 2003, une démarche visant à identifier les pratiques novatrices dans ce secteur d'activités.

Dans l'équipe formée de décideurs, de gestionnaires et de chercheurs de différents milieux universitaires, un consensus s'est dégagé rapidement quant à l'identification de pratiques en organisation des soins et du travail. Sous la direction scientifique de M<sup>me</sup> Chantal Viens, le cadre de la recherche-action a circonscrit les balises du déroulement des différentes phases menant à la réalisation de ce guide.

Le comité consultatif a d'abord conçu un modèle intégrateur des principales dimensions à prendre en compte dans une démarche de réorganisation des soins et du travail et a fait en sorte que la *Revue de littérature en organisation des soins et du travail : pour comprendre et réussir vos transformations organisationnelles*

soit réalisée. Il a également mis en œuvre une investigation des pratiques novatrices auprès d'un échantillon significatif de projets réalisés ou en cours de réalisation dans des établissements du secteur de la santé et des services sociaux du Québec en juin 2004.

La compilation des données de l'investigation et la rédaction du présent *Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail* ont été réalisées par la suite. Le colloque du 1<sup>er</sup> juin 2005 intitulé « Des projets à partager : pour un avenir à orchestrer » a permis d'échanger les connaissances acquises au cours de cet exercice.

En parallèle avec ces activités de formation, plus d'une quinzaine d'établissements ont utilisé et utilisent encore les services d'un consultant en gestion de projet du CEOST, M. Benoît Bédard, pour les aider à concevoir et à implanter leurs projets de réorganisation des soins et du travail et augmenter ainsi la rigueur et le succès des démarches réalisées.

Le matériel de formation développé par le CEOST sera adapté pour permettre la formation de gestionnaires désireux de réaliser des démarches apparentées dans d'autres secteurs d'activités du réseau de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, le CEOST prévoit également adapter son matériel de formation pour aider à l'implantation de réseaux intégrés de services par clientèles cibles au sein des CSSS nouvellement créés.

Conscients que les réalisations énumérées plus haut, sans oublier celles à venir, n'auraient jamais été possibles sans la contribution financière du ministère de la Santé et des Services sociaux, nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance aux décideurs du MSSS qui nous ont fait confiance.

Nous sommes aussi conscients que sans la contribution scientifique des universitaires, des décideurs et des praticiens qui ont réalisé et participé à ces efforts de génération du savoir, ce guide n'aurait jamais vu le jour, nous tenons à exprimer également notre plus grande gratitude pour les efforts fournis.

À ceux et à celles qui seront les utilisateurs de ce guide, nous vous souhaitons autant de plaisir à expérimenter les pratiques qui vous y seront révélées que nous en avons eu à travailler ensemble pour les découvrir.

## **LES MEMBRES DU CEOST**







## TABLE DES MATIÈRES

<b>Avant-propos</b> .....	xiii
<b>Introduction</b> .....	3
<b>1. Cheminement méthodologique du CEOST</b> .....	9
<b>2. Modèle intégrateur et sommaire de la revue de la littérature</b> .....	15
2.1 Transformation organisationnelle .....	15
2.2 Éléments et concepts du modèle intégrateur en organisation des soins et du travail .....	17
2.2.1 Premier facteur : le contexte .....	19
2.2.2 Deuxième facteur : la structure .....	21
2.2.3 Troisième facteur : la culture .....	22
2.2.4 Quatrième facteur : le leadership .....	23
2.2.5 Cinquième facteur : la complexité du changement .....	25
2.2.6 Variables influençant la capacité de changement et les actions préliminaires .....	26
2.3 Sommaire de la revue de la littérature .....	29
2.3.1 Optimisation des ressources humaines .....	29
2.3.2 Optimisation des processus de travail .....	29
2.3.3 Optimisation de l'environnement psychosocial de travail .....	30
2.3.4 Implications pour les décideurs .....	31
<b>3. Description de la démarche optimale des pratiques novatrices</b> .....	35
3.1 Phase I : partage de la vision et identification de la problématique, du besoin, des impacts et des gains liés au changement .....	37
3.1.1 Identifier et énoncer clairement la problématique sous-tendant le changement .....	37
3.1.2 Faire un rappel de la mission, clarifier la vision et partager les valeurs .....	37
3.1.3 Identifier les facteurs et les conditions organisationnelles favorables ou non au projet de transformation.....	37
3.1.4 Identifier les impacts attendus réels et potentiels à court, à moyen et à long terme du projet de transformation .....	37
3.1.5 Exemples de projets investigués .....	38
3.2 Phase II : construction d'alliances et validation de l'engagement des acteurs.....	41
3.2.1 Construire des alliances.....	41
3.2.2 S'assurer de l'engagement des différents acteurs .....	41
3.2.3 Exemples de projets investigués .....	42

3.3 Phase III : conception et planification du projet.....	44
3.3.1 Structurer le projet et créer les équipes de projet .....	44
3.3.2 Élaboration du plan de travail et du plan de communication .....	45
3.3.3 Collecter les données nécessaires au projet .....	45
3.3.4 Mettre en évidence l'écart entre la situation actuelle et la situation désirée à partir de l'analyse des données.....	45
3.3.5 Exemples de projets investigués .....	46
3.4 Phase IV : réalisation, soit l'implantation du projet de transformation organisationnelle.....	48
3.4.1 Mise en œuvre du projet .....	48
3.4.2 Exemples de projets investigués .....	49
3.5 Phase V : évaluation et suivi continu.....	51
3.5.1 Évaluation du projet d'organisation.....	51
3.5.2 Effectuer le suivi continu.....	51
3.5.3 Exemples de projets investigués .....	53
3.6 Constats .....	55
<b>4. Projets d'investigation réseau et les outils de gestion des établissements .....</b>	<b>59</b>
4.1 Fiches synthèses des projets de l'investigation réseau des établissements .....	59
4.2 Outils de gestion ayant servi lors de l'investigation réseau.....	61
<b>Conclusion .....</b>	<b>65</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>69</b>
<b>Annexes</b>	
A : Guide d'entrevue utilisé pour l'identification des pratiques en organisation des soins et du travail .....	74
B : Outil d'analyse de la capacité de changement d'un établissement de santé et de services sociaux.....	89

---

**Centre d'expertise en organisation des soins et du travail**

---

# **INTRODUCTION**



## INTRODUCTION

Le réseau de la santé est en plein changement. Fusions, intégrations des soins et des services en réseau axés sur la recherche de la performance et de l'efficacité, voilà le défi au quotidien des gestionnaires de la santé. Or, des enjeux importants attendent les équipes de gestion, à savoir la population vieillissante, l'augmentation de la demande de soins, la pénurie de personnel de la santé, particulièrement chez les infirmières, et la signature d'ententes de gestion visant l'optimisation du capital humain et financier du réseau de la santé. Après le virage ambulatoire, il ne semble pas exagéré d'affirmer que l'organisation des soins et du travail est devenu le dossier majeur à gérer si l'on veut assurer la pérennité de la dispensation sans rupture des soins et des services de santé à la population. Aujourd'hui, il est de la responsabilité de tous les gestionnaires d'agir pour accompagner les transformations que nous connaissons actuellement.

Le projet de loi n°83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives procède à la mise en place de changements : la décentralisation des responsabilités vers le palier local de gestion, le renforcement des mécanismes devant garantir la qualité des services et l'adoption de mesures favorisant une meilleure circulation de l'information nécessaire à la prestation des soins et des services. La décentralisation des responsabilités vers le palier local de gestion devient un élément incontournable dans la mise en œuvre du projet clinique des centres de santé et de services sociaux (CSSS). De fait, de nouveaux rôles devront être assumés par les différents acteurs du CSSS quant à la responsabilité populationnelle du territoire désigné, notamment dans la trajectoire des soins et des services.

Dans cette optique, ce guide propose une approche de mise en œuvre de la gestion du changement, de sa conduite et de son accompagnement. D'entrée de jeu, précisons que ce présent guide n'est pas exhaustif puisqu'il existe des projets novateurs et prometteurs au sein du système de santé qui n'ont pas fait l'objet d'analyse à ce stade-ci. Pour divers motifs telle la disponibilité des acteurs, des ressources humaines et financières, il fallait faire des choix. C'est ainsi que pour cette première investigation réseau, 34 projets de transformations organisationnelles ont été identifiés comme prometteurs et porteurs de connaissances en organisation des soins, des services et du travail.

### Pratiques novatrices

Il apparaît important de partager les constats dégagés par l'investigation réseau parce qu'ils constituent de bons exemples d'innovations sociales en milieu de travail. On considère que des pratiques ou des façons de faire sont innovatrices, lorsqu'elles permettent à différents acteurs locaux de jouer un rôle de premier plan tant du côté des gestionnaires que des employés et de leurs représentants pour résoudre des problèmes ou des situations insatisfaisantes. Les « pratiques novatrices » transforment les relations du travail en relations de coopération où chacun partage des préoccupations sur l'organisation du travail, sur la qualité des soins

et des services, de même que sur l'impact sur l'emploi, sur la qualité de vie au travail, sur les conditions d'exercice du travail et les compétences et sur les exigences de formation requise. Les pratiques novatrices sont le fruit d'un apprentissage commun et deviennent porteuses de sens tout en rompant avec les façons de faire habituelles du milieu dont elles sont issues, mais surtout, elles doivent s'inscrire dans une optique de changement durable.

## Plan du livre

Le guide des pratiques novatrices comprend quatre parties. La première partie présente un résumé de la méthodologie utilisée par le Centre d'expertise en organisation des soins et du travail (CEOST) pour l'élaboration de ce guide.

La deuxième partie illustre le modèle intégrateur en organisation des soins et du travail. Celui-ci a guidé tant la revue de la littérature que l'élaboration d'instruments de collecte de données ayant servi à l'investigation réseau. Le modèle y est décrit et un sommaire de la revue de la littérature conclut cette deuxième partie.

La troisième partie décrit la démarche optimale d'organisation des soins, des services et du travail issue de l'analyse des projets. Celle-ci inclut cinq phases, des volets en lien avec chacune des phases ainsi que des activités-clés qui permettent une rétroaction et une vérification, pour savoir si tout a été mis en œuvre pour faire de la transformation organisationnelle un franc succès ou du moins tenter de s'en rapprocher !

La quatrième partie décrit le matériel du CD-ROM inclus avec ce guide. On y retrouve d'une part, une fiche synthèse pour chacun des projets de l'investigation réseau. D'autre part, nous présentons les outils de gestion utilisés lors des projets. Ceux-ci nous ont été remis par les gestionnaires et les agents de changement en espérant que ce matériel puisse inspirer et aider les établissements dans leurs propres projets de transformations organisationnelles.

Il est important de souligner que ce guide est un premier pas visant le développement et le partage de connaissances en organisation des soins, des services et du travail entre les gestionnaires, les décideurs, les agents de changement et les chercheurs du réseau de la santé. Nous espérons que ce guide répond aux attentes et aux besoins lors de la mise en œuvre des transformations organisationnelles.

Enfin, le CEOST encourage le partage des projets, des expériences et des pratiques novatrices. Le développement et l'échange de connaissances en organisation des soins, des services et du travail au sein du réseau de la santé permettent de contribuer à l'amélioration du système de santé pour offrir une accessibilité, une continuité et une qualité de soins pour les patients tout en procurant un environnement sain de travail pour le personnel.







# CHAPITRE 1

---

Centre d'expertise en organisation des soins et du travail

## **CHEMINEMENT MÉTHODOLOGIQUE DU CEOST**



## 1. CHEMINEMENT MÉTHODOLOGIQUE DU CEOST

Pour répondre au mandat et aux objectifs du centre d'expertise, trois extrants étaient prévus, soit l'élaboration d'un **modèle intégrateur**, la **rédaction d'une revue de la littérature** et un **guide des pratiques novatrices** en organisation des soins et du travail.

Afin de concevoir le **modèle intégrateur**, un groupe de gestionnaires, de cliniciens et d'universitaires du CEOST, a procédé à un exercice de remue-méninges ayant pour objectif de faire l'inventaire des éléments et des concepts importants à considérer lors d'une démarche de changement nécessitant une réorganisation des soins, des services et du travail. Une première organisation de ces éléments a été soumise à l'ensemble des membres du CEOST et a donné naissance au modèle intégrateur en organisation des soins et du travail (section 2.2). C'est à partir de ce modèle qu'ont été effectuées la revue de la littérature et la conception des instruments de collecte de données utilisés pour l'investigation réseau.

Pour la **revue de la littérature**, la consultation d'articles, de livres, de rapports et de documents a permis d'identifier, tant au Québec qu'ailleurs dans le monde, des pratiques validées en organisation des soins, des services et du travail dans le secteur de la santé. Cette revue de la littérature a été rédigée par les membres universitaires du CEOST (Viens, C. *et al.*, 2005). Ce document est un outil complémentaire au présent ouvrage, car il permet au lecteur d'y trouver de nombreuses références commentées sur le sujet.

Le **guide des pratiques novatrices** est issu de l'investigation réseau qui a permis de connaître et d'analyser 34 transformations organisationnelles réalisées au Québec. Des gestionnaires de soins et de services, des chargés de projet et des représentants des ressources humaines, en collaboration avec les chercheurs universitaires, ont été invités à participer activement à la démarche d'investigation réseau de projets novateurs ou prometteurs en organisation des soins, des services et du travail. L'ensemble des membres du centre d'expertise a joué le rôle de comité consultatif en recevant et commentant les stratégies, les méthodes et les instruments proposés par les différents sous-groupes formés selon le cheminement méthodologique.

Un sous-groupe du CEOST a élaboré un guide d'entrevue (voir annexe A) abordant les thèmes suivants :

- l'état de la situation;
- les objectifs visés et les indicateurs de résultats;
- les phases de la conception, de la planification, de la réalisation et du suivi;
- la description de l'environnement organisationnel entourant le projet, soit le contexte, la culture, la structure, le leadership et la complexité.

Une fois le guide élaboré, les intervieweurs des membres du CEOST ont suivi une formation afin de s'assurer de la compréhension de tous les éléments du guide et de la façon de conduire une entrevue.

Les membres de la direction générale des établissements ont reçu la documentation expliquant le but, la description de l'investigation réseau ainsi qu'un formulaire d'autorisation et de consentement. Ainsi, les projets de transformations organisationnelles issus des établissements de santé (présentés dans la section 4) ont été documentés et analysés par les membres du centre d'expertise.

L'échantillon de projets d'organisation des soins, des services, et du travail retenus pour l'investigation réseau a été déterminé selon les critères suivants :

- les différents types d'établissements devaient être représentés : centres hospitaliers universitaires et affiliés, centres régionaux et spécialisés, centres de soins de longue durée, centres locaux de services communautaires et centres de santé;
- les différentes régions du Québec devaient être couvertes;
- les projets d'organisation des soins, des services et du travail devaient avoir obtenu des résultats ou sembler prometteurs ou novateurs.

Une vaste documentation, de nombreux outils et rapports ont été recueillis et analysés par les membres du CEOST. L'analyse de l'ensemble des projets a permis de dégager une démarche optimale en organisation des soins, des services et du travail. La section suivante propose dans un premier temps la description du modèle intégrateur en y précisant ses éléments et ses concepts. Dans un deuxième temps, le sommaire de la revue de la littérature en organisation des soins, des services et du travail est présenté.





## CHAPITRE 2

---

Centre d'expertise en organisation des soins et du travail

# **MODÈLE INTÉGRATEUR ET SOMMAIRE DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE**





## 2. MODÈLE INTÉGRATEUR ET SOMMAIRE DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

### 2.1 Transformation organisationnelle

La définition de la transformation organisationnelle retenue dans ce projet est celle des auteurs Fabi, Martin et Valois, car elle se rapproche du modèle intégrateur en organisation des soins et du travail.

« Une transformation organisationnelle se définit comme étant un changement qui concerne certains aspects clés d'un système organisationnel; cela comprend notamment la stratégie, la structure, les ressources humaines, la culture, la technologie, la distribution du pouvoir et le contrôle. C'est un phénomène à caractère exceptionnel qui se distingue des transformations routinières. Une transformation organisationnelle a pour principales causes des modifications de l'environnement externe ou des changements survenus à l'interne, comme la mise en place d'une nouvelle équipe de direction ou une modification des ressources disponibles. Enfin, la finalité d'une transformation organisationnelle est d'augmenter les performances de l'organisation tout en conciliant les aspects humains et sociaux. » (Fabi, Martin et Valois, 1999 : 104)

#### Les facteurs de réussite d'une transformation

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la formation et la mobilisation sont des éléments clés pour atteindre les résultats escomptés lors d'une transformation organisationnelle.

Selon les auteurs Rondeau et Laliberté (1999), une transformation sera considérée comme légitime si elle participe à optimiser et à développer les processus qui sont perçus comme étant critiques pour le succès de l'organisation. L'établissement d'un lien clair, réel ou anticipé, avec la performance organisationnelle est indispensable pour introduire un changement majeur. Bref, un changement aura plus de chance d'être accepté si les principaux acteurs sont insatisfaits du système qui est en place; du moins, leur résistance sera plus faible. La disponibilité des ressources est aussi une variable importante à prendre en considération.

Par ailleurs, les pressions de l'environnement peuvent contribuer autant à inciter qu'à restreindre le changement. La présence d'une pression externe peut améliorer la participation des membres de l'organisation et les entraîner sur la voie d'une transformation; les pressions de l'environnement prendront alors la forme d'une force propulsive. En revanche, ces pressions peuvent aussi faire obstacle au changement. En effet, lorsque ces pressions sont excessives, les transformations requises sont souvent si radicales et éloignées de la mission organisationnelle que toute l'énergie favorable à la transformation disparaît. Ses objectifs semblent alors irréalisables ou non désirables.

Les transformations auront plus de chances de se réaliser si elles se situent dans un équilibre qui n'excède pas la limite entre une trop grande pression et une pression trop faible. De surcroît, le soutien des groupes intéressés s'avère être un aspect essentiel à examiner lors d'une transformation; de tels groupes peuvent être constitués d'acteurs ayant une influence sur l'évolution de l'organisation (par exemple, le gouvernement et les fournisseurs). Plus ces groupes soutiennent les efforts de changement de l'établissement et le considèrent comme légitime, plus la démarche de transformation est susceptible de donner de bons résultats.

Le soutien peut également provenir d'une autre catégorie de groupes intéressés, soit d'autres organisations confrontées à des changements similaires. En observant l'expérience des autres, il est parfois possible d'apprendre de leurs bons coups, d'éviter certaines de leurs erreurs et ainsi d'élaborer ses propres stratégies gagnantes.

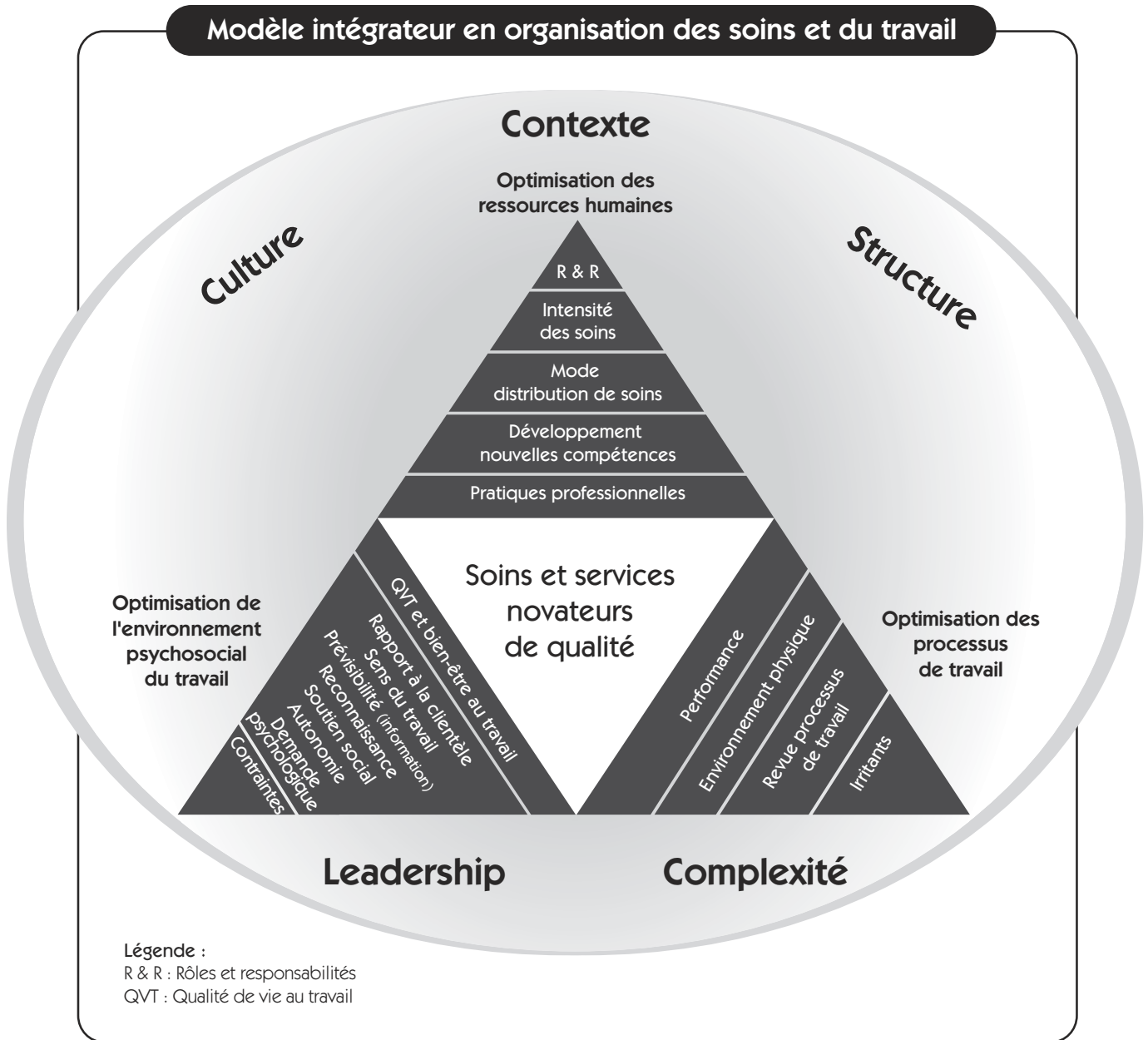
Finalement, certaines caractéristiques propres à chacune des organisations peuvent rendre leur transformation plus complexe. Il s'agit de composantes faciles à évaluer telles que la taille, la variété des services offerts à la population, la diversité des clientèles desservies, les technologies utilisées dans ses opérations et les qualifications de son personnel. En outre, Hafsi et Fabi (1997) signalent que la complexité et l'ampleur d'un processus de transformations organisationnelles font que le succès résulte d'une multitude de facteurs relatifs à l'environnement externe, aux caractéristiques organisationnelles, ainsi qu'à celles des employés. Comme le stress accroît le désir de changer et que l'inertie intensifie la résistance au changement, on peut dire que la capacité de changement sera mesurée en tenant compte de ces deux aspects.

En définitive, dans des services à forte intensité humaine comme la santé et les services sociaux, un projet de réorganisation doit impérativement viser le maintien du degré d'engagement des employés, ceci afin qu'ils puissent s'arrimer avec les objectifs stratégiques de l'organisation.

## 2.2 Éléments et concepts du modèle intégrateur en organisation des soins et du travail

Tel que mentionné dans la méthodologie, le CEOST a conçu le modèle intégrateur afin de guider ses travaux, tant au niveau de la revue de la littérature que de l'investigation réseau.

Figure 1



Le grand triangle et ses trois pointes représentent les trois angles de prise identifiés dans les projets de transformation organisationnelle. Les concepteurs de projet souhaitent dans leur transformation organisationnelle :

- optimiser leurs ressources humaines;
- optimiser leurs processus de travail;
- optimiser leur environnement psychosocial du travail.

Dans le modèle intégrateur, le triangle inversé au centre du grand triangle signifie la finalité des projets d'organisation des soins, des services et du travail, soit des soins et des services novateurs de qualité pour la population.

Un projet débute habituellement pour répondre à un problème, comme une pénurie de main-d'œuvre, un problème de climat de travail, ou à un besoin, comme une plus grande accessibilité des soins et des services. Par la suite, dépendant du motif pour procéder à la transformation, l'angle de prise est choisi. Découle de l'angle de prise, la méthode qui sera utilisée. Précisons que ce guide des pratiques novatrices n'aborde pas les méthodes ou les façons de faire un diagnostic de capacité de changement, un Kaizen, un juste-à-temps, un choix de mode de distribution de soins, etc. Lors des formations en organisation des soins et du travail, ces contenus de formation ont été abordés.

Voyons de plus près le contenu de ces trois angles de prise.

Dans la catégorie « **optimisation des ressources humaines** », se retrouvent les projets impliquant un rehaussement ou un enrichissement des pratiques professionnelles en réalisant, par exemple, une révision des rôles et des responsabilités des intervenants (soignants), une modification du mode de distribution de soins, le développement de nouvelles compétences et le changement des pratiques professionnelles.

Exemples de projets novateurs :

- le CHVO du CSSS de Gatineau a procédé à un nouveau mode de distribution de soins en médecine et en chirurgie;
- l'Hôpital Douglas a implanté les soins intégraux sur son unité de psychogériatrie;
- le CHA Hôtel-Dieu de Lévis a revu les rôles et les responsabilités des équipes de soins en médecine.

Notons que c'est sous cet angle qu'a débuté la majorité des projets de transformations organisationnelles. La pénurie de personnel comme les infirmières, les pharmaciens et les médecins a grandement contribué au choix de cette porte d'entrée.

Les projets ayant trait à l'amélioration de la performance organisationnelle et de l'environnement physique, la recherche d'efficience par la revue des processus de travail et la correction des irritants se retrouvent dans la catégorie « **l'optimisation des processus de travail** ».

Exemples de projets novateurs :

- l'Institut de Cardiologie de Montréal a procédé à un Kaizen au bloc opératoire et au service d'approvisionnement;
- le Centre hospitalier de St. Mary a procédé à une étude des temps et des mouvements à la salle d'accouchement, et le CHUM, dans son service d'hémodialyse hospitalière (sur trois sites);
- l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a procédé à un réaménagement physique de son urgence.

Sous l'angle de « **l'optimisation de l'environnement psychosocial** » se classent les projets qui favorisent une charge de travail équilibrée, l'autonomie en emploi, le soutien social des collègues et des supérieurs immédiats, la reconnaissance, la prévisibilité et finalement une qualité de vie et un climat de travail sain.

Exemples de projets novateurs :

- le CHSLD St-Brigid's Home a procédé à la fois à une implantation d'une unité prothétique et d'un plan d'action visant une meilleure qualité de vie au travail pour les employés;
- l'Hôpital Charles LeMoine a réalisé, par une approche participative, systémique et systématique dans son unité de chirurgie, de nombreux changements dans ses pratiques professionnelles en visant un environnement sain pour le travail des employés.

Bien qu'une équipe de projet de transformation organisationnelle ait choisi de débiter le projet en optimisant les ressources humaines, plusieurs ont poursuivi leur démarche en revoyant leurs processus de travail et en améliorant le climat de travail. Il n'y a pas qu'une seule ou une meilleure façon de débiter ou de poursuivre un projet de transformation. Transformer une organisation de santé est un processus complexe qui nécessite de la créativité et de nombreuses adaptations.

La section suivante présente des facteurs importants à considérer lors de projets de changement. Ce sont les éléments du modèle intégrateur qui se retrouvent dans le grand cercle de la figure 1.

Le modèle intégrateur illustre que tout projet de transformation doit tenir compte des différents facteurs qui viendront l'influencer et dont il faut tenir compte tout au cours de la démarche. L'analyse de ces facteurs permettra d'évaluer la capacité de l'organisation à procéder à un changement. Elle guidera le choix des stratégies à adopter pour augmenter les chances de réussite du projet tout au cours de la démarche de changement.

Les cinq facteurs sont :

- le contexte;
- la structure;
- la culture;
- le leadership;
- la complexité.

### 2.2.1 Premier facteur : le contexte

Le contexte fait référence au lien entre l'organisation et son environnement. Il réfère à trois variables :

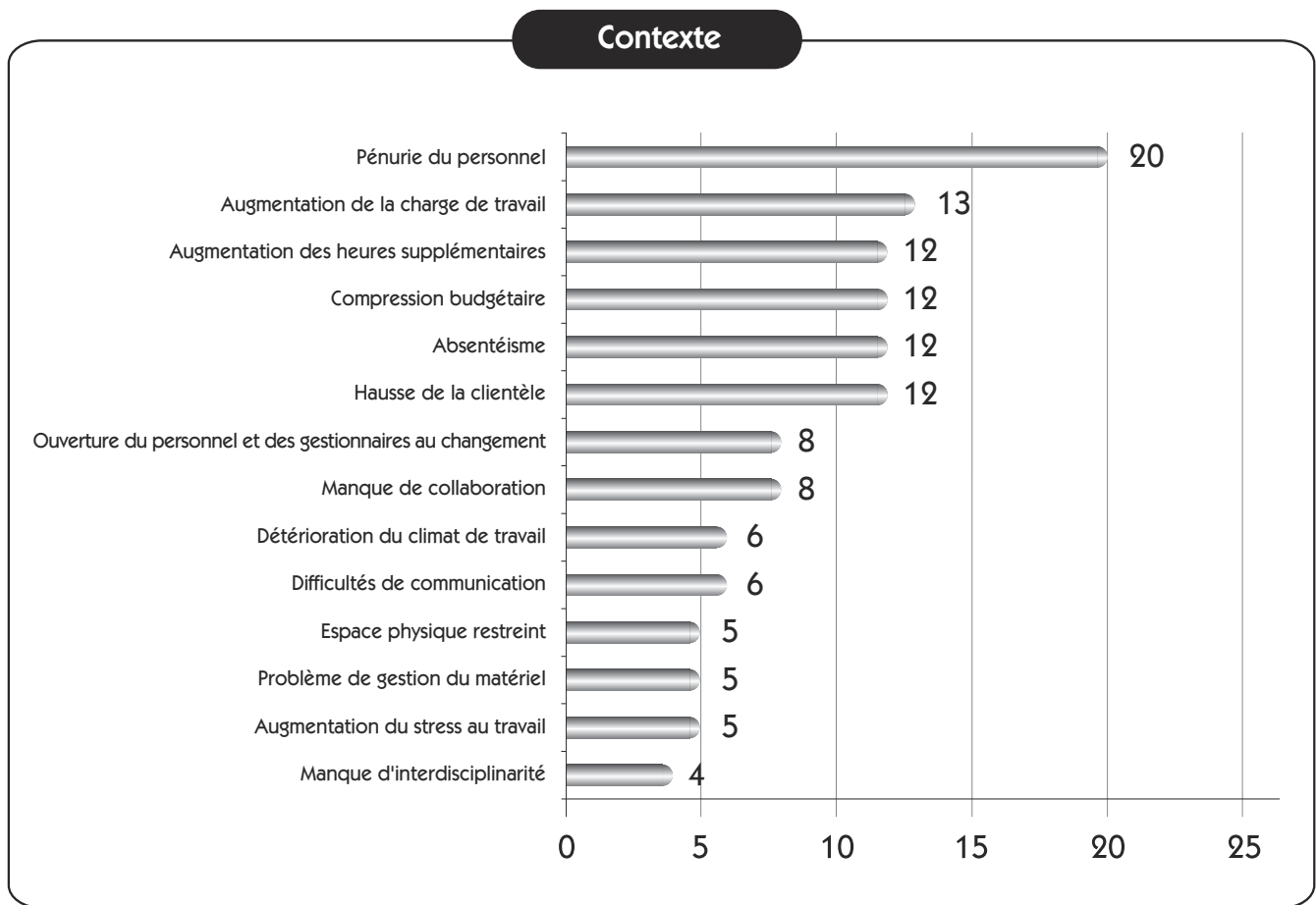
- la disponibilité des ressources financières;
- la performance de l'organisation;
- les changements dans l'environnement.

Si nous prenons l'exemple des soins infirmiers au Canada et au Québec, le contexte présente de grands bouleversements au sein du réseau de la santé et ce n'est pas sans conséquence. Les résultats d'une récente étude commandée par le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada (BPSI, 2004), indiquent une progression constante du taux d'absentéisme et d'heures supplémentaires chez les infirmières canadiennes. En 2002, le taux d'absentéisme lié à une maladie ou à une blessure chez l'infirmière était de 8,6 %, taux considérablement plus élevé que le taux estimé en 1987 (5,9 %). Entre 1997 et 2002, le taux d'absentéisme chez les infirmières qui travaillaient à plein temps est passé de 7,8 % à 8,6 %. Au Québec, une analyse des données d'absences pour maladie certifiée de 1993 à 1999 auprès de 2 000 infirmières de l'agglomération de Québec relève que, parmi les diagnostics potentiellement associés à l'environnement de travail, soit 64,2 % de toutes les absences certifiées au cours de cette période, les diagnostics de santé mentale sont les plus nombreux (25 %). Ils entraînent des absences d'une durée moyenne de 69,8 jours. Ils

sont suivis des problèmes musculosquelettiques (18,2 %), d'une durée d'absence de 41 jours en moyenne. La durée moyenne d'absence pour diagnostics de santé mentale passe de 51,6 jours entre 1993-1995 (période avant la transformation du réseau de la santé) à 78,1 jours en 1998-1999 (période de relative stabilisation) (Bourbonnais *et al.*, 1999).

Il ressort de l'analyse des projets des éléments de contexte ayant influencé les transformations organisationnelles.

Il s'agit, entre autres, de la pénurie de personnel, de l'augmentation de la charge de travail et des heures supplémentaires, des compressions budgétaires, de l'absentéisme et de la hausse de la clientèle.



Cette figure présente la fréquence des raisons incitant les établissements de santé de l'investigation réseau à procéder à des transformations organisationnelles.

Ainsi, dans un tel contexte, plusieurs équipes de gestion ont procédé à des changements organisationnels afin d'optimiser l'organisation des soins, des services et du travail par une volonté désirant assurer la disponibilité et la qualité des services aux patients tout en mettant à contribution le personnel.

## 2.2.2 Deuxième facteur : la structure

La structure organisationnelle influence fortement la capacité de changer. La structure s'est façonnée avec l'évolution de l'organisation et est, par conséquent, unique. La littérature réfère à deux grands types de structures à l'opposé l'une de l'autre, soit la structure mécanique et la structure organique.

<b>Structure mécanique – organique<sup>1</sup></b>	
<b>MECANIQUE</b>	<b>ORGANIQUE</b>
Problèmes et activités décomposés en tâches spécialisées.	Souplesse et mobilité nécessaires afin de s'adapter à l'environnement.
Chaque individu accomplit sa tâche de façon distincte, sans se préoccuper de l'ensemble. C'est le sommet qui est responsable de sa pertinence.	Les individus veulent coopérer à l'ensemble et connaître les résultats de leurs efforts. Le sommet donne les orientations.

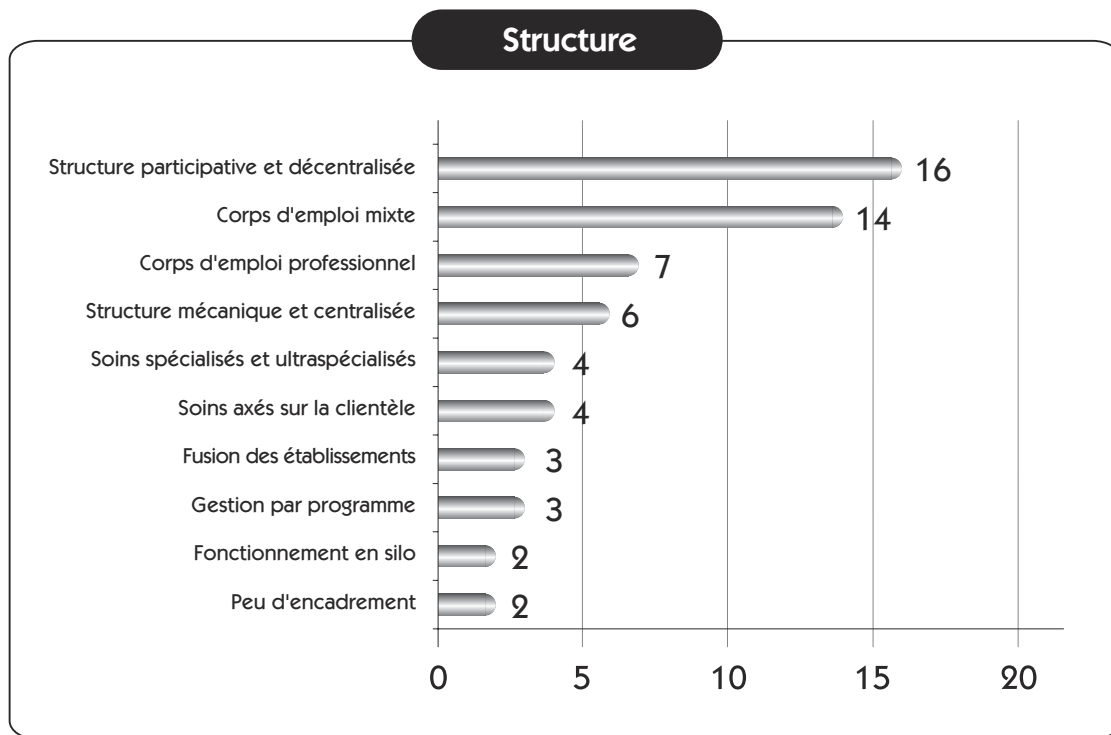
Une structure organique est bien adaptée à un environnement turbulent dans la mesure où ses mécanismes et la dynamique de fonctionnement sont flexibles et aptes à innover pour favoriser un ajustement continu aux perturbations externes. À l'inverse, une structure mécanique est caractérisée par des mécanismes de coordination et de contrôle formalisés. Sous cette structure, on ne déroge pas aux règles. Si une structure mécanique est appropriée à un environnement stable, une structure organique est pertinente en période de transformation organisationnelle.

Des projets évalués lors de l'investigation réseau, il ressort que lors des transformations organisationnelles, il est souhaitable de favoriser :

- une structure souple avec peu de niveaux hiérarchiques, facilitant la communication bidirectionnelle;
- l'accroissement de la participation aux décisions, afin de favoriser une prise de décision décentralisée;
- l'autonomie et la responsabilisation du personnel dans la réalisation des tâches;
- l'implication des partenaires (ex. : médecins, associations professionnelles, syndicats, etc.).

Il devient alors important de mettre en place des actions préliminaires telles que la création de mécanismes de consultation (comités consultatifs, équipes de travail) afin de favoriser la participation du personnel, le partage du pouvoir, l'imputabilité et finalement, moduler la structure pour qu'elle soit davantage participative et décentralisée.

1. Inspiré de Hafsi, Demers (1997), *Comprendre et mesurer la capacité de changement des organisations*, p. 197.



Dans les projets de l'investigation réseau, plus de la moitié des répondants identifiaient une structure organique et le tiers se reconnaissait dans une structure mécanique et centralisée.

### 2.2.3 Troisième facteur : la culture

Les définitions de la culture organisationnelle sont nombreuses. Celle retenue a été écrite par Peters et Waterman (1982), car elle est issue du primat de l'expérience. Il ne s'agit plus de prendre l'organisation comme un laboratoire afin d'effectuer des expériences *in vitro*, mais de se mettre à l'écoute de l'entreprise, dont celles qui réussissent, de l'examiner fonctionner au quotidien et de lui donner la parole. La culture organisationnelle est un ensemble complexe de valeurs, d'hypothèses et de symboles auxquels sont rattachés les membres d'une organisation et, plus précisément, un ensemble de croyances qu'ils partagent ensemble et qui porte sur des aspects, tels :

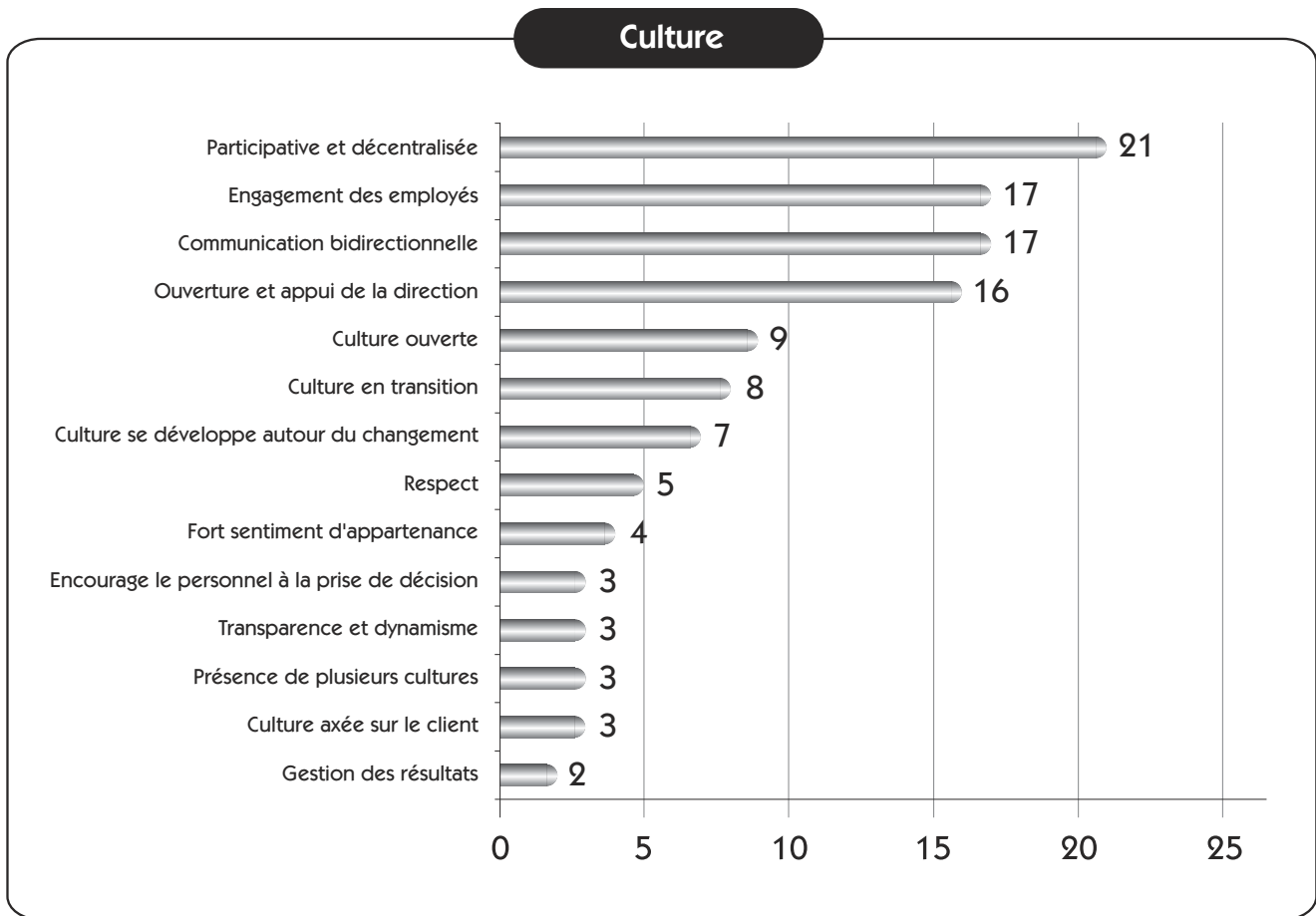
- ce sur quoi les membres de l'organisation croient devoir porter leur attention;
- ce qu'ils croient être un comportement approprié et inapproprié;
- ce qu'ils croient être la voie du succès;
- comment ils croient devoir travailler ensemble et traiter les autres;
- ce qu'ils croient être la caractéristique de l'organisation.

La culture favorable au changement peut prendre plusieurs formes. En contexte de changement, une culture forte et participative est la mieux adaptée.

**La culture** réfère donc aux valeurs, à la vision, aux habitudes, à l'historique de l'organisation. Elle constitue un mécanisme efficace de référence pour prévoir et influencer le comportement des employés. Un changement qui va à l'encontre de la culture organisationnelle en place sera plus difficile et se heurtera à plus de résistance. À l'étape de la mise en œuvre de transformations organisationnelles, harmoniser la culture constitue un grand défi. En fait, il y a lieu de viser et de maintenir une cohérence entre la culture, la



vision, les valeurs et les actions entreprises lors des transformations organisationnelles. Des actions doivent être mises en place telles qu'un plan de communication, afin de favoriser les échanges d'information à tous les niveaux. Il faut préciser les buts et objectifs de la réorganisation et en informer les employés.



La majorité des participants de l'investigation réseau ont exprimé que leurs établissements de santé présentaient une culture favorable à la participation du personnel, tendaient vers une communication bidirectionnelle; ils reconnaissent une culture ouverte ayant l'appui de la direction face au projet de changement.

#### 2.2.4 Quatrième facteur : le leadership

Nous entendons par leadership les comportements d'un gestionnaire (de tout niveau) face à ses employés afin de réaliser ses objectifs. Les comportements à travers lesquels se définit le leadership sont nombreux. Les styles de leadership sont, aux deux pôles, le leadership managérial et le leadership transformationnel (Hasselhorn *et al.*, 2003).

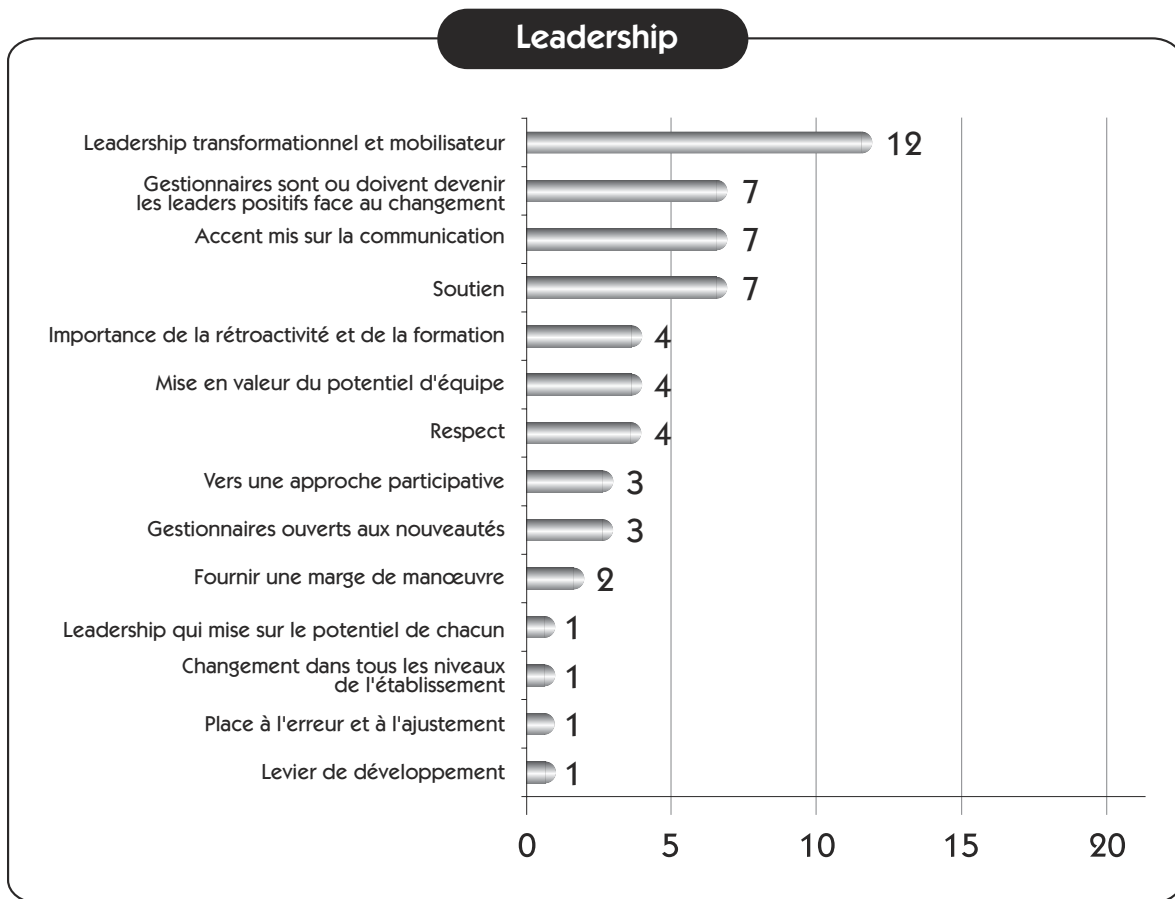
Le style de **leadership** qui s'avère le plus efficace dans le contexte des réorganisations est celui de type transformationnel. Ce gestionnaire ou le responsable de projet, au dire des participants de l'investigation réseau, allie les styles démocratique et participatif. Stordeur *et al.*, (2001) affirment qu'en organisation du travail, le gestionnaire responsable est souvent la personne la plus importante de l'équipe de travail puisqu'il est un pivot de la culture organisationnelle et influence les comportements de ses subordonnés. Le gestionnaire sait soutenir, guider, encourager, accepter l'erreur et mobiliser le personnel. Il accompagne

l'équipe de soins ou de service avant, pendant et après les changements et il a une facilité à communiquer. Ce leader transformationnel suscite la confiance et le respect des membres de son personnel.

D'emblée, un leader transformationnel devrait se rapprocher des sept caractéristiques suivantes :

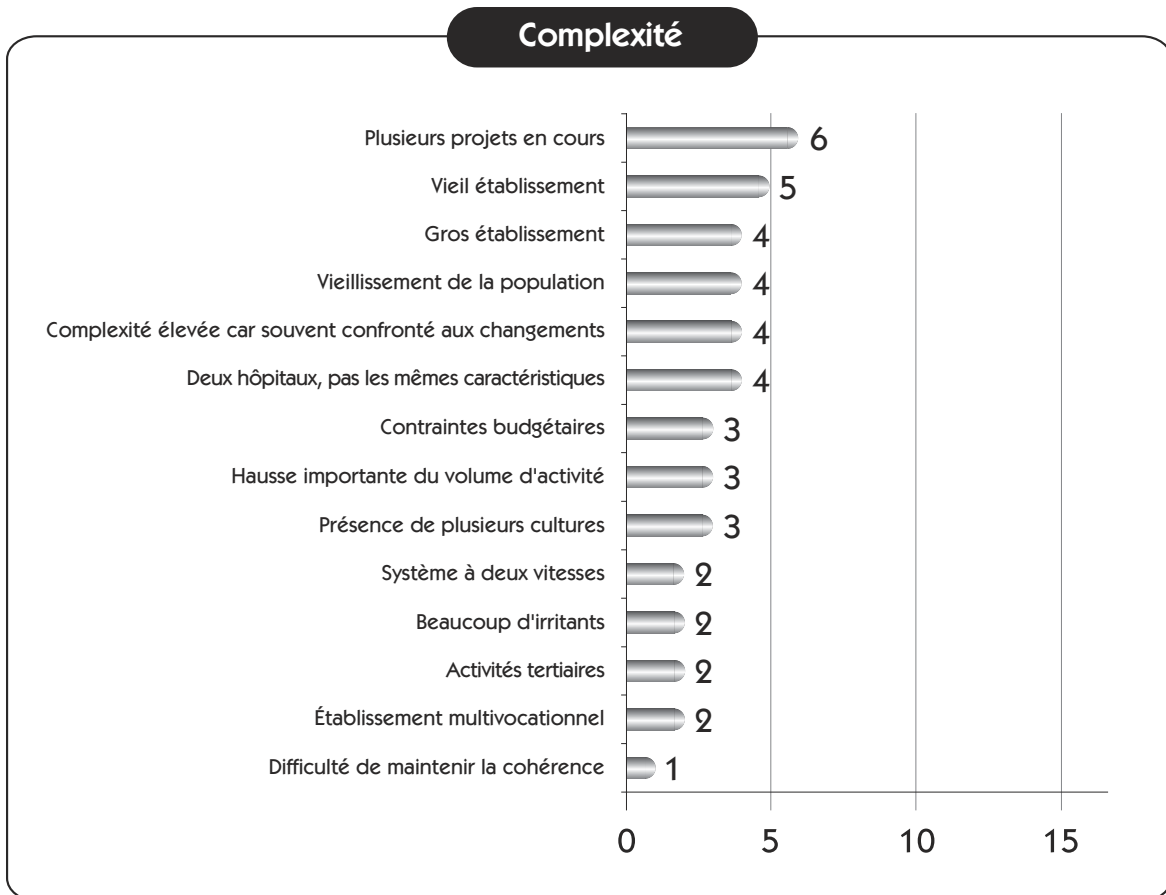
- donner l'orientation en développant une vision;
- mobiliser les employés afin d'accroître l'engagement organisationnel;
- motiver et accompagner les employés;
- donner du sens à l'action. Le leader transformationnel canalise et renforce l'énergie qu'il offre;
- faire confiance et être ouvert aux solutions apportées par les acteurs du changement;
- composer avec la complexité. Dans un environnement complexe, le leader enrichit ses équipes, recherche les talents diversifiés et les compétences complémentaires;
- reconnaître et s'adapter aux phases du changement : il propulse son équipe lors des opportunités du changement et il est réceptif lorsqu'une crise apparaît.

Ces caractéristiques corroborent celles décrites par les gestionnaires engagés dans les projets d'organisation de l'investigation réseau. Plus particulièrement, les gestionnaires et les responsables de projets ont identifié, comme facteur de réussite en regard du leadership : un leadership transformationnel et mobilisateur, des gestionnaires positifs face au changement et l'accent mis sur la communication et le soutien.



## 2.2.5 Cinquième facteur : la complexité du changement

La **complexité** du changement fait référence à l'interaction entre les quatre facteurs, soit le contexte, la structure, la culture et le leadership. L'ampleur et la nature même du changement sont également des éléments liés à la complexité.



Dans le cadre de l'investigation réseau, les gestionnaires ont soulevé comme éléments de complexité : présence de plusieurs projets/changements en cours, vieil établissement, établissement de taille importante, vieillissement de la population, fusion d'hôpitaux n'ayant pas les mêmes caractéristiques/cultures, contraintes budgétaires, hausse importante du volume d'activités, système à deux vitesses, beaucoup d'irritants, activités tertiaires et difficulté à maintenir la cohérence.

## 2.2.6 Variables influençant la capacité de changement et les actions préliminaires<sup>2</sup>

Le tableau suivant rappelle des actions préliminaires à mener afin de favoriser le changement.

VARIABLES	ÉLÉMENTS DESCRIPTIFS	ACTIONS PRÉLIMINAIRES
<p><b>LE CONTEXTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La disponibilité des ressources humaines, financières et matérielles</li> <li>• Les changements dans l'environnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– L'établissement dispose ou non des ressources humaines, financières et matérielles nécessaires à la réalisation du ou des projets.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– S'assurer de disposer des ressources financières</li> <li>– Évaluer et planifier les coûts reliés au projet</li> <li>– Identifier clairement les objectifs poursuivis par le projet, définir en quoi l'atteinte de ses objectifs améliorera la performance de l'organisation</li> <li>– Définir la nécessité de s'ajuster aux fluctuations de l'environnement</li> </ul>
<p><b>LA STRUCTURE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La structure professionnelle</li> <li>• La mission</li> <li>• Le niveau de spécialisation des rôles et des unités</li> <li>• La structure d'organisation des soins et des services</li> <li>• La structure administrative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mission générale, spécialisée ou mixte</li> <li>– Primaire, secondaire ou tertiaire</li> <li>– Petit ou grand nombre d'unités spécialisées</li> <li>– Petit ou grand nombre de types d'emploi différents au sein de l'établissement</li> <li>– Structure professionnelle traditionnelle favorisant le travail en silo ou par programme clientèle favorisant l'interdisciplinarité</li> <li>– L'importance du nombre de professionnels et le rôle (général ou spécialisé) joué par ces derniers</li> <li>– Structure administrative organique (décentralisée, aplatée, participative) ou mécanique (centralisée et hiérarchisée)</li> <li>– L'importance ou non des règles de fonctionnement et de l'encadrement administratif</li> <li>– Petit ou grand nombre de personnes affectées à des tâches de nature administrative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mettre en place des mécanismes de consultation : ex. : comités consultatifs       cercles de qualité       comité de pilotage</li> <li>– Assurer la transmission des résultats pendant toute la durée du projet</li> <li>– Être près des gens, les soutenir, les considérer, les aider</li> </ul>

2. Pour approfondir ces concepts, consulter le chapitre 2 du livre de Hafi et Demers (1997).

VARIABLES	ÉLÉMENTS DESCRIPTIFS	ACTIONS PRÉLIMINAIRES
<p><b>LA CULTURE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La communication interne et externe</li>   <li>• La philosophie de gestion</li> <li>• Les valeurs et les croyances de l'établissement</li>   <li>• L'attitude face au changement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Culture plutôt participative et consultative et bon sentiment d'appartenance des employés ou plutôt l'inverse</li> <li>– Mécanismes transparents, fréquents, efficaces et au bon moment de transmission et d'échange internes de renseignements, reliés ou non à la tâche, entre les différents échelons de l'établissement ou absence de ces mécanismes</li>   <li>– Mécanismes internes de rétroaction efficaces ou inefficaces</li> <li>– Mécanismes de communication externe pour accroître la compréhension par l'environnement des préoccupations de l'établissement et vice versa ou absence de ces mécanismes</li>   <li>– La philosophie de gestion de l'établissement favorise ou non la participation des employés à la prise de décision.</li> <li>– L'approche clientèle, le respect et la qualité des soins et des services sont des valeurs et des croyances valorisées par la direction et partagées par tous ou non.</li> <li>– Le changement va ou ne va pas à l'encontre de la culture organisationnelle actuelle.</li> <li>– L'équipe de direction est favorable au changement et veut accomplir des choses ou, au contraire, a tendance à être conservatrice.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plan de communication</li> <li>– Échange d'informations à tous les paliers</li> <li>– Préciser les buts et les objectifs de la réorganisation et en informer les employés</li> <li>– Situer à tout moment l'état d'avancement du projet et s'assurer que l'information circule dans l'organisation</li> </ul>
<p><b>LE LEADERSHIP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le style de leadership exercé par les gestionnaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Style de leadership transformationnel et mobilisateur envers les employés, c'est-à-dire respectueux et courtois</li> <li>– Capable de communiquer</li> <li>– Capable de rétroaction descriptive</li> <li>– Capable de soutien et d'appui, favorise la mise en valeur du potentiel, suggère un travail qui présente un défi</li> <li>– Fournit une marge de manœuvre, valorise la notion d'équipe ou plutôt style de leadership autoritaire et directif envers les employés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnostiquer le style de leadership des porteurs du dossier de réorganisation</li> <li>– Permettre le développement des habiletés d'un leadership transformationnel</li> <li>– Former le porteur du dossier sur les savoir-être attendus</li> </ul>

VARIABLES	ÉLÉMENTS DESCRIPTIFS	ACTIONS PRÉLIMINAIRES
<p><b>LA COMPLEXITÉ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le type d'établissement</li> <li>• L'âge de l'établissement</li> <li>• La taille de l'établissement</li> <li>• Le niveau de complexité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– À vocation unique ou multivocationnel</li> <li>– Jeune ou plus de 30 ans d'existence</li> <li>– Le nombre de lits ou de clients desservis</li> <li>– Le nombre d'employés et de médecins</li> <li>– Si l'établissement est jeune, petit et à vocation unique, il est généralement peu complexe. Alors, le style de leadership de ses dirigeants est déterminant dans sa capacité de changer. L'établissement est en mode de gestion entrepreneurial.</li> <li>– Lorsque l'établissement grossit et que sa complexité augmente, la structure et la culture prennent une grande importance au détriment du leadership qui devient plus collectif. L'établissement est en mode de gestion par planification.</li> <li>– Lorsque l'établissement atteint des niveaux de complexité élevés, le leadership joue un rôle crucial, mais la structure et la culture continuent d'être importantes. L'établissement est en mode de gestion adaptatif. Son expérience de la gestion de la complexité le rend généralement plus apte à gérer adéquatement le changement.</li> <li>– Le contexte défavorable va ajouter à la complexité et, par conséquent, rendre le changement plus difficile.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Analyser le niveau de complexité du projet</li> </ul>

## 2.3 Sommaire de la revue de la littérature

Des transformations organisationnelles deviennent nécessaires puisque bien des changements dans le réseau de la santé commandent de réduire des effectifs, de réaffecter le personnel, de modifier les ratios temps plein et temps partiel et de réajuster l'éventail des qualifications (Blythe, Bauman, et Giovannetti, 2001). La revue de la littérature présente un regard plus large car plusieurs études menées à l'échelle mondiale ont montré qu'un grand nombre de problèmes vécus dans les établissements de santé était universel (Duffield et O'Brien-Pallas, 2002 ; Aiken *et al.*, 2001 ; Bauman *et al.*, 2001).

### 2.3.1 Optimisation des ressources humaines

Un exemple en ce sens est l'optimisation des ressources humaines favorisée par l'application des principales caractéristiques des *magnet hospitals* (McClure *et al.*, 1983). Le titre de *magnet hospital* est appliqué aux hôpitaux pour désigner l'excellence des soins infirmiers aux États-Unis. Ces hôpitaux se démarquaient parce qu'ils étaient capables de recruter avec succès et retenir des infirmières durant une période de pénurie au cours des années 1980. Voici un résumé des **principales caractéristiques des magnet hospitals** (Viens *et al.*, 2002b ; McClure *et al.*, 2002) :

#### Administration

- Style de gestion participatif et de soutien; organisation décentralisée; infirmières impliquées dans les décisions et bien informées; leader visible et accessible, connu par les infirmières, qui est visionnaire et enthousiaste, en position hiérarchique de décideur; gestionnaires et coordonnateurs compétents et qualifiés, visibles, disponibles, attentifs, capables de promouvoir, de faciliter et de soutenir l'autonomie et l'imputabilité professionnelle des infirmières, actifs dans la communauté et dans les activités professionnelles;
- Ressources humaines et matérielles adéquates et appropriées;
- Valorisation de la poursuite des études, de la formation en cours d'emploi et de la croissance professionnelle des infirmières, horaires de travail flexibles.

#### Pratique professionnelle

- Mode de distribution de soins basé sur une pratique professionnelle autonome; valorisation de l'enseignement au client, à la famille, à la communauté par l'infirmière; les infirmières sont autonomes, responsables et détiennent le contrôle de leur pratique; disponibilités d'infirmières spécialisées;
- Relation de collaboration entre médecins et infirmières.

#### Développement professionnel

- Programme d'intégration sur mesure; formation en cours d'emploi; soutien à la poursuite des études; avancement et promotion – échelons cliniques; cheminement de carrière; la recherche est encouragée.

### 2.3.2 Optimisation des processus de travail

Les établissements de santé analysent également les processus du travail à l'aide de différentes méthodes. *Les études des temps et des mouvements* visent principalement à identifier, à classer (les tâches directement en lien avec le soin aux patients, les tâches indirectes et les autres tâches) et à analyser ces différentes tâches selon les compétences du personnel qui les réalise (Burke *et al.*, 2000). Une autre méthode utilisée est le *Kaizen* qui vise à trouver des solutions communes à des problèmes tangibles avec la collaboration des membres pour ensuite définir un plan d'action qui permettra de les mettre en œuvre. Elle permet d'accroître

la mobilisation des membres, car les solutions sont identifiées, réalisées et présentées par les employés augmentant de ce fait, leur sens de l'innovation et une plus grande motivation (Association des hôpitaux du Québec, 2003). Dans le domaine de la santé, le principe du juste-à-temps commence à apparaître dans des services souhaitant éliminer le gaspillage et réduire les coûts de transport et de fabrication (Gélinas, 1997). À titre d'exemple, certains services comme l'approvisionnement, la buanderie ou la pharmacie utilisent le juste-à-temps afin de rechercher ces caractéristiques.

### 2.3.3 Optimisation de l'environnement psychosocial de travail

Les études sur l'environnement de travail et la qualité de vie du personnel reconnaissent l'importance d'éliminer à la source les contraintes au travail. Selon Karasek et Theorell (1990), Kristensen (1999) et Siegrist (1996), il apparaît important de réduire les contraintes liées aux six dimensions suivantes : la demande psychologique, la latitude décisionnelle, le soutien social, les efforts/reconnaissance, la prévisibilité et le sens au travail.

Le tableau résume les six dimensions et les éléments associés à chacune d'elles.

<b>Les six dimensions favorisant un environnement psychosocial de travail optimum selon les modèles théoriques</b>	
<b>DIMENSIONS</b>	<b>ÉLÉMENTS</b>
<b>1. DEMANDE PSYCHOLOGIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir une charge de travail adaptée aux ressources de la personne.</li> </ul>
<b>2. LATITUDE DÉCISIONNELLE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être capable d'utiliser ses habiletés et avoir la possibilité d'en développer de nouvelles.</li> <li>• Avoir de la créativité.</li> <li>• Avoir la possibilité de choisir comment faire son travail.</li> <li>• Avoir de l'influence au travail.</li> </ul>
<b>3. SOUTIEN SOCIAL</b>	<p><b>Les supérieurs :</b> me donnent confiance au travail, il est possible de leur demander conseil, de leur demander de l'aide et ils donnent le crédit aux employés pour le travail effectué. Ils ont la capacité de faire travailler les gens ensemble.</p> <p><b>Les collègues :</b> me donnent l'impression que je fais partie de l'équipe, s'intéressent à moi, sont amicaux, ils aident en cas d'urgence et il est possible de les consulter.</p>
<b>4. EFFORTS ET RÉCOMPENSES</b>	<p><b>Vu tous les efforts que je fais, je m'attends à :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un salaire satisfaisant;</li> <li>• de l'estime et du respect au travail;</li> <li>• un contrôle satisfaisant sur mon statut professionnel, de bonnes perspectives d'emploi et une sécurité d'emploi.</li> </ul>
<b>5. PRÉVISIBILITÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentir une faible menace de pertes importantes.</li> <li>• Recevoir à l'avance l'information relative à des décisions importantes.</li> <li>• Recevoir toute l'information nécessaire pour bien effectuer le travail.</li> </ul>
<b>6. SENS AU TRAVAIL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir l'impression que le travail effectué est important.</li> <li>• Se sentir motivé et impliqué dans le travail.</li> </ul>

Sources : Adaptation du tableau dans Viens *et al.*, 2002a : 39 présentant : Karasek et Theorell (1990), Kristensen (1999) et Siegrist (1996).



Il ressort de la littérature sur les interventions organisationnelles des recommandations (Lavoie-Tremblay et Viens, 2003; Parkes et Sparkes, 1998; Landsbergis et Vivona-Vaughan, 1995) telles que :

- une démarche participative qui prévoit le soutien, l'engagement et l'implication de l'ensemble des intervenants (direction, syndicats, médecins, groupes professionnels, etc.) et qui prévoit le processus de changement en continu (autoportant) et non comme un projet de passage;
- un diagnostic adéquat, la recherche d'alliances, une identification des barrières, des résistances et des risques potentiels et réels;
- la stratégie des petits pas; focaliser sur une ou quelques contraintes, éviter d'introduire trop de changement simultanément et intégrer les interventions dans le cadre plus large du développement organisationnel;
- l'établissement de structures afin de faciliter la communication entre les intervenants;
- l'utilisation des mesures, des indicateurs pour évaluer les résultats;
- le transfert des expériences en cours vers l'ensemble de l'organisation (communauté apprenante).

### 2.3.4 Implications pour les décideurs

Enfin, la revue de littérature en organisation des soins et du travail (Viens *et al.*, 2005) présente des éléments essentiels et des pistes d'action afin de mieux comprendre et réussir des transformations organisationnelles. Plus particulièrement cette revue permet d'identifier :

- des facteurs importants à considérer lors d'un changement, soit la légitimité de la transformation; la disponibilité des ressources; les pressions de l'environnement; le soutien des groupes intéressés et la complexité de la transformation;
- des stratégies d'optimisation des ressources humaines regroupées sous trois catégories, soit l'administration, la pratique professionnelle et le développement professionnel. Ainsi sont présentés, le leadership, le style de gestion participatif, l'*empowerment*, l'autonomie, la prise de décision, les modes de distribution de soins, le ratio patients / personnel de la santé ainsi que la formation et le développement des compétences;
- des processus de transformations organisationnelles par des méthodes tels l'étude des temps et des mouvements, l'ingénierie des processus, le Kaizen, le juste-à-temps et l'environnement ergonomique et sécuritaire;
- des dimensions liées à l'environnement de travail optimal pour le bien-être social et psychologique du personnel. Il s'agit d'une charge de travail adaptée aux ressources de la personne, un certain degré d'influence au travail, un bon soutien social, un équilibre entre l'effort et la récompense, un degré suffisant de prévisibilité, un travail intéressant et un rapport à la clientèle qui rend possible le contact affectif;
- des stratégies et des recommandations en lien avec les interventions organisationnelles telles que l'approche participative qui implique les employés et les gestionnaires et le soutien et l'engagement constants du supérieur hiérarchique.

Des facteurs contribuant à la satisfaction du personnel, à la qualité de vie et au bien-être et, par conséquent, à la qualité des soins et des services offerts aux patients.

*La Revue de la littérature en organisation des soins et du travail : pour comprendre et réussir vos transformations organisationnelles* est une référence importante pour les décideurs, les gestionnaires, les agents de changement, les formateurs et les intervenants des milieux de la santé qui désirent optimiser l'environnement de travail tant pour les patients que pour le personnel.



## CHAPITRE 3

---

Centre d'expertise en organisation des soins et du travail

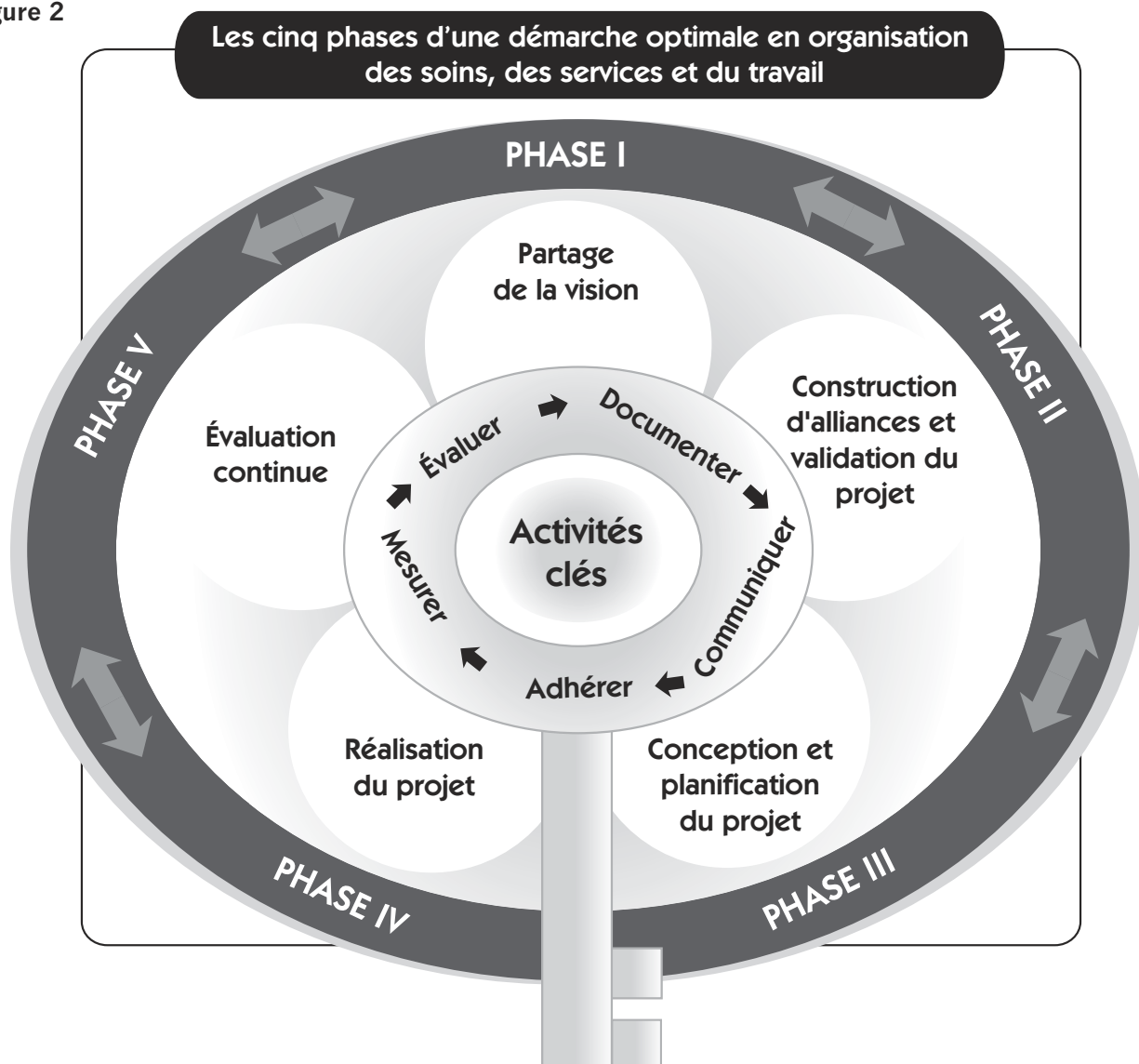
# **DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE OPTIMALE DES PRATIQUES NOVATRICES**



### 3. DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE OPTIMALE DES PRATIQUES NOVATRICES

Il n'existe pas de façon unique de réaliser une transformation organisationnelle, ce n'est pas une démarche clés en main qui est proposée. Aussi, le lecteur est invité à prendre connaissance de la démarche tout en ayant à l'esprit qu'une adaptation sera nécessaire selon certains paramètres dont le type et la raison du changement souhaité, le type d'établissement, les ressources disponibles ou pas, la présence et le type d'irritants, de résistance et la volonté ou pas de procéder à des changements. Cette démarche n'est donc pas une recette, mais constitue à la lumière de l'analyse des projets, des phases et des activités clés ayant présenté du succès ou des avenues prometteuses dans les établissements de santé. La démarche optimale ressortie de l'analyse présente cinq phases et cinq activités clés essentielles.

Figure 2



**La démarche optimale est constituée de cinq phases, soit :**

- la **phase I** s'actualise par le partage de la vision et de l'identification de la problématique, du besoin, des impacts et des gains liés au changement;
- la **phase II** prévoit la construction d'alliances et la validation de l'engagement des acteurs;
- la **phase III** cible la conception et la planification du projet;
- la **phase IV** vise la réalisation et l'implantation de la transformation organisationnelle;
- la **phase V** consiste à procéder à l'évaluation et au suivi continu.

Tel qu'illustré à la figure 2, à chaque phase de la démarche optimale en organisation des soins et du travail, il ressort cinq activités clés essentielles permettant aux gestionnaires et aux responsables de projet de s'assurer que les conditions optimales sont planifiées et mises en œuvre adéquatement lors de la transformation.

**Activité clé 1 : documenter/analyser**

La première activité est de s'assurer que les leaders aient en mains la documentation et les informations et procèdent à une première analyse en identifiant les facteurs facilitants et contraignants de chacune des phases.

**Activité clé 2 : communiquer/valider**

La deuxième activité consiste à communiquer et valider auprès de l'ensemble des acteurs leur compréhension, leurs appréhensions, ce qu'ils ressentent et pensent afin d'identifier les résistances potentielles.

**Activité clé 3 : adhérer/s'engager**

La troisième activité permet de susciter la participation et de s'assurer de l'adhésion ainsi qu'un engagement continu et renouvelé de la direction, des partenaires médicaux et syndicaux et d'un pourcentage minimal d'employés visés. Cette clé permet d'optimiser la qualité des processus de résolution de problèmes et des prises de décision et sera d'autant plus riche, réaliste et crédible si elle favorise la participation et l'engagement des personnes concernées. C'est un processus qui tend vers la cocréation, l'innovation et la créativité.

**Activité clé 4 : mesurer/s'ajuster**

La quatrième activité se rapporte à l'importance de la mesure à chacune des étapes du projet. Cette clé permet de s'ajuster continuellement en cours de projet.

**Activité clé 5 : évaluer/célébrer**

Enfin, la cinquième activité consiste à mesurer et à procéder à un suivi, ce qui permet de procéder aux réajustements, de réévaluer les objectifs et de mesurer les impacts de la transformation. Ne pas oublier de célébrer ! Faire la fête est également une marque appréciée de reconnaissance pour tous les efforts investis. Cette cinquième clé permet de s'assurer que la phase est complétée.

Après avoir identifié les cinq activités clés à réaliser à chaque phase, voyons plus en détails chacune des cinq phases de la démarche optimale en précisant les volets qui permettent d'opérationnaliser la démarche.

### 3.1 Phase I : partage de la vision et identification de la problématique, du besoin, des impacts et des gains liés au changement

Cette phase comprend quatre volets.

#### 3.1.1 Identifier et énoncer clairement la problématique sous-tendant le changement

Le premier volet d'un changement se concrétise par le diagnostic du désir ou de la capacité à changer. À cet effet, plusieurs gestionnaires ont relaté l'importance d'avoir une très bonne raison d'apporter des changements. Puis, la vision est traduite dans un langage commun et les idées, les opportunités et l'orientation sont énoncées clairement.

#### 3.1.2 Faire un rappel de la mission, clarifier la vision et partager les valeurs

Le deuxième volet vise à s'assurer que le projet est en lien avec la mission et les valeurs de l'organisation. La vision, les valeurs sont clarifiées et partagées par les intervenants et elles serviront de balises tout au long de la démarche.

#### 3.1.3 Identifier les facteurs et les conditions organisationnelles favorables ou non au projet de transformation

Ce troisième volet permet d'établir un diagnostic organisationnel.<sup>3</sup> Les responsables de projet analysent le contexte, la structure, la culture, le leadership et la complexité du changement. Ils s'assurent de l'appui de la direction générale de l'établissement pour le projet.

Voici quelques exemples de questions :

- De quelles ressources humaines, matérielles et financières disposons-nous?
- Quelle est la raison, le besoin à la source du changement?
- Quel type de leadership possède le porteur de dossier?

#### 3.1.4 Identifier les impacts attendus réels et potentiels à court, à moyen et à long terme du projet de transformation

Les établissements identifient et prévoient les modalités d'analyse et d'évaluation des impacts autant pour leurs unités et leurs services que pour les autres unités, services ou environnements. Le projet devra se situer dans l'ensemble du plan global des différents changements prévus pour l'établissement.

**Afin de s'assurer que la première phase aura tout le succès escompté, vérifiez si les activités clés ont été couvertes au cours de cette première phase.**

##### Questions-clés

- Avons-nous documenté et analysé?
- Avons-nous communiqué l'information et validé par une rétroaction?
- Est-ce que les personnes adhèrent? Désirent-elles s'engager?
- Pourquoi, comment, quoi, avec quoi, où; quand et pourquoi mesurer et s'ajuster?
- Pourquoi, comment, quoi, avec quoi, où et quand prévoit-on évaluer?
- Avons-nous pensé célébrer les petits acquis à chaque phase et reconnaître le travail réalisé à chaque phase?

3. Le lecteur est invité à consulter l'outil d'analyse de capacité de changement présenté à l'annexe B.

En résumé, voici les éléments favorables identifiés à cette première phase : être proactif et être vigilant pour anticiper les difficultés potentielles; dans le feu de l'action, ces difficultés peuvent facilement être sous-estimées et escamotées.



	Éléments favorables	Difficultés potentielles
Phase I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir une raison explicite et convaincante de procéder au changement.</li> <li>• Partager et expliquer la vision dans un langage commun.</li> <li>• Recevoir un appui formel de la direction et dégager les ressources nécessaires.</li> <li>• S'assurer que le projet est en cohérence avec l'ensemble de l'organisation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oublier d'intégrer le projet au sein de la vision de l'établissement.</li> <li>• Ne pas s'assurer que ce projet sera priorisé.</li> <li>• Ne pas estimer ou prévoir les effets et les impacts sur les autres services et unités.</li> <li>• Oublier d'identifier des gains pour tous les types d'acteurs concernés.</li> </ul>

### 3.1.5 Exemples de projets investigués

Voici les projets ayant été identifiés comme des exemples d'application de la phase I « Partage de la vision ». L'utilisateur du guide peut consulter les différentes fiches synthèses (FS) disponibles sur le CD-ROM représentant des projets de transformations organisationnelles.

#### Partage de la vision et identification de la problématique, du besoin, des impacts et des gains liés au changement

##### Institut de Cardiologie de Montréal : réorganisation des soins et adaptation des rôles et responsabilités à l'unité coronarienne et à l'unité de médecine (voir FS 21.1)

L'impact de la pénurie de main-d'œuvre infirmière, la difficulté à maintenir le niveau d'activités en médecine (fermeture de lits) et à assumer les projets de développement prévus à la planification stratégique ont conduit la direction des soins infirmiers de l'Institut de Cardiologie de Montréal à revoir et à moderniser le mode d'organisation de soins. Avec la participation de cinq groupes d'intervenants (infirmières cadres, assistantes infirmières-chefs, infirmières, préposés aux bénéficiaires, groupe multidisciplinaire), on a procédé à une démarche visant à définir et à partager une vision commune de la pratique infirmière contemporaine, avec ses caractéristiques et ses valeurs. Une vision commune du rôle du préposé aux bénéficiaires a aussi été dégagée. Les travaux des équipes de réorganisation du travail ont découlé de cet exercice de vision partagée.

##### CHUQ-CHUL : analyse en courte durée de gériatrie (voir FS 4.1)

Au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), le partage de la vision a permis de faire évoluer le projet d'une unité (UCDG) en un projet d'établissement. Le projet du CHUQ s'est distingué dans la façon dont il a identifié ses objectifs. Ces derniers ont été définis pour le patient, pour l'unité, pour le soignant et pour les autres établissements et agences. Dans les impacts et les gains liés au changement, en plus d'identifier des indicateurs d'atteinte de chaque objectif, une valeur ajoutée à chaque objectif a été identifiée.



**CSSS de Gatineau : analyse du service de médecine et de l'unité de chirurgie (voir FS 9.1)**

Sur toutes les unités de médecine et de chirurgie (soit 9), le projet a été rendu nécessaire par la rupture de service. Il fallait absolument maintenir l'accessibilité pour remplir la vocation suprarégionale et continuer à prodiguer des soins de qualité avec des équipes en quantité suffisante. Pour diminuer le nombre d'infirmières requis, il fallait modifier le mode de distribution de soins.

**CSSS La Pommeraie : analyse d'une démarche globale de réorganisation dans tout le centre hospitalier (voir FS 16.1)**

À l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, la mobilisation des acteurs a été facilitée par la menace de rupture de service pouvant remettre en question la survie même du centre hospitalier.

**CSSS de Laval : analyse de deux unités de soins de médecine (voir FS 11.1)**

Avec le départ d'un nombre élevé d'infirmières, Cité de la Santé de Laval avait des difficultés majeures à répondre aux besoins croissants d'une clientèle de plus en plus lourde. Malgré le recours important aux heures supplémentaires, l'établissement connaissait régulièrement des bris de service. C'est dans ce contexte que la direction de Cité de la Santé de Laval souhaitait examiner différentes possibilités dans la réorganisation du travail du personnel infirmier, par exemple, le transfert possible d'activités à d'autres titres d'emplois, dans le respect des exigences professionnelles et de la qualité des soins et des services offerts à la clientèle. La démarche devait également prévoir la gestion des enjeux liés aux relations interpersonnelles.

**Centre hospitalier de St. Mary : maximisation des compétences infirmières à la salle d'accouchement (voir FS 2.1)**

Au Centre hospitalier de St. Mary, les problèmes et les besoins suivants ont justifié le projet de réorganisation :

- pénurie importante d'infirmières à la salle d'accouchement (retraites, manque de nouvelles recrues);
- épuisement professionnel (taux élevé de maladies à long terme, CSST);
- accroissement de la charge de travail;
- complexité des tâches;
- observation de plusieurs tâches accomplies par les infirmières n'étant pas spécifiquement des soins infirmiers;
- augmentation du volume des accouchements.

**Institut de Cardiologie de Montréal : réorganisation des soins et adaptation des rôles et des responsabilités à l'unité coronarienne et à l'unité de médecine (voir FS 21.1)**

Avant de démarrer son projet de réorganisation des soins et du travail à l'unité de médecine et à l'unité coronarienne, l'Institut de Cardiologie de Montréal a procédé au recrutement potentiel d'agents de changement (conseils professionnels, infirmières, syndicats) et à l'analyse des risques anticipés. Cette analyse a permis de mettre en lumière les éléments importants à considérer pour la mise en œuvre du projet, dont l'élaboration d'un plan de communication et l'intégration de ces influenceurs dans la structure du projet : équipe de gestion de projet, comité de pilotage, comité consultatif en relations de travail.

**Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal : analyse du service de l'approvisionnement (voir FS 19.1)**

Au service de l'approvisionnement de l'Hôpital du Sacré-Cœur, face à un contexte de pénurie de main-d'œuvre, de déficit budgétaire, de vétusté des systèmes d'entreposage et de problèmes reliés au réapprovisionnement, on constatait l'urgence d'optimiser la chaîne d'approvisionnement, de réduire les coûts, de minimiser le temps du personnel soignant dans le processus de réapprovisionnement afin de libérer du temps/soins, d'optimiser l'espace de rangement et d'entreposage sur les unités et au magasin ainsi que de réduire les inventaires.

Afin d'obtenir l'adhésion du personnel et des gestionnaires de l'établissement à l'impératif des changements majeurs qu'il entrevoyait, le chef du service a partagé sa vision en présentant un rapport d'analyse de la faisabilité, avec photos de la situation actuelle et de celle désirée. Une firme spécialisée a validé le projet et son réalisme, donnant ainsi de la valeur à la vision du chef, ce qui a été un facteur facilitant l'adhésion et l'appui au projet. Au terme du projet, les gains sont réels. On offre plus de service avec moins de 8,2 effectifs à temps complet sur 5 ans et on réalise une économie nette de 1 200 000 \$ sur 5 ans. Les gains de productivité sur 5 ans sont estimés à 1 442 000 \$. Il y a une amélioration de la disponibilité des fournitures et une réduction des inventaires de 20 %. Les unités de soins ciblées bénéficient d'un réaménagement optimal des fournitures. Le projet a créé une synergie au sein de l'équipe. On a valorisé les compétences et le professionnalisme des gens

**Hôpital Maisonneuve-Rosemont : analyse de l'unité d'urgence (voir FS 20.1)**

La pénurie de ressources infirmières a des impacts négatifs sur le centre hospitalier, qui développe une stratégie en cinq volets portant sur l'organisation du travail afin de réviser les outils de soins pour les infirmières. Les infirmières accomplissaient des heures supplémentaires quotidiennement pour rédiger les notes d'observation, les autres professionnels cherchaient continuellement l'information. Les heures supplémentaires ont eu un impact négatif sur le climat de travail occasionnant de la démotivation. Après un an, il y a eu une diminution des heures supplémentaires reliées aux notes d'observations et la création d'un outil de note interdisciplinaire.

**Institut de Cardiologie de Montréal : exercice Kaizen salle d'opération et approvisionnement (voir FS 21.2)**

Au bloc opératoire de l'ICM, le temps consacré à la gestion de l'approvisionnement a été évalué à 77 heures/semaine pour l'ensemble des intervenants. De plus, les ruptures fréquentes de stock, les multiples achats directs et l'encombrement des couloirs ont motivé l'équipe du projet Kaizen à l'atteinte d'objectifs clairs et partagés de rationalisation de la gestion du matériel, de la libération du personnel clinique de cette tâche, d'optimisation du temps, de l'espace et des déplacements. Le projet a permis des gains de 28,25 heures/semaine en gestion de l'approvisionnement par le personnel du bloc opératoire.

## 3.2 Phase II : construction d’alliances et validation de l’engagement des acteurs

La phase deux est constituée de deux volets.

### 3.2.1 Construire des alliances

Il s’avère pertinent d’inventorier l’ensemble des groupes et des individus qui sont ou seront ultérieurement engagés ou touchés par le changement. Pour chaque groupe, il est souhaitable de les informer, de les écouter et d’analyser l’ensemble des rétroactions. Au cours de l’investigation réseau, une majorité de répondants a fait ressortir l’importance du leadership des gestionnaires. Ce leadership est un levier mobilisateur pour le projet de transformation organisationnelle. Il s’avère crucial que les gestionnaires s’attribuent un rôle-clé d’agent de changement dans le projet.

### 3.2.2 S’assurer de l’engagement des différents acteurs

L’engagement se fait sur un continuum de temps. Force est de constater qu’un projet de changement réussira rarement à rallier l’ensemble des personnes concernées. Cependant, une masse critique d’adhérents de 20% des employés, pouvant aller à 40 %, au sein des établissements de santé permettra de soutenir le changement à ses débuts.

L’analyse des projets fait ressortir que les retombées positives que proposent les gestionnaires et les chargés de projet ne sont pas nécessairement comprises et acceptées par tous de la même façon et au même moment. Les gestionnaires et les employés qui seront au coeur de l’action et des changements doivent recevoir une assurance minimale de soutien, d’écoute ou de formation. Sans la participation des employés, il peut être difficile de mener à terme un projet de réorganisation du travail. La résistance au changement a des conséquences importantes sur le fonctionnement de l’organisation. Elle cause des retards considérables dans la réalisation du changement et peut même mener à son échec. Le changement nécessite de faire accepter le risque de perdre certains acquis, à savoir un changement de statut, son pouvoir, le devoir de partager des informations, etc. Face à cette situation, certains intervenants ne sont pas enclins à prendre le risque d’aller de l’avant vers un avenir incertain et peuvent développer des résistances de manière passive ou active. La résistance au changement a été perçue par certains gestionnaires comme une manifestation négative lors de la réalisation du changement. Or, le fait de percevoir la résistance comme une réaction légitime et fonctionnelle a permis à plusieurs de s’ajuster en cours de projet. Tenir compte de la résistance au changement durant le projet de réorganisation du travail permet de maximiser les chances de succès.

Voici quelques stratégies retrouvées au sein des projets pour gérer les résistances et les crises potentielles :

- communications fréquentes et bidirectionnelles entre tous les intervenants;
- formation des gestionnaires touchant la résolution des conflits, le leadership, le travail d’équipe et évidemment la gestion du changement;
- allègement des processus décisionnels, des politiques et des procédures favorisant la créativité et l’innovation;
- révision des stratégies de changement selon le besoin.

**Afin de s'assurer que la deuxième phase aura le succès escompté, vérifiez si les activités clés ont été couvertes au cours de cette première phase.**

**Questions-clés**

- Avons-nous documenté et analysé?
- Avons-nous communiqué l'information et validé par une rétroaction?
- Est-ce que les personnes adhèrent? Désirent-elles s'engager?
- Pourquoi, comment, quoi, avec quoi, où; quand et pourquoi mesurer et s'ajuster?
- Pourquoi, comment, quoi, avec quoi, où et quand prévoit-on évaluer?
- Avons-nous pensé célébrer les petits acquis à chaque phase et reconnaître le travail réalisé à chaque phase?



	<b>Éléments favorables</b>	<b>Difficultés potentielles</b>
Phase II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir un contrat d'engagement clair et si possible écrit et signé de l'ensemble des représentants impliqués.</li> <li>• Négocier les ressources humaines, matérielles et financières.</li> <li>• Rechercher le meilleur moment, une occasion pour proposer le changement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sous-estimer l'importance de l'appui de tous les acteurs, être vigilant : sont-ils favorables ou pas? et pour quelles raisons?</li> <li>• Ne pas impliquer le syndicat et les médecins.</li> <li>• Ne pas recueillir les résistances et les préoccupations des employés.</li> </ul>

**3.2.3 Exemples de projets investigués**

Voici les projets ayant été des exemples d'application de la phase II « Construction d'alliances et validation de l'engagement des acteurs ». L'utilisateur du guide est invité à consulter les différentes fiches synthèses représentant des projets de transformations organisationnelles.

**Construction d'alliances**

**Institut de Cardiologie de Montréal : la transformation de l'urgence (voir FS 21.3)**

Les leaders du projet ont travaillé à la construction des alliances et à la recherche de financement avant d'informer le personnel du projet. Cette approche visait à s'assurer de leur mobilisation et à ne pas les décevoir si le projet ne devait pas se réaliser, faute de moyens ou de volonté politique. Dès le financement accordé, on a rapidement formé des comités de travail. Une volonté politique ferme d'appuyer le projet était sans équivoque.

**Hôpital Charles LeMoine : analyse de l'unité de chirurgie (voir FS 17.2)**

Avant l'acceptation formelle des projets, des étapes préalables sont des réalités telles la rencontre des équipes et des directions concernées aux fins d'échange et de concertation, des discussions autour des projets avec les représentants des exécutifs syndicaux, la proposition d'un plan intégré à la direction aux

fins d'approbation, l'élaboration d'un plan triennal, etc. La réalisation de ces étapes, bien qu'elle nécessite temps et énergie, favorise la concertation entre les acteurs. Il est alors davantage possible de parler de projets organisationnels et d'obtenir l'appui des partenaires à la réalisation des projets.

### **Validation de l'engagement des acteurs**

#### **Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal : analyse du service de l'approvisionnement (voir FS 19.1)**

Afin d'obtenir l'adhésion des différents acteurs et de construire les alliances requises à la mise en œuvre du projet, le chef de service leur a présenté l'étude de faisabilité. Ce fut également une stratégie gagnante pour obtenir leur appui au projet.

#### **CHUQ : analyse du service d'hygiène – salubrité (voir FS 4.2)**

La démarche VIP 3 présentée et expliquée aux équipes concernées a reçu leur adhésion. La démarche VIP 3 est une « démarche, **V**olontaire, qui vise l'amélioration des conditions d'exercice du travail, **I**ntégrée aux activités régulières de l'équipe, elle est **P**réventive, avant tout, **P**articipative et concerne les **P**ersonnes de l'équipe ». La transparence, l'honnêteté, une démarche positive et réaliste sont les éléments majeurs qui ont favorisé l'adhésion du personnel. De plus, une particularité de cette démarche est qu'on allait miser, en tout premier lieu, sur les forces des équipes et sur leurs idées d'amélioration. Cette stratégie s'est avérée gagnante.

#### **CSSS La Pommeraie : analyse d'une démarche globale de réorganisation dans tout le centre hospitalier (voir FS 16.1)**

Afin de mobiliser ses principaux acteurs autour du projet de réorganisation, un « Lac à l'épaule » a été organisé avec les cadres qui seront associés au projet. C'est une stratégie intéressante qui a permis de partager les problématiques, les objectifs, le plan d'action, les rôles attendus (valeurs, principes, responsabilités) et de s'assurer de l'adhésion au projet. L'appui de la direction générale, du conseil d'administration, du comité de direction, du CCDG, du comité des cadres a permis que le projet devienne une démarche d'organisation.

Une autre démarche intéressante a été la tenue d'une consultation publique tenue 2 samedis consécutifs et qui a permis de rencontrer plus de 54 employés. Cette consultation a permis de valider la collecte de données, de rassurer les employés en lien avec d'éventuelles coupures, de démystifier le projet et de faire participer les employés aux solutions de rechange. Étant donné que, dans tous les projets, il y a des périodes difficiles où des doutes sur la réussite du projet peuvent naître, il devient important d'intéresser et de mobiliser le plus d'acteurs possible. Cette stratégie a également permis de donner du pouvoir aux employés et de s'assurer ainsi des résultats concrets.

#### **CSSS de Laval : analyse de deux unités de soins de médecine (voir FS 11.1)**

Afin de déterminer les conditions de succès du projet, on a évalué sa faisabilité et son application dans les deux unités de médecine. Une fois l'adhésion de l'équipe de gestion et des infirmières-chefs concernées obtenue, il était primordial d'obtenir celle du personnel. En les consultant directement, le personnel a donné un accord unanime à un processus de réorganisation du travail et des soins. Le personnel reconnaissait le besoin de trouver à l'intérieur de leurs équipes de travail des solutions stables à la pénurie d'infirmières. Le projet a suscité de la motivation et des discussions entre les différentes appellations d'emploi et les trois quarts de travail.

### 3.3 Phase III : conception et planification du projet

La phase trois est constituée de quatre volets.

#### 3.3.1 Structurer le projet et créer les équipes de projet

La phase de planification est une étape essentielle de la gestion du changement puisqu'elle aura des répercussions sur l'ensemble des résultats du projet. Dès ce premier volet, il est important de structurer le projet par l'élaboration d'un mandat clair, l'identification des rôles et des fonctions de chacun et par la mise en place d'un échéancier réaliste. Puis, les établissements s'assurent de créer des équipes de projets.

Pour cette création des équipes de travail, l'expérience de monsieur Gilles Le Beau, responsable des projets au CHUQ, a permis de dégager certains paramètres en lien avec les équipes de projets. Il s'agit de clarifier les trois types de niveaux au sein des différentes équipes de projet : le niveau stratégique, le niveau tactique et le niveau opérationnel.

Au niveau stratégique (cible la vision), les différentes activités sont orientées à long terme (quatre ans et plus) en tenant compte des facteurs externes et internes de l'établissement. Les grands enjeux sont discutés de manière générale. À cette occasion, les plans d'action sont développés de manière transversale autour des grands axes de changement, soit : le leadership, les politiques, les plans de communication, la culture, etc., et ce, à tous les niveaux de l'établissement.

Au point de vue tactique (cible l'alignement), les différents plans d'action sont orientés vers le moyen terme (un à deux ans). Un diagnostic organisationnel nous permet d'analyser l'écart entre la situation actuelle et la situation visée. À partir de cette analyse, des objectifs sont formulés afin de développer la méthode organisationnelle la plus adéquate. À ce moment, un comité ou une équipe de pilotage est mis en place accompagné d'un chargé de projet pour exécuter les différentes stratégies développées par le niveau stratégique, traitant notamment des objectifs, des facteurs critiques de succès, des indicateurs, etc.

Au niveau opérationnel (cible la réalisation) se situent les activités quotidiennes se déroulant sur une période de quelques semaines à quelques mois.

Le chargé de projet identifié par le groupe du niveau tactique sera recruté pour son expérience, sa compétence et ses habiletés en animation de groupe ainsi que par son style de gestion participative.

Le chargé de projet exerce une influence importante sur les équipes de projet et est reconnu comme un partenaire pour les gestionnaires des unités ou des services ciblés. Afin d'assurer un processus autoportant et une pérennité au projet, le chargé de projet aura avantage à travailler en équipe dans la préparation et la mise en œuvre du projet de transformation. À cet effet, les membres de la direction de l'établissement l'accompagneront dans le projet et apporteront un soutien aux équipes.

Voici quelques rôles et tâches du chargé de projet que nous avons identifiés au sein de l'investigation réseau :

- évaluer les impacts du changement;
- agir à titre d'agent de liaison avec des alliés et d'autres collègues à la cause commune du changement;
- intervenir à titre de médiateur dans la résolution de conflits;
- accompagner les équipes en évaluant les préoccupations des employés;
- mobiliser les intervenants en fixant des objectifs à court terme et atteignables, en mesurant les résultats et en reconnaissant les efforts fournis;

- communiquer en assurant la cohérence entre le discours et l'action;
- distribuer les ressources humaines, matérielles et financières selon les besoins du projet et selon leur disponibilité dans l'établissement.

Lors des entrevues auprès des gestionnaires et des chargés de projet de l'investigation réseau, la libération du chargé de projet est ressortie comme une condition très facilitante et importante à mettre en place pour la réussite ainsi qu'une rétroaction constante sur le projet.

### 3.3.2 Élaboration du plan de travail et du plan de communication

Lors de ce deuxième volet, les objectifs, la méthode, les outils et les indicateurs sont identifiés. Cette étape est importante puisqu'elle permettra de soutenir la réalisation du projet et prépare la phase cinq qui vise l'évaluation continue du projet. Selon les objectifs poursuivis, les choix des méthodes et l'élaboration d'un cadre logique de projet, il se peut qu'une mesure d'évaluation avant le début du projet soit nécessaire étant donné l'absence d'indicateurs ou d'outils au sein de l'organisation qui pourraient mesurer un aspect particulier du projet. Pour ce qui est du plan de communication, on renvoie à la capacité de transmettre différents types de messages de façon structurée et démocratique afin qu'ils soient bien compris et acceptés par les différents intervenants. Il est important que les messages que les autres acteurs formulent y répondent adéquatement. Il est essentiel que les messages soient cohérents, clairs et maintes fois répétés. S'il existe une règle de communication, c'est bien celle-ci : quand vous n'en pouvez plus de répéter les mêmes propos, c'est alors que votre message commence à passer. Il est crucial que les gestionnaires développent des outils afin de favoriser une communication au sein de l'organisation. Ce type de communication nécessite de constituer un véritable système qui permet de capter les attentes des différents groupes d'acteurs afin de pouvoir diffuser les bons messages au moment opportun (ex. : journal ou affiche interne spéciale pour le projet).

### 3.3.3 Collecter les données nécessaires au projet

La collecte de données se caractérise notamment par la collecte des éléments suivants : inventaire des tâches, analyse de documents, rapports, étude des temps et des mouvements, étude de satisfaction, d'évaluation de la qualité des soins, des indicateurs disponibles, identification des contraintes et des stressés, etc.

### 3.3.4 Mettre en évidence l'écart entre la situation actuelle et la situation désirée à partir de l'analyse des données

Parfois en cours de projet, certains établissements s'aperçoivent qu'il y a un écart entre la situation actuelle et la situation désirée. Lorsque la collecte des données a été élaborée correctement, il est possible d'évaluer les écarts à combler. À ce moment, il y a donc des réajustements possibles quant aux objectifs, aux impacts, aux gains, aux modalités d'évaluation, etc.

**Afin de vous assurer que la troisième phase aura tout le succès escompté, vérifiez si les activités clés ont été couvertes au cours de cette première phase.**

#### Questions-clés

- Avons-nous documenté et analysé?
- Avons-nous communiqué l'information et validé par une rétroaction?
- Est-ce que les personnes adhèrent? Désirent-elles s'engager?
- Pourquoi, comment, quoi, avec quoi, où; quand et pourquoi mesurer et s'ajuster?
- Pourquoi, comment, quoi, avec quoi, où et quand prévoit-on évaluer?
- Avons-nous pensé célébrer les petits acquis à chaque phase et reconnaître le travail réalisé à chaque phase?





	Éléments favorables	Difficultés potentielles
Phase III	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir une équipe de pilotage crédible.</li> <li>• Solliciter la participation de l'ensemble du personnel touché par le projet.</li> <li>• Élaborer un plan d'action exhaustif, réaliste, prévoir les outils et les indicateurs de résultats.</li> <li>• Clarifier les rôles et les attentes de chacun.</li> <li>• Élaborer un plan de communication de type bi-directionnel.</li> <li>• S'assurer d'écouter les résistants au changement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas dégager ou alléger les tâches des responsables du projet.</li> <li>• Faire reposer tout le projet sur une seule personne.</li> <li>• Sous-estimer l'importance de mesurer la transformation par l'identification d'indicateurs de processus et de résultats.</li> <li>• Sous-estimer la logistique humaine et informatique pour la collecte des indicateurs.</li> <li>• Sous-utiliser les outils pour développer la communication au sein de l'organisation</li> </ul>

### 3.3.5 Exemples de projets investigués

Voici les projets ayant été des exemples d'application de la phase III « Conception et planification du projet ». L'utilisateur du guide est invité à consulter les différentes fiches synthèses représentant des projets de transformations organisationnelles.

#### Conception et planification du projet

##### CSSS de Gatineau : analyse du service de médecine et de l'unité de chirurgie (voir FS 9.1)

Au Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais, le changement a été introduit à l'ensemble de l'unité. (Il n'a pas été improvisé). La phase de planification a duré près d'un an avant l'introduction du nouveau mode de distribution de soins. Les activités préparatoires ont été notamment de penser au nouveau mode de distribution de soins. Un recensement des activités de soins fut réalisé (qui fait quoi?). Vu l'ampleur du changement, le centre hospitalier a alloué un budget pour cette étape.

Un comité de pilotage fut constitué afin de valider le mode de distribution de soins et former les cadres. Un chargé de projet a été embauché et une structure de gestion de projet a été mise en place comprenant entre autres un plan d'action structuré; un mode adapté aux soins; une formation des acteurs; le début du projet sur les unités où il y avait moins de résistances. Le centre hospitalier tenait à tout prévoir avant d'implanter le programme.

##### Institut de Cardiologie de Montréal : exercice Kaizen à la salle d'opération et d'approvisionnement (voir FS 21.2)

Au bloc opératoire de l'Institut de Cardiologie de Montréal, l'analyse des bons coups de l'étape de conception et de planification fait ressortir des éléments tels :

- la volonté de travailler avec un consultant qui est une personne non clinique, et donc neutre, qui agit à titre de guide du processus avec de l'ouverture d'esprit;
- le succès obtenu par l'approche Kaizen dans une unité de chirurgie et les présentations des résultats au personnel ont réellement favorisé l'adhésion du personnel au projet;



- un mandat clair précisant l'intervention, sa portée et ses limites et négocié dès l'étape de conception du projet est une étape incontournable pour le succès de la démarche;
- le choix des membres de l'équipe a été basé sur des critères d'expertise et de complémentarité;
- la création des alliances durant cette phase est essentielle à la mise en œuvre du projet. En ce sens, des rencontres d'information et de partage ont été tenues régulièrement avec les acteurs concernés.

### **Hôpital Charles LeMoine : analyse de l'unité de chirurgie (voir FS 17.2)**

Libération d'une équipe constituée de soignants (différents titres d'emploi représentés), du chef d'unité, d'un représentant syndical et de la coordonnatrice en développement organisationnel. Formation de l'équipe sur les dimensions de l'environnement psychosocial du travail qui expliquent la majorité des problèmes liés à la détresse psychologique et planification de la démarche qui sera participative, systématique (cinq étapes) et systémique.

### **Plans de travail et de communication**

#### **CUSM : projet de soins holistiques à l'urgence – Hôpital général de Montréal (voir FS 5.2)**

Un des bons coups a été d'avoir un plan de communication efficace et d'avoir impliqué les médecins. Formation d'agents de changement (modèle de rôle) au sein de l'équipe.

#### **CSSS La Pommeraie – analyse d'une démarche globale de réorganisation dans tout le centre hospitalier (voir FS 16.1)**

Un des bons coups a été de respecter le rythme de chacun, ce qui permet de consolider les changements effectués. Une approche participative et respectueuse (tant des individus que des vécus différents des unités de soins) qui engage les différentes instances est une stratégie gagnante bien qu'elle prenne plus de temps.

### **Collecte des données**

#### **CHSLD St-Brigid's Home : analyse de l'unité prothétique (voir FS 7.1)**

L'équipe de St-Brigid's Home a utilisé un questionnaire avant le début du projet afin de mesurer les dimensions visées par le projet d'organisation des soins et du travail. Cette mesure, avant le début du projet et à la fin de celui-ci, a permis de comparer les résultats pré et postintervention et de mesurer ainsi les effets des plans d'actions mis en place sur la santé du personnel soignant et l'environnement psychosocial du travail.

#### **Centre hospitalier de St. Mary : maximisation des compétences infirmières à la salle d'accouchement (voir FS 2.1)**

L'équipe du Centre hospitalier de St. Mary a procédé à une revue de la littérature afin d'identifier les outils potentiels et la méthodologie à utiliser (étude des temps et des mouvements). On a adapté un fichier Excel pour permettre la collecte de données et procéder au choix d'un ordinateur de poche pour mesurer le temps. La liste des activités en salle d'accouchement a été faite et les activités ont été découpées en étapes. La liste a été validée et réactualisée avant l'expérimentation. En préexpérimentation, une observation a été faite par les trois observatrices afin de se familiariser avec l'outil, de standardiser son utilisation et de s'assurer du même niveau de compréhension.

### 3.4 Phase IV : réalisation, soit l'implantation du projet de transformation organisationnelle

La phase quatre est constituée d'un seul volet : mise en œuvre du projet.

#### 3.4.1 Mise en œuvre du projet

Il s'avère essentiel d'appuyer et de soutenir le personnel lors de cette phase. Des réajustements sont possibles et il est crucial de suivre et de poursuivre le projet dans le temps. L'efficacité de l'implantation d'un changement organisationnel dépend de « l'arrimage » de toutes les équipes de travail. Or, s'il n'y a pas de mécanismes mobilisateurs, les habiletés de tous ne seront pas mises à contribution et l'intérêt va diminuer devant le manque de renforcement. La consolidation du changement permet de maintenir et de renforcer le « nouveau ». Afin d'aider le personnel à réellement abandonner les anciennes manières de faire, il faut prévoir renforcer les nouvelles normes établies.

Voici des suggestions des gestionnaires et des responsables de projets :

- viser une grande cohérence, soit être précis dans le message et être cohérent dans l'action;
- identifier les besoins de formation le plus rapidement possible lors de la démarche, tenter de former avant, pendant et après le changement organisationnel;
- favoriser les petites victoires qui ramènent le succès à une dimension plus humaine et donnent le goût de continuer, c'est une démarche composée de nombreux petits pas;
- concrétiser la transformation par une fête, une activité particulière ou un symbole représentatif. Non pas que la fête ou le symbole assure le succès du changement, mais ils sont mobilisateurs lorsqu'ils sont utilisés au bon moment. La reconnaissance est une activité appréciée, lorsqu'elle est authentique. Célébrer le succès en profitant de tous les moments de rassemblement pour signaler les avantages d'avoir enclenché le changement. Si nous ne trouvons aucun intérêt à célébrer, c'est que nous n'avons pas encore réalisé nos objectifs.

Il est parfois difficile pour les employés de croire et de s'engager dans un projet sans savoir à quoi l'organisation va ressembler, suite au changement. Ainsi, malgré la charge de travail élevée qu'on retrouve dans les établissements de santé et de services sociaux, il faut s'assurer d'investir temps et énergie auprès des employés.

**Afin de vous assurer que la quatrième phase aura tout le succès escompté, vérifiez si les activités clés ont été couvertes au cours de cette première phase.**

#### Questions-clés

- Avons-nous documenté et analysé?
- Avons-nous communiqué l'information et validé par une rétroaction?
- Est-ce que les personnes adhèrent? Désirent-elles s'engager?
- Pourquoi, comment, quoi, avec quoi, où; quand et pourquoi mesurer et s'ajuster?
- Pourquoi, comment, quoi, avec quoi, où et quand prévoit-on évaluer?
- Avons-nous pensé célébrer les petits acquis à chaque phase et reconnaître le travail réalisé à chaque phase?



	Éléments favorables	Difficultés potentielles
Phase IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former et accompagner le personnel.</li> <li>• Permettre des lieux de paroles.</li> <li>• Mesurer les effets de la transformation et diffuser les résultats.</li> <li>• Communiquer fréquemment.</li> <li>• Réaliser des activités de soutien.</li> <li>• Développer une formation adaptée et accessible à tous les acteurs en vue de susciter leur mobilisation.</li> <li>• Élaborer des séances de résolutions de problèmes.</li> <li>• Miser sur les petits succès.</li> <li>• Faire connaître les résultats positifs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas envisager que le changement nécessite plus de temps, de formation et d'accompagnement que prévu.</li> <li>• Procéder à trop de changements à la fois.</li> <li>• Sous-estimer la tension sous-tendant l'implantation d'un changement.</li> <li>• Recourir à l'autorité peut provoquer davantage les résistants.</li> </ul>

### 3.4.2 Exemples de projets investigués

Voici les projets ayant été des exemples d'application de la phase IV « Réalisation du projet ». L'utilisateur du guide est invité à consulter les différentes fiches synthèses représentant des projets de transformations organisationnelles.

#### Réalisation : l'implantation du projet de transformation organisationnelle

##### CSSS de Québec-Nord : projet CLSC du Futur en soutien à domicile (voir FS 12.1)

La gestion rapide des problèmes et des irritants, le partage des bons coups, une formation et un soutien adéquat des intervenants sont apparus comme étant des éléments des plus importants et que nous avons tendance à sous-estimer dans de tels projets de réorganisation. Des balises claires ou des limites n'avaient pas été données initialement aux intervenants du premier groupe de déploiement, ce qui a dû être fait ultérieurement en offrant de nombreuses explications. Les intervenants proposaient de nombreux changements aux outils à informatiser, ce qui aurait ralenti considérablement le déploiement.

Parmi les bons coups, notons la formation intensive des intervenants qui fut « doublée » pendant les six premiers mois afin de s'assurer que le même niveau de services était offert à la population. Notons également le soutien aux intervenants sous forme de tutorat. Par contre, il s'est avéré nécessaire d'améliorer la cohésion entre le tuteur et le chargé de projet afin que les décisions se fassent de façon concertée selon un processus clair. Notons aussi la présence d'intervenants dans tous les comités de travail, ce qui a amélioré le niveau de confiance.

Les ressources consacrées à l'encadrement et à l'accompagnement furent importantes. Elles représentaient le tiers de l'accord de contribution du Centre de santé Orléans. Cela a permis de réaliser un travail intensif sur le niveau d'acceptabilité des nouveaux modes de gestion et des nouveaux processus de travail dans un contexte où le facteur temps était une contrainte importante. En évitant de sous-estimer la complexité et la somme des changements demandés, le Centre de santé Orléans a grandement amélioré ses chances de

succès. Il s'est avéré important de revenir régulièrement sur les objectifs du projet, de prendre du temps pour faire des retours sur les acquis ou les difficultés, de revoir, de réinventer, d'adapter les outils de gestion du plan de services et du dossier clinique.

### **CHUQ : analyse du service d'hygiène – salubrité (voir FS 4.2)**

Une particularité dans la mise en œuvre du projet de changement au service d'hygiène et de salubrité du CHUQ est l'attention préalable portée aux conditions de réalisation. Les gestionnaires ont tenu un « Lac à l'Épaule » spécifiquement pour les identifier. On a ainsi pu s'entendre sur une façon commune de mettre en œuvre les changements. Par la suite, le plan d'action, divisé par thèmes, a été présenté au personnel. Il était plus facile d'obtenir leur engagement, car déjà la vision était claire pour les gestionnaires.

### **CHA Hôtel-Dieu de Lévis : analyse de l'unité de médecine (voir FS 6.1)**

Des comités ad hoc ont été mis en place afin d'effectuer les ajustements vs les irritants et les difficultés intraservices et interservices tout au long de la phase d'implantation. Ceci a grandement favorisé le développement d'une certaine autogestion de l'unité de soins par le personnel qui y œuvre. Durant les deux premières semaines de l'implantation, les AIC ont été libérées afin de mieux supporter l'équipe. De l'observation a été faite par la DSI, la chargée de projet, le chef d'unité et une collègue d'une autre unité où un projet de réorganisation est prévu.

### **Institut de Cardiologie de Montréal : la transformation de l'urgence (voir FS 21.3)**

Le déménagement temporaire de l'urgence pour la réalisation des travaux de réorganisation physique a permis l'essai d'une nouvelle organisation du travail. Le personnel a compris que les changements pouvaient se réaliser; il a pu croire aux réalisations et se les approprier. Les gestionnaires ont permis l'essai-erreur et encouragé le personnel durant les trois semaines de travaux intensifs. Par la suite, ils ont organisé une fête pour le personnel de l'urgence et le personnel de soutien ayant contribué à la réalisation des travaux.

## 3.5 Phase V : évaluation et suivi continu

La phase cinq est constituée de deux volets.

### 3.5.1 Évaluation du projet d'organisation

Lors des projets de transformations organisationnelles, les gestionnaires ont fixé des objectifs, ont surveillé les progrès, se sont assurés des retours d'informations tout au long de la période de réorganisation. Il devient tout aussi important d'en mesurer les effets, les résultats. Mesurer suppose de définir les principaux indicateurs, les enregistrer et les communiquer aux personnes concernées. Les gestionnaires et les responsables de projets des établissements de santé, comme la navette spatiale, n'ont pas une grande marge d'erreur. Dans un environnement complexe et en perpétuel changement, le défi du choix des « bons » indicateurs, **c'est la quête du possible, soit du réalisable, en fonction du souhaitable dans un contexte donné!**

Ce premier volet consiste donc à décrire les effets et les impacts de la transformation. À partir du cadre logique (plan de travail) développé à la phase III (planification/conception), des outils et des indicateurs ont été choisis afin d'évaluer l'atteinte des objectifs visés et des résultats attendus. À la phase V (évaluation/suivi), des indicateurs (ex : absentéisme, nombre de visites) peuvent être collectés de façon rétrospective afin de suivre leur évolution tout au long du projet, ainsi que des outils (ex : questionnaire sur le climat organisationnel, indice de satisfaction) qui peuvent être utilisés en début de projet et à la fin de celui-ci afin de comparer les résultats avant et après la transformation. Il est à noter que cette phase peut s'avérer difficile si des indicateurs ou des outils de mesure n'ont pas été identifiés au préalable, à la phase III, et que vous n'avez pas de mesures avant le début de la transformation. Si c'est le cas, vous pouvez évaluer les effets et les impacts de votre projet de transformation par des indicateurs (mesure rétrospective) ou des entrevues individuelles ou de groupes de discussion auprès du personnel concerné par le projet afin de collecter des informations quant aux effets du projet. Enfin, selon les objectifs poursuivis, des changements et des résultats visés peuvent s'actualiser six mois, un an ou trois ans après le début du projet (ex. : un changement de routine ou de processus vs un changement de culture), d'où l'importance du suivi (plusieurs mesures d'évaluation). Il reste comme mesure de précaution pour l'équipe d'évaluation de faire attention à ne pas confondre l'indicateur au phénomène étudié. L'indicateur demeure une indication et non pas une assurance que l'objectif est atteint; il faut continuer à se poser des questions sur les processus, est-ce que l'on a pris les bons moyens pour atteindre les objectifs visés. **Lorsqu'un indicateur devient un point de référence, donc un objectif ou une norme, il tend à perdre de sa validité à titre d'indicateur des phénomènes ou des réalités qu'il devrait aider à apprécier** (Saucier et Brunelle, 1995, p. 25). Cette mise en garde est importante, car une infirmière-chef racontait avoir découvert que son personnel déclarait rarement leurs erreurs de médicaments. En leur expliquant et en suscitant leur confiance en cet indicateur important pour mesurer la qualité des soins, voilà que l'année suivante, le taux d'erreurs monte en flèche. Or, la qualité s'était-elle détériorée à ce point? Il devient pertinent de se rappeler que certaines conditions sont essentielles pour définir, recueillir, analyser et mesurer les indicateurs. Il faut se rappeler que les qualités d'un indicateur sont largement tributaires de la qualité des données et de l'analyse que l'on en fera par la suite.

### 3.5.2 Effectuer le suivi continu

À la suite des résultats obtenus, il se peut que ces derniers correspondent ou pas aux résultats attendus par la mise en place de la transformation et que des modifications soient apportées au cadre logique du projet. Conformément à la figure 2 de la démarche optimale, une équipe de gestion qui réalise la phase V peut retourner à la phase III afin d'ajuster les objectifs ou à la phase II afin de consolider une alliance,

selon l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus. Par ailleurs, les résultats peuvent corroborer ceux attendus, et ainsi, l'équipe de gestion peut mettre en place des structures qui permettront de maintenir ces résultats, de transférer la démarche implantée auprès des différentes équipes au sein de l'organisation, et enfin, d'identifier de nouveaux objectifs à réaliser dans le cadre d'une amélioration continue.

Une fois parvenu à l'étape d'amélioration continue, le leader de cette phase aura à assurer la formation continue, le renforcement, l'évaluation des employés et l'évaluation en continu du projet de transformation. Le projet est porteur de connaissances et il est important de le diffuser, de reconnaître et de remercier les acteurs mis à contribution. La communication continue joue un rôle primordial à cette phase. Elle permet notamment de s'assurer que le projet est bien connu au sein de l'établissement. Afin de savoir si le projet est intégré chez les intervenants, il faut s'assurer que les personnes en charge de l'opérationnalisation du projet (niveau opérationnel) s'approprient le processus et deviennent autonomes. Évidemment, il est aisé de comprendre qu'un projet risque de bien fonctionner lorsqu'une cohorte de consultants est présente pour assurer le suivi. Or, ce n'est pas la situation dans la majorité des établissements aux prises avec des moyens limités, voire absents. Il faut donc prévoir que les chargés de projet ne sont pas toujours disponibles à la fin de la transformation. Subséquemment, ceux-ci doivent s'assurer de former les futurs intervenants en leur transférant leurs savoir-faire et leur savoir-être nécessaires à la poursuite du projet, et ce, au cours de toutes les phases de la démarche de transformation organisationnelle. L'organisation apprenante prend ainsi vie à ce moment!

**Afin de vous assurer que la cinquième phase aura tout le succès escompté, vérifiez si les activités clés ont été couvertes au cours de cette cinquième phase.**

**Questions-clés**

- Avons-nous documenté et analysé?
- Avons-nous communiqué l'information et validé par une rétroaction?
- Est-ce que les personnes adhèrent? Désirent-elles s'engager?
- Pourquoi, comment, quoi, avec quoi, où; quand et pourquoi mesurer et s'ajuster?
- Pourquoi, comment, quoi, avec quoi, où et quand prévoit-on évaluer?
- Avons-nous pensé célébrer les petits acquis à chaque phase et reconnaître le travail réalisé à chaque phase?



	<b>Éléments favorables</b>	<b>Difficultés potentielles</b>
Phase V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir de la rétroaction et de la reconnaissance aux équipes participantes.</li> <li>• Prévoir un programme d'amélioration continue et identifier des responsables pour l'actualiser.</li> <li>• Faire connaître aux employés les résultats positifs.</li> <li>• Identifier des mesures d'évaluation à la phase III, la conception du projet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oublier de remercier et de reconnaître le personnel.</li> <li>• Ne pas avoir prévu une mesure avant le début du projet afin d'évaluer les effets et les impacts (phase III).</li> <li>• Ne pas prévoir le transfert de la réussite et des apprentissages.</li> <li>• Oublier l'importance de la fête!</li> </ul>

### 3.5.3 Exemples de projets investigués

Voici les projets ayant été des exemples d'application de la phase V « Évaluation et suivi continu ». L'utilisateur du guide est invité à consulter les différentes fiches représentant des projets de transformations organisationnelles.

#### Évaluation et suivi continu

##### **Centre hospitalier Robert-Giffard : analyse de l'implantation du suivi systématique de la clientèle (voir FS 3.1)**

Au CH Robert-Giffard, on a supporté l'implantation du SSC dans certaines ressources externes. En outre, l'équipe de direction s'est assurée de la disponibilité de la chargée de projet afin que celle-ci puisse supporter le projet de SSC initié dans les différents points de service du CHSP dans la communauté. De plus, l'intérêt pour le SSC a été maintenu dans l'établissement. L'équipe de direction a présenté l'expérience du SSC auprès de la clientèle de l'unité ciblée dans le cadre des conférences multidisciplinaires de l'enseignement clinique universitaire. Des équipes de cercles de qualité ont été créées pour le maintien de la continuité, de l'implication et du rendement dans l'établissement. Finalement, des rencontres ont été effectuées avec les divers responsables du projet pour le bilan, l'évaluation et la révision d'outils.

##### **Centre hospitalier de l'Université de Montréal : analyse du centre des grands brûlés (voir FS 1.1)**

Au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, des rencontres avec le groupe de travail (1/2 journée) ont été effectuées. En outre, on a mis en relief le bilan des réalisations afin d'assurer le suivi des actions en cours. La mobilisation a été maintenue après la mise en oeuvre du projet. Une appréciation subjective de l'équipe de travail fut réalisée afin de connaître leur degré de satisfaction. L'environnement de travail est passé progressivement en mode solution. La chargée de projet a annoncé la fin du projet et le passage au mode d'amélioration continue de la qualité. L'infirmière-chef a poursuivi les rencontres avec le comité médico-nursing pour assurer le partenariat avec les volets chirurgicaux, médicaux et des soins infirmiers dans le fonctionnement de l'unité. Un comité interdisciplinaire a été mis en place pour s'assurer de l'amélioration continue et de la préparation de la visite d'agrément. De plus, l'équipe de direction a saisi l'opportunité pour exprimer sa reconnaissance envers les employés.

##### **CSSS Haut-Richelieu/Rouville : optimisation des soins et du travail – pour un milieu de vie de qualité (voir FS 15.2)**

La phase de suivi se concrétise par la consolidation des changements et par des rencontres avec le personnel. Les rencontres traitent notamment de la clarification des rôles, des réajustements des plans de travail, du support aux infirmières de nuit, de l'ajustement des ressources en fonction des besoins variables de la clientèle afin d'assurer la continuité du projet.

En ce qui a trait à la révision des processus, l'organisation du travail et l'orientation du milieu de vie ont été consolidées. En outre, la qualité des soins et des services fut améliorée.

De manière plus précise, le changement a eu un effet d'entraînement. Les stagiaires ont été rencontrés pour leur expliquer les nouvelles orientations et l'équipe de travail a préparé la relève. La nouvelle approche devient la norme et de nouvelles activités ont été mises sur pied pour favoriser l'amélioration continue et développer l'intérêt pour la clientèle.

Par contre, la principale difficulté survient lorsque les chefs s'absentent, le personnel ayant tendance à retourner à ses anciennes habitudes de travail.

### **CSSS de Gatineau : analyse du service de médecine et de l'unité de chirurgie (voir FS 9.1)**

Des rencontres ont été réalisées à trois niveaux : avec les équipes, les unités de soins et le comité de pilotage.

Le chargé de projet ainsi que les chefs de programmes ont effectué des rencontres postimplantation avec chaque équipe afin de recueillir auprès des employés leurs impressions par rapport au changement. Ainsi, les irritants ont été recueillis, nécessitant des démarches auprès des autres services.

Des rencontres ont été réalisées pour faire le bilan de l'implantation du nouveau mode de soins sur les unités de soins.

À l'automne 2004, le comité de pilotage a été rencontré afin de faire circuler l'information et de planifier l'implantation en chirurgie.

La principale difficulté rencontrée s'est traduite par le retrait trop rapide de la présence de la chargée de projet aux unités de soins qui ont implanté des changements, soit après sept jours.

### **CSSS de Québec-Nord : projet CLSC du Futur en soutien à domicile (voir FS 12.1)**

Le Centre de santé Orléans a adopté un fonctionnement par étapes, en s'assurant à chacune d'elles de la solidité des acquis des intervenants concernés et du cheminement adéquat entrepris par le reste du service de soutien à domicile. Ainsi, l'ensemble des services de soutien à domicile a cheminé dans le même sens que ceux inclus dans le projet d'ensemble, en préparation à l'implantation du support informatique. Il était important ici de ne pas créer d'écart entre ce qui se concrétisait dans le projet et le devenir des autres secteurs de soutien à domicile. En agissant ainsi, le Centre de santé Orléans s'assurait que le projet était un projet d'organisation global et non seulement celui d'une équipe.

La vitesse de croisière qui a été atteinte a créé une pression sur les intervenants, ce qui a suscité, malgré la motivation, des malaises liés à la dispensation des services à la clientèle. Des rencontres de « débriefing » ont dû être mises en place.

Un tel projet modifie les valeurs, les pratiques, les modes de gestion et l'utilisation des nouvelles technologies, mais il est également porteur d'enseignement. La refonte des processus de travail n'a pas été seulement interne au Centre de santé Orléans, mais a eu un impact sur les autres organisations concernées par le continuum de services sur le territoire.



### 3.6 Constats

Dans le cadre de cette investigation réseau, les gestionnaires et les responsables de projets ont exprimé avoir rencontré de nombreuses difficultés lors de la mesure des effets, des résultats. En tout premier lieu, peu de projets avait établi des mesures avant de procéder aux transformations. En fait, l'étape de planification prévoyait de nombreux objectifs, d'ailleurs fort ambitieux et difficiles à circonscrire, traduits par des concepts, et difficiles à opérationnaliser à l'aide d'indicateurs par la suite. Les changements apportés touchaient un grand nombre de processus et d'intervenants. Ceci accentuait la complexité de l'évaluation qui nécessitait d'identifier dans un premier temps les phénomènes, les concepts, et dans un deuxième temps, le fait de leur attribuer des indicateurs. Voici quelques-uns des problèmes rencontrés :

- le problème d'accessibilité aux bases de données;
- les systèmes informatiques peu performants;
- le manque des ressources humaines compétentes pour ce type d'évaluation de grandes transformations;
- le manque de ressources matérielles et financières liées aux systèmes informatiques;
- le manque de liens entre les équipes d'interventions et les intervenants concernés par l'évaluation;
- le temps nécessaire pour l'implantation des changements;
- la pression de mesurer trop rapidement des effets;
- les mesures imposées par le Ministère qui ne reflétaient pas toujours la réalité des particularités de chacun;
- la complexité du recueil des données;
- le manque d'instruments valides et fiables;
- le manque de complicité et de réseautage interorganisationnel (le Ministère, les associations, les établissements de santé, les équipes d'évaluation, etc.).

En résumé, lors de l'investigation réseau, tous s'entendent sur l'importance d'évaluer les objectifs visés par les transformations organisationnelles. Il reste à trouver une méthodologie optimale qui impliquera les experts de la mesure et de l'évaluation, les experts des transformations et des meilleures pratiques en gestion et les utilisateurs concernés afin d'identifier et maîtriser (1) les concepts; (2) les indicateurs inclus dans les concepts; (3) les formules de calcul; (4) les instruments et outils de recueil des données; (5) l'analyse et l'interprétation des résultats.

Un exercice de réflexion préalable est souhaitable, car des valeurs doivent guider le travail de l'équipe.

- Quel système de santé désirons-nous?
- Quelles sont les valeurs communes des différents acteurs du réseau (patients/personnel/organisation)?
- Est-ce que les comparaisons sont pertinentes et rendent justice à chacun?
- Quel coût est assumé par chacun des partenaires?
- Le réseautage, tant au niveau des expertises que des systèmes et des bases de données, se veut une avenue prometteuse de partage et de respect où tous y gagnent!



## CHAPITRE 4

---

Centre d'expertise en organisation des soins et du travail

# **PROJETS D'INVESTIGATION RÉSEAU ET LES OUTILS DE GESTION DES ÉTABLISSEMENTS**



## 4. PROJETS D'INVESTIGATION RÉSEAU ET LES OUTILS DE GESTION DES ÉTABLISSEMENTS

### 4.1 Fiches synthèses des projets de l'investigation réseau des établissements<sup>4</sup>

Les fiches synthèses (FS) permettent d'approfondir la démarche utilisée par les personnes engagées dans cette thématique (elles se retrouvent sur le CD-ROM). Les projets en organisation des soins et du travail sont regroupés par établissement et présentés ci-après.

#### 1. Centre hospitalier de l'Université de Montréal

- FS 1.1 Analyse du centre des grands brûlés
- FS 1.2 Analyse du service d'hémodialyse hospitalière (trois sites)

#### 2. Centre hospitalier de St. Mary

- FS 2.1 Maximisation des compétences infirmières à la salle d'accouchement

#### 3. Centre hospitalier Robert-Giffard

- FS 3.1 Analyse de l'implantation du suivi systématique de la clientèle

#### 4. Centre hospitalier universitaire de Québec

- FS 4.1 Analyse en courte durée de gériatrie
- FS 4.2 Analyse du service d'hygiène – salubrité

#### 5. Centre universitaire de santé McGill

- FS 5.1 Analyse de l'activité Triage à l'urgence (Hôpital général de Montréal)
- FS 5.2 Projet de soins holistiques à l'urgence (Hôpital général de Montréal)
- FS 5.3 Projet du « Patient Care Associate » Clientèle : chirurgie générale et transplantation (Hôpital Royal Victoria)

#### 6. CHA Hôtel-Dieu de Lévis

- FS 6.1 Analyse de l'unité de médecine

#### 7. CHSLD St-Brigid's Home

- FS 7.1 Analyse de l'unité prothétique

#### 8. CSSS d'Arthabaska-Érable

- FS 8.1 Analyse de la coordination géronto-gériatrique des Bois-Francis

#### 9. CSSS de Gatineau

- FS 9.1 Analyse du service de médecine et de l'unité de chirurgie
- FS 9.2 Analyse du service de pharmacie – réingénierie du processus de distribution des médicaments (site Hull)

---

4. Les projets du Centre hospitalier Pierre-Boucher (maintenant le CSSS du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais) et de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine ne sont pas présentés en fiches synthèses, mais ont contribué à l'investigation réseau.

**10. CSSS de LaSalle-Vieux Lachine**

FS 10.1 Analyse du centre d'accueil et d'hébergement

**11. CSSS de Laval**

FS 11.1 Analyse de deux unités de soins de médecine

**12. CSSS de Québec-Nord**

FS 12.1 Projet CLSC du Futur en soutien à domicile

**13. CSSS Deux Montagnes/Sud-de-Mirabel**

FS 13.1 Analyse de l'unité du 2<sup>e</sup> Est

**14. CSSS du Nord de Lanaudière**

FS 14.1 Analyse d'une démarche d'implantation d'un système de distribution de médicaments « Unidose »

**15. CSSS Haut-Richelieu/Rouville**

FS 15.1 Analyse du service d'hémodialyse

FS 15.2 Optimisation des soins et du travail : pour un milieu de vie de qualité

**16. CSSS La Pommeraie**

FS 16.1 Analyse d'une démarche globale de réorganisation dans tout le centre hospitalier

**17. Hôpital Charles LeMoine**

FS 17.1 Analyse du centre de néphrologie

FS 17.2 Analyse de l'unité de chirurgie

FS 17.3 Analyse du service de la brancarderie

**18. Hôpital Douglas**

FS 18.1 Analyse de l'implantation du modèle des soins intégraux

**19. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal**

FS 19.1 Analyse du service de l'approvisionnement

**20. Hôpital Maisonneuve-Rosemont**

FS 20.1 Analyse de l'unité d'urgence

**21. Institut de Cardiologie de Montréal**

FS 21.1 Réorganisation des soins et adaptation des rôles et des responsabilités à l'unité coronarienne et à l'unité de médecine

FS 21.2 Exercice Kaizen à la salle d'opération/approvisionnement

FS 21.3 La transformation de l'urgence de l'Institut de Cardiologie de Montréal

## 4.2 Outils de gestion ayant servi lors de l'investigation réseau

Les outils de gestion (OG) développés par les établissements et appuyant leur démarche sont également disponibles sur le CD-ROM. Il est à noter que tous sont fiers de partager ces documents. L'objectif visé est d'assurer l'accessibilité de ces outils sans avoir effectué une évaluation exhaustive. Le lecteur peut donc les étudier et les adapter à ses besoins.

Les outils ont été classés selon les trois angles de prise du modèle intégrateur du CEOST, soit l'optimisation des ressources humaines, l'optimisation des processus de travail et l'optimisation de l'environnement psychosocial. Un index des outils est disponible sur le CD-ROM.





---

## **CONCLUSION**



## CONCLUSION

Par l'entremise de ce *Guide de pratiques novatrices en organisation des soins et du travail*, nous souhaitons avoir ajouté ou confirmé l'importance de certaines clés à inclure dans votre trousseau que l'on espère bien garni. Nous avons recueilli, par une investigation réseau de 34 projets, des données impressionnantes sur la démarche de changement effectuée dans ces établissements de santé. Dans ces projets, certains éléments se répétaient inconditionnellement. Ce sont ces éléments qui ont été analysés et présentés sous une forme organisée afin de vous aider à actualiser une démarche de transformation organisationnelle.

On retiendra principalement que tout changement se réalise en différentes phases et demande en général du temps, beaucoup de temps, de la créativité, des compétences en gestion du changement, de la persévérance, de l'écoute, une vision, des valeurs, de la confiance et une passion pour son travail dans le réseau de la santé. Ne pas prendre le temps de réaliser toutes les phases ne donne qu'une illusion de vitesse, rarement de bons résultats. En effet, il est important de créer des équipes de projets qui sont orientées et encadrées, et qui peuvent concevoir, planifier et coordonner les projets que les établissements auront décidé de mettre en oeuvre. Les acteurs clés seront engagés dans le projet en tenant compte de la culture de l'établissement.

En outre, il est important de construire un environnement de travail sain et propice au changement. Or, pour y parvenir, un ensemble d'activités ressortent comme des incontournables. Il s'agit :

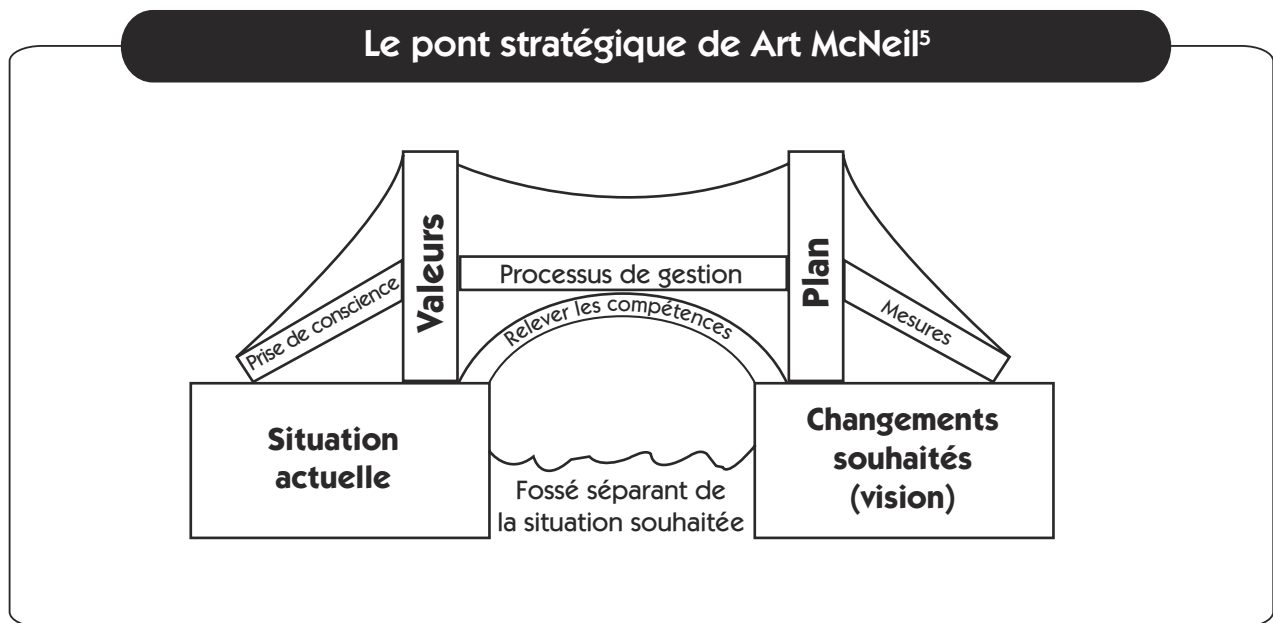
- de procéder à l'analyse du contexte, par la mise en place d'une structure décentralisée et par la présence d'un leadership transformationnel qui s'avère très aidant dans la gestion de la complexité au quotidien. Aussi, les établissements sauront se doter d'un chargé de projet compétent et passionné. Ils prendront notamment le temps de bien analyser l'organisation actuelle des soins et du travail avant d'y apporter des solutions et procéderont ensuite à la conception et à la planification des projets à réaliser;
- de donner aux équipes de projets et aux leaders formels le support stratégique et opérationnel nécessaire ainsi que l'encadrement et l'accompagnement (interne et parfois externe) dont ils auront besoin pour mener à bien ces projets;
- de se doter d'un très bon plan de communication pour faire comprendre et pour faire adhérer l'ensemble des ressources humaines et des groupes concernés par les projets à réaliser; ils dispenseront les activités de formation et d'accompagnement dont les employés et les cadres auront besoin pour s'approprier les nouveaux modèles de soins, les nouveaux rôles, les nouvelles responsabilités et les nouveaux processus pour développer les habiletés nécessaires à l'implantation des transformations souhaitées;
- de documenter les projets réalisés afin de permettre aux autres unités, services, programmes ou directions de l'établissement ainsi qu'aux autres établissements partenaires du réseau de tirer des leçons de leurs expériences et d'identifier les pratiques novatrices;
- de développer une culture de la mesure, d'identifier des indicateurs et d'assurer un suivi par une évaluation proactive. De féliciter et de récompenser les intervenants suite aux succès obtenus lors de la réalisation du projet.

On retiendra finalement que la réussite d'une transformation réside dans la mise en place des principaux leviers énumérés dans ce guide, mais aussi par la cohérence et la synergie de ces pratiques.

Malgré les tourmentes du réseau de la santé et des services sociaux en mutation, transformer les organisations peut créer des opportunités, de formidables occasions de progrès.

**LE GESTIONNAIRE LEADER DE DEMAIN EST INVITÉ À DEVENIR UN ARCHITECTE SOCIAL DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, CELUI QUI DIRIGE ET ORIENTE LE CHANGEMENT POUR LE MIEUX-ÊTRE DE LA CLIENTÈLE ET DE TOUS LES ACTEURS DU RÉSEAU.**

Son défi est de planifier, de faire preuve d'innovation et de construire en cocréation le pont entre la situation actuelle et les rives des changements souhaités de demain.



Le succès est conditionné à la participation de l'ensemble des intervenants affectés par le changement, et particulièrement celui des rapports entre les acteurs. Les compétences du gestionnaire sont basées sur la modestie, l'écoute d'autrui, la notion de collaboration et le sens de la délégation. Le **gestionnaire leader** réfléchit à la façon de poser le problème, l'analyse en profondeur pour en extraire des potentialités nouvelles et enfin développe une culture de la mesure pour traduire ses données en résultats probants. Voici l'émergence du « pont vers le futur » au sein du réseau de la santé et des services sociaux, qui permet le faire le lien entre la stabilité d'hier et les nouvelles organisations apprenantes de demain.

5. Président de la firme Achieve International





## BIBLIOGRAPHIE

---

- AIKEN, L.H., *et al.* (2001). « Nurses' reports on hospital care in five countries », *Health Affairs*, 20(3) : 43-53.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. (2003). *L'organisation du travail en soins infirmiers : manuel du participant*. Montréal : AHQ, (document non publié).
- BAUMANN, A., *et al.* (2001). *Engagement et soins : les avantages d'un milieu sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 81 p.
- BLYTHE, J., A. BAUMANN et P. GIOVANNETTI. (2001). « Restructuring in three Ontario hospitals », *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1) : 61-68.
- BOURBONNAIS, R., *et al.* (1999). « La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé », *Santé Mentale au Québec*, 24(1) : 136-154.
- BUREAU DE LA POLITIQUE DES SOINS INFIRMIERS – BPSI. (2004). « Mise à jour du BPSI ». *Santé Canada*, [En ligne], [<http://www.hc-sc.gc.ca/onp-bpsi/francais/index-f.html>] (Page consultée le 4 avril 2005) .
- BURKE, T.A., *et al.* (2000). « A comparison of time-and-motion and self-reporting methods of work measurement », *Journal of Nursing Administration*, 30(3) : 118-125.
- DUFFIELD, C. et L. O'BRIEN-PALLAS. (2002). « The nursing workforce in Canada and Australia : two sides of the same coin », *Australia Health Review*, 25(2) : 136-144.
- FABI, B., Y. MARTIN et P. VALOIS. (1999). « Favoriser l'engagement organisationnel des personnes œuvrant dans des organisations en transformation : quelques pistes de gestion prometteuses », *Gestion*, 24(3) : 102-113.
- GÉLINAS, R. (1997). *Vous avez dit juste-à-temps*. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill, 158 p.
- HAFSI, T. et C. DEMERS. (1997). *Comprendre et mesurer la capacité de changement des organisations*. Montréal : Éditions Transcontinental, 322 p.
- HAFSI, T. et B. FABI. (1997). *Les fondements du changement stratégique*. Montréal : Les Éditions Transcontinental, 408 p.

- HASSELHORN, H.M., P. TACKENBERG, B.H MÜLLER et L'ÉQUIPE DE RECHERCHE NEXT. (2003). *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*. Stockholm : SALTSA, 258 p. (Collection Report, n° 7:2003)
- KARASEK, R. et T. THEORELL. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York : Basic Books.
- KRISTENSEN, T. (1999). « Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular diseases », *Scandinavia Journal of Work Environment Health*, 25(6) : 550-557.
- LANDSBERGIS, P. A. et E. VIVONA-VAUGHAN. (1995). « Evaluation of an occupational stress intervention in a public agency », *Journal of Organizational Behavior*, 16 : 29-48.
- LASCHINGER, H., J. SHAMIAN et D. THOMSON. (2001). « Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction », *Nursing Economics*, 19(5) : 209-219.
- LAVOIE-TREMBLAY, M. et C. VIENS. (2003). « Les défis d'une démarche participative de réorganisation du travail : les conditions gagnantes », *Infirmière Canadienne*, 4(2) : 4-10.
- MCCLURE, M. et A.S. HINSHAW. (2002). *Magnet hospitals revisited : attraction and retention of professional nurses*. Washington, D. C. : American Nurses Publishing.
- MCCLURE, M., et al. (1983). *Magnet hospitals : attraction retention of professional nurses*. Kansas City : American Academy of Nursing.
- PARKES, K.R. et T.J. SPARKES. (1998). *Organizational interventions to reduce work stress : are they effective? A review of the literature*. England : University of Oxford.
- PETERS, T.J. et R.H. WATERMAN. (1982). *In search of excellence*. New York : Harper & Row, Publishers.
- RONDEAU, A. (1999). « Transformer l'organisation : vers un modèle de mise en œuvre », *Gestion*, 24(3) : 148-157.
- RONDEAU, A. et S. LALIBERTÉ. (1999). *Comprendre la transformation d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 69 p.
- SAUCIER A. et Y. BRUNELLE. (1995). *Les indicateurs et la gestion par résultats*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 33 p. (Collection : Méthodologie et instrumentation, n° 8 ).
- SIEGRIST, J. (1996). « Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1) : 27- 41.
- STORDEUR S., W. D'HOORE et C. VANDENBERGHE. (2001). « Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff », *Journal of Advanced Nursing*, 35(4) : 533-542.



- VIENS, C., M. LAVOIE-TREMBLAY et M. MAYRAND LECLERC. (2002a). *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*. Québec : Presses Inter Universitaires, 219 p.
- VIENS, C., M. LAVOIE-TREMBLAY et M. MAYRAND LECLERC. (2002b). « Les caractéristiques organisationnelles des *Magnet Hospitals* : pistes de solutions pour réorganiser le travail des infirmières ». In *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*. Québec : Presses Inter Universitaires, 219 p.
- VIENS, C., et al. (2005). *Revue de la littérature : pour comprendre et réussir des transformations organisationnelles*. Québec : Presses Inter Universitaires.



## ANNEXE A

---

Centre d'expertise en organisation des soins et du travail

# **GUIDE D'ENTREVUE UTILISÉ POUR L'IDENTIFICATION DES PRATIQUES EN ORGANISATION DES SOINS ET DU TRAVAIL**

## Consignes aux intervieweurs

- A) Se présenter et leur demander de se présenter. Expliquer le lien avec le Centre d'expertise en organisation des soins et du travail de l'AHQ. Remercier les intervenants de l'établissement de santé d'avoir bien accepté de participer à cette démarche d'identification des éléments des pratiques en organisation des soins et du travail.
- B) Préciser le but de ce questionnaire : aider à l'identification des pratiques en organisation des soins et du travail. Il y aura analyse de 30 à 40 projets au Québec (en CH de courte et de longue durée et spécialisé, en CLSC et en centre de santé) pour dégager un état de situation.
- C) Préciser qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, que leur expérience est unique et importante. Que des notes seront prises au moment de la rencontre. Nous souhaitons, avec leur accord, enregistrer sur audio le contenu de la rencontre. Vérifier leur autorisation de nommer leur établissement de santé au cours de la rédaction du rapport global.
- D) Les participants sont invités à prendre connaissance du guide avant la rencontre. Idéalement, ils ont identifié les rapports, outils et instruments qui nous permettent de bien décrire et de comprendre leur projet. Il est important de leur mentionner de ne pas recopier ces informations, de nous indiquer où retrouver l'information. Recueillir les rapports, outils/instruments qu'ils acceptent de partager en précisant que nous solliciterons leur accord si le document est joint au rapport global et, qu'à ce moment, la source sera indiquée.
- E) En fin de rencontre, remerciez à nouveau les intervenants de l'établissement d'avoir bien accepté de répondre à nos questions, vérifier si la fiche signalétique de leur établissement est exacte.

## Identification

Nom de l'établissement :

Programme / unité / service :

Clientèle :

Noms des interviewers : 1)  
2)

Date :

Noms et fonctions des intervenantes et intervenants ayant accepté de participer à la rencontre :

**Identifiez un intervenant ou une intervenante qui pourrait répondre à nos questions de clarification au cours de l'analyse :**

Nom :

Tél. :

et l'informer que vous serez également disponibles pour répondre à ses questions suite à cette entrevue et lui préciser vos coordonnées.

*N.B : Pour les questions 4 et 5, prévoir faire plusieurs copies (des feuilles : 4.1, 4.2, 4.3 et 5.1, 5.2 et 5.3) afin de décrire et d'analyser chacune des phases.*

## GUIDE D’ENTREVUE VISANT L’IDENTIFICATION DES PRATIQUES EN ORGANISATION DES SOINS ET DU TRAVAIL

THÈMES ÉTUDIÉS • **L’ÉTAT DE LA SITUATION : POURQUOI SE RÉORGANISER?**

### 1. Quel était le besoin ou le problème qui justifiait votre projet d’organisation des soins et des services?

Problèmes :

- Pénurie de personnel; problème de performance
- Processus de travail inefficients : heures supplémentaires, absentéisme, utilisation d’agence...
- Climat de travail détérioré, démobilisation, fusion, changement de mission
- Besoin de professionnaliser le personnel

#### 1.1 Si rien n’avait été fait, quelle aurait été votre situation future?

THÈMES ÉTUDIÉS • **FINALITÉ**

### 2. Ce projet d’organisation a donc eu comme finalité ou but principal de \_\_\_\_\_

Problèmes :

- |  |   |
|--|---|
| • Améliorer la qualité des soins et des services | • Optimiser les ressources disponibles              |
| • Optimiser les processus de travail             | • Optimiser l’environnement psychosocial du travail |

THÈMES ÉTUDIÉS • OBJECTIFS VISÉS ET INDICATEURS/MESURES DE RÉSULTATS

**3. Plus spécifiquement, vous avez décidé de viser quels objectifs ou de satisfaire quels besoins?**

**Quels indicateurs ou mesures correspondent à vos objectifs ou à votre degré de satisfaction du ou des besoins?**

Nous vous demandons de décrire votre projet en trois phases et nous débutons par la phase de conception et de planification du projet d'organisation des soins et du travail : c'est la description de l'analyse des risques et des influenceurs, de votre cadre logique, de votre diagramme de Gantt.

**4.1 À la phase de conception et de planification, qu'avez-vous fait et comment l'avez-vous fait?**

**Pour quelles raisons l'avez-vous fait?**

**Avec quelles ressources (humaines, matérielles et financières)?**

**4.1 (suite)**

**Selon quel échéancier?**

**Avec quels résultats? Vérifier l’utilisation d’indicateurs de mesure.**

Nous vous demandons de poursuivre la description de votre projet en décrivant la phase de réalisation et des résultats obtenus. C’est la méthode, les actions entreprises et les résultats.

**4.2 À la phase de réalisation, qu’avez-vous fait et comment l’avez-vous fait?**

**Pour quelles raisons l’avez-vous fait?**

**Avec quelles ressources (humaines, matérielles et financières)?**

**Selon quel échéancier?**

**Avec quels résultats? Vérifier l’utilisation d’indicateurs de mesure.**

Nous passons maintenant à la phase de la suite, de la poursuite du projet d'organisation des soins et du travail.

#### **4.3 À cette phase de suite et poursuite du projet, qu'avez-vous fait et comment l'avez-vous fait?**

**Pour quelles raisons l'avez-vous fait?**

**Avec quelles ressources (humaines, matérielles et financières)?**

**Selon quel échéancier?**

**Avec quels résultats? Vérifier l'utilisation d'indicateurs de mesure.**



Cette prochaine question porte sur l’analyse critique de chacune des trois phases de votre projet. Débutons par la phase de conception et planification.

**5.1 Phase de conception et planification : Bons coups – bonnes décisions – bonnes initiatives : comment les expliquer?**

**Erreurs / actions ou démarches à ne pas refaire – effets indésirables : comment les expliquer?**

**Quels réajustements avez-vous faits et pour quelles raisons?**

**Qui a exercé du leadership** (pouvoir, influence, participation, contrôle, autorité) **tant formel qu’informel** (élus : associations, personnel, gestionnaires)? **Comment ce leadership a-t-il été exercé?**

**Quelles ont été vos stratégies de communication au cours de cette phase? Avec quelle efficacité?**

**Comment a évolué votre climat de travail pendant cette phase? Pour quelles raisons?**

**5.1** (suite) Analyse critique de la phase de conception et de planification du projet d'organisation des soins et du travail.

**Quelles actions avez-vous initiées en lien avec l'évolution du climat?**

Analyse critique de chacune des trois phases de votre projet. Poursuivons avec la phase de réalisation et des résultats obtenus.

**5.2 Phase de réalisation et résultats : Bons coups – bonnes décisions – bonnes initiatives : comment les expliquer?**

**Erreurs / actions ou démarches à ne pas refaire – effets indésirables : comment les expliquer?**

**Quels réajustements avez-vous faits et pour quelles raisons?**

**Qui a exercé du leadership** (pouvoir, influence, participation, contrôle, autorité) **tant formel qu'informel** (élus : associations, personnel, gestionnaires)? **Comment ce leadership a-t-il été exercé?**

**5.2** (suite) Analyse critique de la phase de réalisation et des résultats du projet d’organisation des soins et du travail.

**Quelles ont été vos stratégies de communication au cours de cette phase? Avec quelle efficacité?**

**Comment a évolué votre climat de travail pendant cette phase? Pour quelles raisons?**

**Quelles actions avez-vous initiées en lien avec l’évolution du climat?**

Analyse critique de chacune des trois phases de votre projet. Terminons par la phase de suite et poursuite du projet.

**5.3 Phase : suite et poursuite : Bons coups – bonnes décisions – bonnes initiatives : comment les expliquer?**

**Erreurs / actions ou démarches à ne pas refaire – effets indésirables : comment les expliquer?**

**5.3** (suite) Analyse critique de la phase de suite et poursuite du projet d'organisation des soins et du travail

**Quels réajustements avez-vous faits et pour quelles raisons?**

**Qui a exercé du leadership** (pouvoir, influence, participation, contrôle, autorité) **tant formel qu'informel** (élus : associations, personnel, gestionnaires)? **Comment ce leadership a-t-il été exercé?**

**Quelles ont été vos stratégies de communication au cours de cette phase? Avec quelle efficacité?**

**Comment a évolué votre climat de travail pendant cette phase? Pour quelles raisons?**

**Quelles actions avez-vous initiées en lien avec l'évolution du climat?**

Après avoir décrit et analysé votre projet d'organisation des soins et du travail, nous aimerions regarder votre environnement organisationnel plus globalement.

**6. Comment évaluez-vous l'impact du projet sur la qualité des soins et des services?**

Problèmes : retour sur l'investissement anticipé en combien de temps? Mise en place de mécanismes d'outils, d'indicateurs de qualité des soins et services, d'indicateurs, de mesures de qualité des soins et des services

**7. À quoi attribuez-vous les résultats obtenus avec votre projet?**

Problèmes : la qualité du leadership, l'adhésion et la mobilisation du personnel, l'approche participative, la volonté politique de la direction, du CA, la formation, le soutien de la DRH par le volet de développement organisationnel

Contexte global

**8. Habituellement ou historiquement, quelle est l'expérience de votre établissement dans le cadre d'un projet de changement ou de réorganisation?**

Problèmes : Succès, insuccès..., les employés se souviennent longtemps de certaines expériences

**8.1 Si le projet actuel est différent, à quoi attribuer la différence?**

**9. Dans votre établissement, comment qualifieriez-vous l'attitude de collaboration (ou la non-collaboration)?**

- Intra et inter : service – unité – direction – interdisciplinaire
  - Partenaires externes (Agence de développement des réseaux locaux, Ministère, associations, autres...)
- Problèmes : les liens – rapports – comités – etc.

Environnement organisationnel du travail

**10. Je vais vous présenter cinq dimensions de l'environnement organisationnel et j'aimerais que vous m'expliquiez en quoi cette dimension a contribué ou pas à l'atteinte de vos résultats?**

**10.1 Le contexte**

**10.2 La structure**

**10.3 La culture**

**10.4 Le leadership**

**10.5 La complexité**







## ANNEXE B

---

Centre d'expertise en organisation des soins et du travail

# **OUTIL D'ANALYSE DE LA CAPACITÉ DE CHANGEMENT D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX<sup>6</sup>**

---

6. Inspiré des travaux de Hafsi et Demers (1997).



**Cet outil permettra une réflexion sur huit dimensions essentielles à l'évaluation de la capacité de changement de votre milieu.**

Pour chacun des énoncés, vous devez cocher le numéro qui correspond le plus à votre situation.

### LÉGENDE

1. Tout à fait en désaccord
2. Plutôt en désaccord
3. Ni en désaccord ni en accord
4. Plutôt en accord
5. Tout à fait en accord

### La structure

Votre organisation actuelle est de style mécanique ou organique?

Structure mécanique	Structure organique
Expliquez :	Expliquez :

Les gestionnaires adoptent généralement un leadership transformationnel.

1  2  3  4  5

Les dirigeants accordent le soutien nécessaire à leurs employés.

1  2  3  4  5

### L'historique de votre établissement

Décrivez votre historique (décrivez uniquement l'historique en relation avec les projets antérieurs : les succès antérieurs, les échecs antérieurs, la façon dont ont été surmontées les épreuves dans le passé).

L'organisation a déjà mené avec succès des projets de réorganisation.

1  2  3  4  5

La collaboration entre les directions, les services et les départements est efficiente.

1  2  3  4  5

### **Le désir et la possibilité d'explorer**

Décrivez votre milieu en termes de composantes humaines, c'est-à-dire la curiosité intellectuelle, le désir d'apprendre, l'énergie d'innovation, la motivation, la mobilisation, le désir de collaborer et de travailler en équipe.

Les dirigeants ont une attitude favorable face aux changements, notamment en donnant le droit à l'erreur et en permettant l'innovation.

1  2  3  4  5

### **La communication – la transparence – la rétroaction**

Décrivez votre milieu en vous inspirant de votre histoire. Avez-vous toute l'information? Est-elle transmise avec transparence et au bon moment? Les mécanismes de rétroaction sont-ils existants et efficaces?

Le système de communication interne est efficace.

1  2  3  4  5

Des moyens pour récompenser les employés ont été prévus.

1  2  3  4  5

### **Le contexte**

Le contexte fait référence à trois dimensions :

- La disponibilité des ressources financières;
- La performance de l'organisation;
- Les changements dans l'environnement.

Ce projet doit répondre à certaines conditions :

- Permet-il une réelle amélioration de la performance?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Permet-il d'utiliser au mieux les ressources humaines?

**Le contexte (suite)**

L'établissement dispose des ressources matérielles nécessaires à la réalisation du projet.

1  2  3  4  5

L'établissement dispose des ressources financières nécessaires à la réalisation du projet.

1  2  3  4  5

L'établissement dispose des ressources humaines nécessaires à la réalisation du projet.

1  2  3  4  5

Les acteurs externes appuient le changement.

1  2  3  4  5

**La culture**

La culture favorable au changement peut prendre plusieurs formes. En contexte de changement, une culture forte et participative est la mieux adaptée. Un changement qui va à l'encontre de la culture se heurtera à plus de résistance.

Décrivez les caractéristiques de la culture de votre établissement.

Le changement ne va pas à l'encontre de la culture actuelle.

1  2  3  4  5

Les employés sont régulièrement consultés lors de la prise de décision.

1  2  3  4  5

Le sentiment d'appartenance des employés envers l'établissement est fort.

1  2  3  4  5

**Le leadership**

Les styles de leadership peuvent varier entre deux extrêmes, soit le leadership managériel et le leadership transformationnel. Quel est le style dominant dans votre organisation ?

Les buts poursuivis par l'organisation sont clairs pour tout le monde.

1  2  3  4  5

Les employés ont confiance en la direction en place.

1  2  3  4  5

## La complexité

La complexité fait référence à l'interaction entre les quatre dimensions précédentes et à leur importance dans votre organisation. Une organisation complexe et ayant un leadership bien orienté aura plus de chance de succès.

Quels éléments de complexité caractérisent votre milieu : technologie, spécialités, environnement social, clientèles, etc.

### Compilez les résultats obtenus aux 16 énoncés.

Résultats :

Plus votre score est élevé (60 points et plus), plus votre capacité à réaliser un changement est grand (vous êtes très bien parti).

Si votre score est faible (45 points et moins), un changement n'est pas impossible, mais il vous faudra cibler des actions préliminaires à la réalisation de votre projet.

Si votre score se situe entre 45 et 60, le changement est possible. Toutefois, assurez-vous que la lecture que vous faites de votre environnement est exacte et, au besoin, ciblez des actions préliminaires.



