

# CRÉER UNE COMMUNAUTÉ STRATÉGIQUE POUR FAVORISER LE CHANGEMENT

## UNE ÉTUDE DE CAS PORTANT SUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ<sup>1</sup>

### LES AUTEURS

**Mario Roy, Madeleine Audet, Johanne Archambault et Danielle St-Louis**

La pression intense qui est exercée sur les marchés depuis quelques années a conduit plusieurs organisations à reconnaître les limites de leur potentiel interne d'innovation, ce qui les a conduites à créer entre elles des alliances et des collaborations inédites pour imaginer des produits, des services et des processus qui n'auraient pu voir le jour autrement. Par exemple, la plus grande entreprise de télécommunication mobile du Japon, NTT DoCoMo, a utilisé l'approche de la communauté stratégique pour réaliser en réseau un vaste programme d'innovation technologique qui a facilité le développement accéléré de l'accès Internet dans la téléphonie mobile et sa croissance sur le marché mondial (Kodama, 2002, 2005).

Mais qu'est-ce qu'une communauté stratégique? Une **communauté stratégique** est une structure interorganisationnelle multidisciplinaire formelle à laquelle on confie le mandat d'imaginer et de mettre en place des innovations concernant les services et les produits à offrir. L'innovation peut difficile-

ment être produite dans le contexte organisationnel traditionnel à l'intérieur de structures rigides qui limitent la créativité. De là, l'importance de créer une structure souple, propice au partage d'idées qui déborde les frontières de l'organisation, dont le mandat d'une durée limitée, consiste à générer et à mettre en pratique des idées de services ou de produits à offrir.

Une communauté stratégique jouit donc d'une grande liberté de pensée et d'action et elle est conçue pour palier une carence des organisations qui fonctionnent en «silos». Elle a le loisir d'envisager des options qui sortent du cadre conventionnel de la gestion et d'imaginer des innovations qui permettront aux organisations participantes de poursuivre une mission commune en s'appuyant sur des valeurs partagées par leurs membres.



Une communauté stratégique peut être composée de cadres intermédiaires, de professionnels, de spécialistes et même de clients reconnus comme étant des leaders dans leur milieu respectif. Ils proviennent essentiellement des niveaux fonctionnel et opérationnel des organisations concernées. Le fait que les participants soient issus de diverses organisations permet à ces derniers de se dégager des paradigmes dominants dans leur milieu pour donner libre cours aux processus

Mario Roy est professeur au département de management et titulaire de la Chaire d'étude en organisation du travail à la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke, [mario.roy@usherbrooke.ca](mailto:mario.roy@usherbrooke.ca).

Madeleine Audet est professeure au département de management et membre de la Chaire d'étude en organisation du travail à la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke, [madeleine.audet@usherbrooke.ca](mailto:madeleine.audet@usherbrooke.ca).

Johanne Archambault est directrice à la Direction de la coordination des affaires académiques du Centre de santé et des services sociaux de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, [jarchambault.clscsher@ssss.gouv.qc.ca](mailto:jarchambault.clscsher@ssss.gouv.qc.ca)

Danielle St-Louis est directrice à la Direction de la qualité et de l'innovation du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, [dstlouis.chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:dstlouis.chus@ssss.gouv.qc.ca)



dynamiques de création d'idées dans un cadre informel prêt à les recevoir. Une communauté stratégique se distingue donc d'une **communauté de pratique** qui s'avère plutôt une structure informelle de partage de connaissances, de problèmes et d'expériences entre des individus occupant des fonctions similaires (Wenger et Snyder, 2000).

Les succès obtenus à l'aide de cette nouvelle approche de l'innovation chez DoCoMo et d'autres entreprises majeures telles NEC et FANUC au Japon (Shibata et Kodama, 2007) nous sont apparus comme suffisamment probants pour que nous décidions de l'adapter dans un autre système éminemment complexe et en quête d'innovation : le réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Les systèmes de santé et de services sociaux des sociétés occidentales font face à des changements conjoncturels complexes (comme le vieillissement de la population, la croissance constante des coûts, l'accélération des avancées scientifiques qui modifient en profondeur les protocoles et les pratiques de soins, l'avènement des technologies de l'information ou la pénurie de personnel spécialisé) qui les obligent à revoir en profondeur leurs façons de faire. Devant ce constat, l'État a adopté diverses mesures structurelles visant à favoriser l'intégration des services en fusionnant des établissements par exemple ou en créant des réseaux locaux de services. Malheureusement, de telles interventions au niveau structurel ne garantissent aucunement que des changements dans les processus et les pratiques de travail vont suivre au niveau opérationnel, ni que ces changements seront perceptibles du point de vue de la clientèle. En fait, on remarque que, de façon typique, chacune des entités fusionnées (établissement, service, unité) appelées à intervenir, se concentre et se préoccupe surtout de l'épisode de soins sous sa juridiction. Dans plusieurs cas, tout ce qui se passe en amont, en aval ou en parallèle n'est que peu ou pas considéré.

Dans un tel contexte, l'approche de la communauté stratégique semble appropriée pour remettre en question la nature même des activités qui sont réalisées tout au long du continuum de soins des clientèles en adoptant une perspective interétablissements. Plutôt que de s'intéresser à l'amélioration des processus existants, la communauté stratégique tente d'imaginer de nouveaux processus et de nouvelles pratiques à partir de sa compréhension de l'expérience du client et de son interface avec les diverses composantes du système de santé. Ainsi, elle amène à se poser les questions suivantes : faisons-nous la bonne chose? Devrions-nous transférer des activités dans d'autres établissements? Devrions-nous en récupérer d'autres? Quelle est la ressource la plus appropriée pour donner les soins requis? Certains traitements pourraient-ils être administrés par les patients eux-mêmes?

Cet article vise à rendre compte de l'expérimentation de la communauté stratégique qui a été réalisée, pour revoir et éventuellement transformer l'organisation du travail dans le continuum de soins en oncologie et soins palliatifs du réseau estrien de la santé et des services sociaux. La première partie de l'article décrit le cas étudié (voir l'encadré 1), tandis que la deuxième partie relève les principaux apprentissages qui ont été réalisés jusqu'à présent grâce à cette approche du changement.

## À propos de l'étude

L'étude a pris la forme d'une recherche-action participative. Toutes les rencontres formelles de la communauté stratégique, de même que celles des autres comités concernés par ses travaux, ont été consignées dans des procès-verbaux et ont fait l'objet de notes de terrain de la part des professionnels de recherche. De plus, des entrevues semi-structurées ont été menées à deux moments auprès d'une vingtaine d'intervenants des milieux en cause. Le matériel recueilli a été présenté dans une rencontre publique auprès des milieux pour favoriser la réflexion sur l'intérêt de la communauté stratégique comme approche permettant d'améliorer la capacité de changement des établissements.

## ÉTUDE DE CAS : UNE COMMUNAUTÉ STRATÉGIQUE EN ONCOLOGIE ET SOINS PALLIATIFS

L'importante pénurie de main-d'œuvre anticipée au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) a servi de bougie d'allumage pour l'équipe de direction de l'établissement, qui a décidé d'entrer en contact avec la Chaire d'étude en organisation du travail de l'Université de Sherbrooke (CÉOT). Une analyse préliminaire a permis de constater que, malgré la mise en œuvre de diverses stratégies pour accroître la disponibilité de la main-d'œuvre (recrutement, rétention des plus vieux employés, rappel de retraités, etc.), il fallait envisager de transformer l'organisation du travail pour combler l'ensemble des besoins. L'interdépendance entre les activités des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), qui offrent des services préventifs et curatifs à domicile et en institution, et le CHUS, qui offre des services hospitaliers locaux ou de proximité, spécialisés et surspécialisés en Estrie et au-delà de cette région, est telle qu'il est rapidement apparu comme nécessaire d'adopter une approche dans laquelle les établissements devraient travailler ensemble à la réorganisation du travail.

Une première entente de partenariat s'est établie entre le CHUS et le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), compte tenu de la proximité de ces deux établissements et du volume imposant d'activités interdépendantes qui les caractérise dans les services offerts à cette clientèle. Un troisième partenaire, le Centre de santé et de services sociaux du Granit (CSSS-Granit), à Lac-Mégantic, situé en périphérie de la région par rapport à Sherbrooke, s'est joint au projet de façon à ce qu'il soit possible de tenir compte de la réalité des établissements plus éloignés au cours d'une transformation de type réseau. L'accord préalable des comités de direction des trois établissements, de même que de la plupart des syndicats concernés, s'est avéré nécessaire pour démarrer le projet et obtenir le financement requis de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux.



## LE MANDAT ET LES OBJECTIFS DE LA COMMUNAUTÉ STRATÉGIQUE

Il a été convenu de réaliser un projet-pilote qui concentrerait ses efforts sur le continuum de soins, c'est-à-dire depuis le diagnostic initial jusqu'à la rémission totale ou jusqu'à la fin de vie des personnes vivant avec un cancer. Il a fallu plusieurs rencontres étalées sur quelques mois avant que l'ensemble des groupes intéressés n'accordent leur aval au projet, tout en sachant qu'il était impossible de déterminer au préalable la nature des changements dans l'organisation du travail qui seraient proposés par la communauté stratégique.

L'organisation du travail touche directement aux pratiques professionnelles qui sont de la compétence des diverses corporations professionnelles, soit les conditions de travail qui font l'objet de conventions collectives négociées avec divers syndicats rattachés aux établissements, les règles administratives et les ententes budgétaires établies par le Ministère et même les mandats des établissements. Le pari fait par les différents décideurs a été de donner la chance au personnel opérationnel d'expérimenter des actions porteuses et d'ajuster, par la suite, les systèmes sous leur gouverne, dans la mesure où des résultats probants se manifesteraient sur le terrain. Comme, de toute façon, aucun changement important dans l'organisation du travail ne pourrait se maintenir à long terme sans l'accord explicite des parties concernées, les risques réels associés au projet semblaient acceptables, d'autant plus que le besoin de changement était reconnu par toutes les parties.

Le mandat de la communauté stratégique consiste à générer et à expérimenter de nouvelles idées sur l'organisation du travail en réseau, afin de diminuer la pression sur le personnel occasionnée par la grave pénurie de main-d'œuvre actuelle et anticipée. Le projet comporte deux objectifs spécifiques. Le premier objectif spécifique vise à comprendre et à démontrer comment des établissements complexes et interdépendants peuvent transformer ensemble leur façon d'organiser le travail pour éviter les ruptures de services et maintenir, voire améliorer, la qualité des soins malgré la pénurie de main-d'œuvre spécialisée. Quant au deuxième objectif spécifique, il consiste à expérimenter et à évaluer l'approche de la communauté stratégique comme modalité privilégiée de mise en œuvre d'initiatives de transformation de l'organisation du travail dans la perspective d'un réseau. L'intention est de s'assurer que chaque geste est effectué par la personne appropriée, au bon moment et au bon endroit, tout en repérant et en éliminant les dédoublements d'activités entre les établissements.

## STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT DE LA COMMUNAUTÉ STRATÉGIQUE

La communauté stratégique relève d'un comité directeur. Celui-ci comprend les directeurs généraux des établissements partenaires, un cadre supérieur de chaque établissement, dont le rôle consiste à agir comme porteur du projet auprès des divers services, unités de soins et paliers de son organisation, la conseillère-facilitatrice et les chercheurs universitaires associés au projet. Le comité directeur voit à créer les conditions nécessaires à la réussite de l'expérimentation. Cette structure a l'avantage d'être simple et d'éviter dans une certaine mesure les mécanismes traditionnels relativement lourds d'approba-

tion auprès de diverses instances organisationnelles avant de pouvoir expérimenter les idées émanant de la communauté stratégique.

Un groupe de soutien, composé des porteurs du projet dans chaque établissement, de cadres supérieurs et de gestionnaires du service des ressources humaines, est appelé à donner son avis sur le déroulement du projet et à faciliter la collaboration des divers départements et services touchés par les travaux de la communauté stratégique. Cette dernière est formée, dans ce cas-ci, du personnel opérationnel (infirmière, travailleur social, adjointe à l'infirmière-chef, technologue, etc.) issu des trois établissements, qui œuvrent auprès de clientèles vivant avec un cancer.

Le choix des membres de la communauté a été effectué par les porteurs du projet après consultation auprès des gestionnaires et autre personnel des différents milieux. Ces personnes ont été libérées de leurs tâches habituelles à raison de deux jours par semaine pour participer aux travaux. La communauté stratégique était accompagnée par une professionnelle de recherche expérimentée et par une conseillère-facilitatrice dédiée à temps plein au projet pour animer les rencontres et voir au suivi serré des décisions et des actions prévues au sein des trois milieux.

L'arrimage des activités de la communauté stratégique aux gestionnaires de premier niveau dans les unités qui constituent les emplacements de l'expérimentation se produit en continu tout au long du projet. Ces derniers interagissent avec les membres de la communauté stratégique qui relèvent de leur unité pour clarifier les plans d'expérimentation, faciliter la tenue des expérimentations et finalement déterminer si les initiatives de la communauté stratégique seront adoptées à long terme dans leur unité. Comme les gestionnaires sont directement concernés par l'organisation du travail de leur unité, leur participation active aux initiatives de changement est essentielle pour le succès de l'opération. Les activités ont démarré par une journée de sensibilisation offerte conjointement aux membres de la communauté stratégique et aux gestionnaires de premier niveau, pour s'assurer que tous les acteurs ont une perception commune de l'approche et faciliter l'appropriation de celle-ci.

## LES TRAVAUX DE LA COMMUNAUTÉ STRATÉGIQUE

La communauté stratégique a amorcé formellement ses activités à l'automne 2007 par la session de sensibilisation, qui a permis aux gestionnaires de premier niveau et aux membres de la communauté stratégique des trois établissements de prendre contact, puisqu'ils ne se connaissaient pas personnellement. Les rôles, les règles de fonctionnement de la communauté de même qu'un calendrier de rencontres ont été établis. Les rencontres subséquentes ont amené les participants à se familiariser avec les autres initiatives en cours dans le réseau de la santé en ce qui concerne l'oncologie et les soins palliatifs (programme québécois de lutte contre le cancer, projet clinique, projet de loi 90 visant l'assouplissement du cloisonnement interprofessionnel, infirmière pivot, plan thérapeutique infirmier, etc.). Par la suite, les membres de la communauté stratégique ont acquis une compréhension commune du parcours de soins en oncologie, du point de vue de l'expérience vécue par le client, et se sont vu attribuer par les trois direc-



teurs généraux le mandat conjoint de revoir l'organisation du travail au niveau opérationnel pour l'ensemble du continuum d'offre de soins.

Les premiers travaux de la communauté stratégique consistaient pour ses membres à approfondir leur connaissance de la réalité du travail du personnel au quotidien dans les différents milieux. Ils découvraient que leurs impressions au sujet du fonctionnement intra-établissement des autres partenaires étaient souvent erronées et parfois fondées sur des préjugés illustrant le cloisonnement entre les institutions. Les activités, les programmes, les contextes de l'offre de soins de même que les contraintes étaient partagés ouvertement, ce qui a permis de dresser un premier portrait plus réaliste de la situation. Il est alors apparu que les services offerts et les initiatives d'amélioration étaient morcelés et parfois dédoublés, malgré l'existence du projet clinique régional en oncologie qui vise justement à rationaliser l'organisation des services pour faciliter le parcours des personnes dans le réseau.

La communauté stratégique a alors décidé d'approfondir la question. Elle a procédé à une enquête auprès d'un échantillon représentatif de diverses catégories d'individus engagés en oncologie et soins palliatifs dans chacun des milieux : pharmaciens, réceptionnistes, médecins de famille et médecins spécialistes, responsables des guichets uniques, etc. Les membres de la communauté stratégique s'intéressaient aux activités réalisées à la fois à l'intérieur des unités et des services de chacune des organisations partenaires (intra-établissement) et à l'interface entre les établissements. L'analyse des données a permis de conclure que, malgré l'existence d'une vingtaine d'initiatives possibles pour améliorer le fonctionnement entre les organisations, il était peu réaliste d'accomplir ces changements si l'on ne réussissait pas d'abord à stabiliser le personnel au sein de chacune des organisations.

Au moment de l'enquête, le personnel soignant pouvait changer sur une base quotidienne au CHUS, ce qui compromettait l'opportunité de la mise en place de pratiques ou de processus nouveaux dans les diverses unités, pour des individus susceptibles de ne plus occuper le même poste le lendemain. De la même façon, il était inutile pour le CHUS de penser à mettre au point des activités de formation et de favoriser le transfert des clientèles vers le personnel des centres de santé et de services sociaux si personne n'était spécifiquement responsable de prendre en charge la clientèle nécessitant des soins en oncologie. Une participante a très bien illustré l'idée que l'efficacité quotidienne des rapports interétablissements passe par des relations quotidiennes entre des personnes ayant un minimum de stabilité dans leur poste : « Il nous faut une personne à contacter et un numéro de téléphone de part et d'autre, et le lien pourra s'établir. » Cette position de la communauté stratégique était partagée par les gestionnaires de premier niveau, qui ont été agréablement surpris de constater que la lecture de la situation par la communauté stratégique correspondait à leur propre point de vue.

## OBSTACLES ET DÉFIS DE LA COMMUNAUTÉ STRATÉGIQUE

Le comité de direction a rapidement donné son aval à la création des équipes de soins stables ou dédiées sur la base

des représentations faites par la communauté stratégique. La mise en œuvre de cette décision s'est cependant avérée beaucoup plus complexe que prévu, ce qui était révélateur des difficultés inhérentes aux changements opérationnels dans les établissements de santé. En effet, l'opération a entraîné au CHUS site Fleurimont (soins aigus) et site Hôtel-Dieu (soins palliatifs) une réorganisation complète des deux unités, la création de nouveaux postes d'infirmières auxiliaires, de préposés et de réceptionnistes, la réduction du nombre d'infirmières, la participation accrue d'autres professionnels tels les travailleurs sociaux, le tout accompagné par une redéfinition des rôles et des responsabilités des intervenants, incluant ceux des cadres de premier niveau. Dans les CSSS, il a été nécessaire de créer de toutes pièces une nouvelle entité dédiée à l'oncologie, puisque la clientèle requérant ces soins n'était pas différenciée du reste de la population servie. Au CSSS-IUGS, on a retiré à des employés qui assumaient des tâches auprès de clientèles diverses leurs affectations courantes pour les regrouper dans une nouvelle unité interdirections. Il a été nécessaire de définir la vocation et les limites du mandat de cette unité, de clarifier les rôles de chacun, les modalités de fonctionnement, les pratiques à privilégier, les charges de travail à réaliser, le volume de cas à recevoir, et ainsi de suite. Dans la foulée de ce changement, le CSSS-IUGS a pu offrir de nouveaux services psychosociaux et compter sur les services d'une infirmière pivot pour s'occuper de la gestion des cas complexes.

Il a fallu de quatre à neuf mois pour constituer et mettre en place les équipes dans les trois établissements. L'observation en continu de ce changement a permis de découvrir les multiples contraintes, obstacles et défis qui émergent lorsque vient le temps de passer à l'action. Les difficultés sont apparues directement à l'intérieur des services visés, dont les forces et les faiblesses ont inévitablement été mises en évidence, mais elles apparaissaient aussi à l'extérieur de ceux-ci. En effet, la modification en profondeur d'une seule unité de travail comportait des incidences pour les autres services avec lesquels elle traitait et pour les services ou les unités qui étaient témoins de son évolution. Par exemple, la concentration de ressources et le soutien obtenu par ce projet interétablissements par rapport aux autres projets en cours et priorités des établissements partenaires ont inévitablement créé des tensions que les porteurs de dossier ont dû gérer tout au long de l'expérimentation. La constance de l'engagement personnel, public et répété des directeurs généraux a été déterminante pour la viabilité du projet. Les participants ont noté l'importance des délais entre la prise de décision et son actualisation, l'obligation de relancer régulièrement les divers niveaux hiérarchiques pour s'assurer du suivi entre eux. Ces cadres devaient accomplir des gestes pour actualiser des décisions telles que l'ouverture de postes qui, dans certains cas, violaient les règles en vigueur. À cela s'ajoutent l'habitude du travail en silos au sein des établissements, des unités et des professions qu'il fallait remettre en question; l'habitude de combler tous les besoins par des postes d'infirmières alors que d'autres catégories de personnel pouvaient être plus appropriées; la difficulté à stabiliser le personnel dans un système d'affectation des ressources qui n'était pas prévu pour favoriser cette situation; l'absence relative de soutien clinique dans un contexte de pénurie; le man-



que d'expertise des CSSS en oncologie et soins palliatifs; enfin, la nécessité de redéfinir la nature des relations opérationnelles entre le CHUS et les CSSS.

Pour mettre en place les équipes, ces défis devaient être relevés, alors que d'autres changements et événements concomitants majeurs survenaient, mobilisant les ressources disponibles et requérant l'attention des gestionnaires. Les participants ont remarqué en particulier les activités liées à l'intégration des établissements à la suite des fusions dans les CSSS et les multiples déplacements de personnel (plus de 800 individus au CSSS-IUGS); les changements dans les rôles des cadres qui en ont résulté; les réorganisations enclenchées dans tous les autres programmes clientèles au CHUS; le départ des directeurs généraux dans les deux CSSS environ un an après le début des travaux; le remplacement de cadres supérieurs, de chefs de services et de personnel clé dans toutes les unités concernées par l'oncologie et les soins palliatifs; le départ à la retraite de personnes expérimentées; l'apparition de difficultés budgétaires imprévues; la conclusion des négociations locales au CSSS-Granit; l'introduction des plans thérapeutiques infirmiers qui changeaient les pratiques; l'arrivée d'infirmières pivots généralistes et spécialisées en oncologie

*La constance de l'engagement personnel, public et répété des directeurs généraux a été déterminante pour la viabilité du projet.*

pour la gestion des cas; l'évolution rapide des traitements qui modifiaient aussi les pratiques et les habitudes de travail dans ce secteur où la recherche est très active. On comprendra que, dans un contexte aussi turbulent, la réalisation complète de toute initiative d'envergure qui s'étale dans le temps constitue en soi un accomplissement qui nécessite un soutien important.

#### LES RETOMBÉES DE LA COMMUNAUTÉ STRATÉGIQUE

Malgré l'importance des défis soulevés ci-dessus et des événements concomitants qui ont influé sur le processus de mise en œuvre des équipes, ces dernières sont aujourd'hui établies et la notion de stabilité a été précisée et déclinée différemment d'un milieu à l'autre en fonction des contextes de l'offre de soins. Les résultats préliminaires recueillis à propos du fonctionnement des équipes à ce jour sont suffisamment probants pour que les participants et les dirigeants des établissements partenaires ne veuillent plus retourner au mode de fonctionnement antérieur. Nous avons pu constater une réduction de l'absentéisme et des heures supplémentaires attribuable à la nouvelle organisation du travail en équipe et au sentiment d'appartenance qui en découle. À titre d'illustration, les participants à l'une des premières équipes mises en place ont mentionné que le fonctionnement en équipe améliore leur connaissance du client, réduit les pertes de temps, favorise la synergie, le soutien entre collègues et la répartition des tâches, facilite les transferts de patients entre les établissements et évite les ruptures de services parce que les membres du person-

nel se connaissent. Certains patients ont signalé leur appréciation de la stabilité du personnel, ce qui, dans le cas d'un patient, s'est accompagné d'une réduction de sa médication pour contrer le stress et d'un accroissement de sa confiance envers le personnel. L'équipe de gestion de l'unité de soins a amélioré ses mécanismes de concertation, tandis que les médecins œuvrant dans l'unité de soins palliatifs ont manifesté leur intérêt à s'engager activement dans le projet. Des participants à l'étude de cas dans les CSSS ont mentionné en particulier que la création des équipes rend maintenant possible une véritable prise en charge d'une clientèle vulnérable et permet de répondre à ses besoins particuliers, alors qu'auparavant elle était négligée en raison de sa dilution dans l'ensemble de la population servie.

La communauté stratégique a conduit les participants à penser le système autrement en envisageant celui-ci sous l'angle d'un continuum de soins dans lequel les interactions de terrain entre les membres du personnel des divers établissements constituent le véritable réseau de soins auprès des clientèles. Cette perspective transversale permet de simplifier les canaux de communication en favorisant les contacts directs au niveau opérationnel. Elle permet aussi de repérer rapidement diverses zones d'inefficacité et de dédoublement des efforts qui n'avaient jamais été examinées antérieurement. Les participants se sont ouverts à la réalité vécue par les autres partenaires, alors qu'auparavant leurs perceptions étaient en partie teintées de préjugés. De nouvelles pratiques de collaboration qui n'avaient pas été envisagées jusque-là sont apparues même à l'extérieur des équipes. Par exemple, dans le cas où la situation d'un patient est complexe, le personnel du CSSS peut participer à la réunion d'évaluation des besoins du patient, au CHUS, avec le médecin spécialiste, pour envisager les services à domicile à offrir au moment de la sortie de l'hôpital. De telles rencontres permettent de statuer sur les services à rendre au patient et à sa famille, et rassurent le médecin sur la capacité des services de première ligne de prendre la relève de l'hôpital. Cela évite d'éventuelles ruptures de services dans le continuum qui risqueraient d'engendrer une nouvelle hospitalisation.

La communauté stratégique a amené les participants à prendre davantage conscience de la nécessité de changer le rôle des infirmières. Elle est aussi parvenue à réduire les inquiétudes rattachées à l'expérimentation de nouveaux ratios de ressources au sein des équipes de travail. En somme, l'ouverture et la capacité de concevoir et de mettre en application des changements ont été accrues dans chacune des organisations.

#### FACTEURS DE SUCCÈS

À la suite de cette étude de cas, de nombreux apprentissages paraissent applicables à des situations de changement dans d'autres systèmes et organisations complexes.

#### AGIR DE FAÇON CIBLÉE AU NIVEAU OPÉRATIONNEL

Nos résultats indiquent qu'il est probablement plus avantageux d'exécuter d'abord plusieurs actions de changement à



partir de besoins relevés au niveau opérationnel de manière à répondre aux attentes des clients. Par la suite, on pourra procéder aux ajustements systémiques vers le haut de la pyramide plutôt que l'inverse, comme le proposent habituellement les modèles et les théories dans le domaine de la gestion du changement. En effet, suivant les stratégies traditionnelles, les changements sont planifiés par les dirigeants au sommet de la hiérarchie, puis ils sont mis en œuvre en cascade vers le bas de l'organisation. Cette approche nécessite l'ajustement préalable de nombreuses composantes du système sur une grande échelle avant de venir toucher les opérations. Lorsque de tels changements sont abandonnés en cours de route, cela provoque du cynisme chez le personnel, qui considère les initiatives de changement de la direction comme un simple effet de mode. Agir de façon ciblée au niveau opérationnel constitue une clé du changement organisationnel, du moins en ce qui concerne l'organisation du travail. Quand l'action est localisée, elle permet de révéler les facteurs d'inertie et les embûches de toutes sortes qui empêchent sa mise en œuvre effective, et ce, dans un cadre suffisamment circonscrit pour qu'il puisse être traité dans la pratique.

#### **OBTENIR L'ENGAGEMENT FERME DES DIRIGEANTS**

L'engagement ferme et simultané des directeurs généraux dès le démarrage du projet est une condition *sine qua non* du succès du changement. Cette condition, qui est souvent relevée dans la littérature, n'est pas banale étant donné que le rôle de la communauté stratégique consiste à remettre en question les pratiques existantes. D'ailleurs, certains détracteurs du projet ont mentionné que, sans l'appui résolu des directeurs généraux, les initiatives de changement auraient rapidement été délaissées au profit d'autres priorités. Comme rien n'est déterminé à l'avance, il paraît essentiel de commencer par établir un niveau de confiance élevé entre les directeurs généraux, les participants et les cadres concernés pour que les expérimentations puissent avoir lieu.

#### **NOMMER UN RESPONSABLE DU DOSSIER ASSOCIÉ À LA DIRECTION DE CHAQUE ORGANISATION PARTENAIRE**

Nous avons aussi noté qu'il est indispensable de pouvoir compter sur un porteur du dossier engagé (champion) qui soit directement associé à la direction générale dans chaque organisation. Cela assure l'interface entre la communauté stratégique et les représentants des groupes d'intérêts touchés par l'expérimentation (les directions, les syndicats, etc.). Comme les autres cadres et les instances décisionnelles et consultatives sont relativement tenus à l'écart de l'expérimentation, il importe de maintenir des communications formelles et informelles tout au long de celle-ci. Pendant les changements, toutes sortes de rumeurs sont lancées dans les milieux; il est donc nécessaire qu'un porteur bien identifié remette les pendules à l'heure au fur et à mesure du déroulement des activités.

#### **FAIRE PARTICIPER LES PERSONNES QUI SUBIRONT LES CONSÉQUENCES DU CHANGEMENT**

Les actions de la communauté stratégique sont déterminées à partir des choix qu'effectuent les participants qui devront vivre avec les conséquences du changement. L'acceptation des transformations dans l'organisation du travail sera d'autant

plus aisée qu'elle sera le résultat de la réflexion des personnes qui exécutent le travail au quotidien. La participation des cadres de premier niveau à la communauté stratégique constitue une condition incontournable du succès de cette approche lorsqu'elle permet de transformer l'organisation du travail. Dans notre cas, nous avons établi des modalités d'arrimage et de communication entre les membres de la communauté et les gestionnaires qui se sont révélées insuffisantes dans la pratique. Nous avons dû accomplir des activités de rattrapage auprès des gestionnaires pour qu'ils se réapproprient les choix de la communauté stratégique et qu'ils s'engagent personnellement dans la mise en place des équipes.

#### **COMBLER AVEC SOIN LE POSTE DE CONSEILLER-ANIMATEUR**

Le rôle de conseiller-animateur s'est avéré essentiel au succès de la communauté stratégique. Le titulaire de ce poste «apporte un soutien constant aux cadres pour traiter les diffi-

*Agir de façon ciblée au niveau opérationnel constitue une clé du changement organisationnel.*

cultés opérationnelles qu'engendre le projet. Il doit appuyer les différentes initiatives sur les unités de travail et composer avec les tensions que le changement provoque. C'est aussi ce dernier qui assure les relances répétées pour que les actions suivent les décisions prises dans chacun des milieux et ne restent pas sans effet.

#### **DONNER DU COACHING ET DU SOUTIEN AUX CADRES**

Le *coaching* et le soutien qu'apportent les professionnels de recherche aux cadres des divers niveaux de l'organisation aident ces derniers à prendre du recul et à réfléchir aux stratégies d'intervention. Le *coaching* sert aussi à soutenir les gestionnaires qui doivent exécuter des interventions délicates auprès du personnel qui avait acquis au fil du temps des habitudes de travail inconciliables avec les nouveaux rôles mis en place.

#### **METTRE EN ŒUVRE LES TRANSFORMATIONS SIMULTANÉMENT DANS LES ORGANISATIONS PARTENAIRES**

L'approche de la communauté stratégique nécessite la mise en œuvre simultanée des transformations dans les organisations partenaires, puisque la cible d'intervention se situe à l'interface entre ces dernières. Ce constat, qui pourrait être vu comme une contrainte liée à l'approche, a paradoxalement eu pour effet de stimuler les partenaires à progresser à un rythme soutenu, à cause de leur engagement envers les autres à réaliser le projet en commun. Des décisions et des actions qui auraient pu être reportées compte tenu de la dynamique interne de chaque organisation ont été prises sur-le-champ pour ne pas nuire au rythme de progression des travaux de l'ensemble. Ainsi, l'approche interétablissements de la communauté stratégique a réduit l'inertie inhérente à la dynamique organisationnelle interne de chacun de ses membres.

## S'ASSURER DE LA COMPLÉMENTARITÉ DES INITIATIVES DE LA COMMUNAUTÉ STRATÉGIQUE AVEC LA MISSION DES ORGANISATIONS PARTENAIRES

Le changement doit être porteur de sens et de cohérence pour le personnel et non entrer en contradiction avec les choix stratégiques du sommet hiérarchique. Dans notre étude de cas en particulier, la cohérence, la compatibilité et la complémentarité des initiatives de la communauté stratégique avec l'ensemble des orientations et des politiques ministérielles (la plus haute instance du système) dans le domaine de l'oncologie et des soins palliatifs constituent un facteur facilitant qui évite les contradictions et favorise la synergie.

## CONCLUSION

Notre étude de cas illustre le fait que l'implantation d'une communauté stratégique au sein d'un regroupement d'établissements requiert des efforts considérables à plusieurs niveaux pour les partenaires en cause. L'approche de la communauté stratégique, mise en œuvre initialement dans le secteur des télécommunications pour favoriser l'innovation, s'est avérée tout à fait transférable dans le secteur de la santé et des services sociaux. Dans les deux cas, elle nécessite une remise en question du paradigme du fonctionnement en silos qu'on observe encore fréquemment dans notre système de santé, comme dans la plupart des grandes organisations traditionnelles.

Dans une communauté stratégique, rien n'est fixé à l'avance, si ce n'est l'intention de départ. Dans ce cas-ci, il s'agissait de transformer l'organisation du travail tout au long d'un continuum de soins dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre spécialisée, en prenant comme point d'ancrage l'expérience de l'utilisateur au cours de ses interactions avec le système. En passant à l'action sur des problématiques opérationnelles précises et localisées, la communauté stratégique aide à gérer la complexité du système et pousse les autres composantes organisationnelles à s'ajuster. Comme les membres de la communauté stratégique sont recrutés parmi les acteurs qui vivent la problématique au quotidien, ces derniers sont bien placés pour imaginer une manière d'améliorer le fonctionnement existant et de faciliter l'appropriation des innovations par leurs pairs qui connaissent les mêmes conditions. Plus qu'une simple approche de changement, la communauté stratégique représente une structure qui permet d'accroître sensiblement la capacité des organisations de concevoir et de mettre en œuvre des changements en s'appuyant sur les personnes mêmes qui accomplissent le travail.

## NOTE

1. Les auteurs tiennent à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Fondation de recherche en administration de l'Université de Sherbrooke, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et le Centre de santé et de services sociaux du Granit dont le soutien financier et matériel a permis la réalisation de ce projet.

## RÉFÉRENCES

- Kodama, M. (2002), «Transforming an old economy company through strategic communities», *Long Range Planning*, vol. 35, p. 349-465.
- Kodama, M. (2005), «Innovation through networked strategic communities: Case study on NTT DoCoMo», *Journal of Management Development*, vol. 24, n° 2, p. 169-187.
- Shibata, T., Kodama, M. (2007), «Knowledge integration through networked strategic communities: Two case studies in Japan», *Business Strategy Series*, vol. 8, n° 6, p. 394-400.
- Wenger, E.C., Snyder, W.M. (2000), «Communities of practice: The organizational frontier», *Harvard Business Review*, vol. 78, p. 139-145.