

# DONNER UN SENS AU MOT RÉSEAU : L'EXPÉRIENCE DE LA COMMUNAUTÉ STRATÉGIQUE EN ESTRIE

Article n° 08.02.16 Mots-clés : communauté stratégique, interétablissements, collaboration, changement, organisation du travail.



**MADELEINE AUDET**  
**DBA**

Professeure agrégée  
Département  
de management  
et gestion des  
ressources humaines  
Faculté d'administration  
Université de Sherbrooke

Cet article rend compte d'une expérience de collaboration hors du commun menée par les établissements et organismes de santé en Estrie depuis 2007. Confrontés à la nécessité de trouver des solutions novatrices pour maintenir et améliorer leurs services dans un contexte de pénurie de ressources, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et des CSSS de la région ont utilisé l'approche de la communauté stratégique (CS) comme levier de changement pour accroître la collaboration interétablissements.



**MARIO ROY**  
**PH. D.**

Professeur titulaire  
Département  
de management  
et gestion des  
ressources humaines  
Faculté d'administration  
Université de Sherbrooke

## Introduction

Le secteur de la santé et des services sociaux a connu de profondes transformations structurelles au cours des dernières décennies, la plupart d'entre elles ayant été provoquées par des changements législatifs. Par la création des Réseaux locaux de services (RLS) notamment, le gouvernement voulait lever les barrières qui freinent le déploiement du travail en réseau et repositionner les rôles et responsabilités des principaux acteurs pour faire en sorte que les ressources soient mieux distribuées et mieux coordonnées afin de rapprocher les services de la population et (...) *faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux* (Projet de Loi 25, 2003). Toutefois, passer d'un réseau institutionnel, dont les structures sont décrétées, à un réseau opérationnel, où les personnes qui soignent et offrent des services aux patients agissent de façon coordonnée le long d'un continuum, est un défi de taille. Dans un contexte de rareté des ressources tant humaines que financières, les établissements et organismes qui jalonnent le parcours de soin des patients doivent déployer des trésors d'ingéniosité pour y parvenir.

Entre 2007 et 2011, des établissements de santé de l'Estrie (le CHUS, le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), le

CSSS du Granit et le CSSS de Coaticook) et la Chaire d'étude en organisation du travail de la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke, ont formé un partenariat de recherche-action pour utiliser l'approche de la communauté stratégique afin de transformer ensemble l'organisation du travail de certains secteurs d'activité dédiés à des clientèles vulnérables pour lesquelles des améliorations de service étaient souhaitées.

## La communauté stratégique : un levier de changement

La CS est une structure temporaire de collaboration interorganisationnelle, composée de professionnels, de cadres de premier niveau, d'omnipraticiens, de médecins spécialistes, de représentants d'organismes communautaires, etc., dont le mandat consiste à générer,

à mettre en pratique et à évaluer des idées nouvelles concernant l'organisation du travail interétablissements (Roy, Audet, Gosselin, Lortie, Fortier, 2011). Ce concept origine d'une expérience menée au Japon dans le secteur des télécommunications (Kodama, 2002, 2005, 2007 ; Shibata et Kodama, 2007). L'approche, adaptée au secteur de la santé, permet non seulement d'améliorer la collaboration entre les partenaires mais facilite le déblocage de situations qui, aux yeux des principaux acteurs, semblaient être dans une impasse.

La grande particularité de la CS est qu'elle reçoit son mandat directement d'un comité directeur formé des directeurs généraux des établissements partenaires. Elle est appuyée dans ses travaux par une conseillère-facilitatrice. Celle-ci voit à favoriser la progression des changements souhaités

entre les rencontres. Les membres de la CS proviennent des établissements partenaires mais aussi d'organismes communautaires. Ils doivent être proches des soins et services, en contact avec la clientèle ciblée. Ils sont choisis sur la base de leur crédibilité et sont considérés comme des leaders dans leurs milieux respectifs, ce qui leur permet de devenir des agents de changement. Contrairement à la plupart des approches en changement planifié, la CS est une stratégie ascendante de changement puisque les idées émergent de la base. Le tableau 1 présente une comparaison du concept de communauté stratégique avec d'autres approches qui requièrent la participation de groupes de développement, d'amélioration ou de gestion.

Tableau 1 - Comparaison de quelques approches d'amélioration ou de changement utilisées dans le réseau de la santé

Approche	Cible	Modalité	Composition	Exemple	Durée
Communauté stratégique	Amélioration du continuum inter-établissement ou de la collaboration en réseau.	Identification d'idées d'amélioration, développement des idées sous forme de projets, mise en œuvre des projets retenus et évaluation.	Intervenants crédibles et proches du terrain, professionnels, médecins, gestionnaires de premier niveau provenant des organisations qui doivent travailler en réseau.	Une CS en santé mentale élabore les règles de fonctionnement d'un guichet d'accès unique pour les patients de la région, met en place ce guichet et évalue cette expérience pendant les six premiers mois d'exercice.	Mandat limité dans le temps, structure temporaire, en général 2 ans.
Communauté de pratique ou Groupe de codéveloppement	Développement des individus, retombées éventuelles pour le milieu par l'amélioration des compétences.	Partage de connaissance autour d'une pratique commune aux participants.	Cadres ou professionnels intéressés provenant d'organisations différentes ou d'une même organisation. Les participants ne doivent pas se sentir évalués ni être en compétition. La composition varie selon les intérêts et la disponibilité des personnes.	Les responsables de la qualité de différents établissements se réunissent 4 fois par an pour partager leurs difficultés et leurs meilleures pratiques. Les chefs d'unités d'un même établissement se réunissent pour partager leur expérience dans la gestion des employés difficiles.	Long terme.
Équipe de projet	Réalisation d'un mandat dont les composantes et les frontières sont déjà définies par une autre instance.	Conception des activités requises pour la réalisation et le suivi des projets à l'aide d'outils standardisés (MIP, MAP, MOP).	Cadres et spécialistes désignés.	L'équipe de projet d'un CSSS planifie le déménagement et la relocalisation des patients d'un CHSLD qui sera entièrement rénové. Une autre équipe de projet va planifier et suivre un changement de système informatisé de gestion.	Mandat limité dans le temps, en général de 6 mois à 2 ans.
Équipe Kaizen	Amélioration d'un processus interne.	Identification des activités à non-valeur ajoutée d'un processus et des moyens d'améliorer le processus visé. S'inscrit habituellement dans une démarche globale de <i>lean management</i> .	Membres des unités de travail concernées par le problème.	L'équipe Kaizen d'un centre hospitalier revoit le processus d'assortiment des chariots de médicaments pour diminuer les retours.	Projets courts dont les résultats doivent être visibles rapidement, de 2 à 6 mois.

## Conditions préalables à la mise sur pied d'une CS

Comme l'approche de la CS est contre-culturelle dans le secteur de la santé, un milieu habitué à être gouverné du haut de la pyramide vers le bas, par des décrets, règlements, directives et normes de toutes sortes, il est important que les cadres impliqués ou touchés par l'expérience partagent les valeurs de gestion par la base. De plus, la structure d'appui qui doit être mise en place pour soutenir les travaux de la CS étant relativement lourde (comité directeur pour la gouvernance, groupe de soutien pour l'adaptation des milieux, groupe de suivi pour la concertation), il faut vraiment que le jeu en vaille la chandelle. Il est donc préférable de recourir à cette approche lorsque la nécessité d'intervenir sur un continuum de soins s'impose parce que la clientèle est vulnérable, qu'elle doit effectuer des allers-retours réguliers entre différents points de services, autrement dit, une clientèle pour laquelle les risques de « tomber entre deux chaises » sont élevés. À cet effet, le diagnostic de la situation initiale, réalisé par une personne indépendante (consultant externe ou chercheur) aide à établir la pertinence de la démarche.

## L'expérience des CS en oncologie et en santé mentale

Entre 2007 et 2011, trois communautés stratégiques ont été successivement constituées, les deux premières pour transformer l'organisation du travail en oncologie et la troisième pour intervenir sur l'organisation des soins et services en santé mentale.

La volonté d'instaurer un travail collaboratif interétablissements a servi de révélateur aux modes d'organisation très variés que rencontre le patient qui va d'un établissement à l'autre pour recevoir des soins et services. Ainsi, la clientèle vivant avec un cancer n'était pas distinguée des autres clientèles aux CSSS, où le travail se divisait sur la base du lieu et de la durée de prestation des soins (p. ex., soins à domicile, services courants). Le diagnostic de la situation initiale a révélé un nombre important de dédoublement d'activités et d'incongruités vécues par les patients dû au fait, entre autres, que les différents intervenants d'un établissement à l'autre ne se connaissaient pas. La première expérimentation en

oncologie a permis d'instaurer des équipes de soins stables dédiées à la clientèle vivant avec un cancer dans les trois établissements partenaires. L'existence de ces équipes a facilité par la suite l'introduction de nouveaux projets d'amélioration, fruits du travail de la deuxième communauté stratégique en oncologie. Ainsi, les expérimentations visant l'automédication des patients et un meilleur arrimage entre l'établissement hospitalier et les organismes communautaires ont pu être menées et évaluées. Globalement, au terme des deux premières

années d'existence du projet, les résultats et les apprentissages ont été suffisamment positifs et intéressants pour que les établissements partenaires décident de reprendre l'expérience auprès d'une nouvelle clientèle, afin d'améliorer l'organisation du travail sur le continuum de soins de personnes vivant avec un problème de santé mentale.

La reprise de l'expérience auprès d'une nouvelle clientèle a permis de raffiner l'approche et d'identifier les étapes essentielles dans la conduite d'une communauté stratégique.

Tableau 2 - La CS en étapes

Durée	Étapes
3 à 6 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prédémarrage</li> <li>• Alliance et engagement politique des acteurs</li> <li>• Constitution du partenariat</li> <li>• Formation du comité directeur incluant les directeurs délégués</li> <li>• Consultation des cadres supérieurs des continuums pressentis</li> <li>• Choix préliminaire d'un continuum de soins</li> <li>• Adoption d'un budget de fonctionnement</li> <li>• Adoption d'une structure d'encadrement                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Choix d'un conseiller externe</li> <li>Choix d'une conseillère-facilitatrice</li> <li>Choix d'une animatrice de la CS</li> </ul> </li> <li>• Identification des membres du groupe de soutien</li> </ul>
1 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostic</li> <li>• Établissement du portrait de la situation initiale (diagnostic du continuum) par le conseiller externe indépendant</li> <li>• Composition et choix des membres de la CS</li> </ul>
+ ou - 18 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Démarrage de la CS et mise en œuvre des expérimentations</li> <li>• Présentation publique du portrait de la situation du continuum</li> <li>• Présentation des autres initiatives en cours au sein du continuum</li> <li>• Formation et sensibilisation des participants à la CS</li> <li>• Familiarisation des membres de la CS avec le continuum de soins et services interétablissements</li> <li>• Émergence des idées</li> <li>• Choix de projet(s) à expérimenter</li> <li>• Développement de projet(s) à expérimenter</li> <li>• Mise en œuvre des expérimentations</li> <li>• Suivi et évaluation (en continu)</li> <li>• Diffusion et pérennisation</li> </ul>
Après 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérennisation</li> <li>• Poursuite de la collaboration à travers les structures existantes</li> </ul>



En quelques mois, les participants, qui au départ entretenaient entre eux un niveau de confiance très faible, sont parvenus à identifier des idées concrètes et réalisables à court terme pour améliorer l'organisation du travail entre les établissements et organismes concernés. Trois expériences pilotes, visant surtout l'amélioration de la communication et la circulation de l'information sur le patient, ont été menées et évaluées. Ces expériences, bien que modestes, ont eu un impact positif sur les milieux et ont contribué à accroître la capacité des intervenants à aborder des problèmes plus complexes.

L'approche de la CS est apparue aux participants, quel que soit leur niveau hiérarchique, comme une stratégie efficace pour passer à l'action. Un an après le début des travaux en santé mentale, la collaboration entre les organisations concernées avait clairement progressé. La figure 1 ci-dessous illustre l'importance de cette progression.

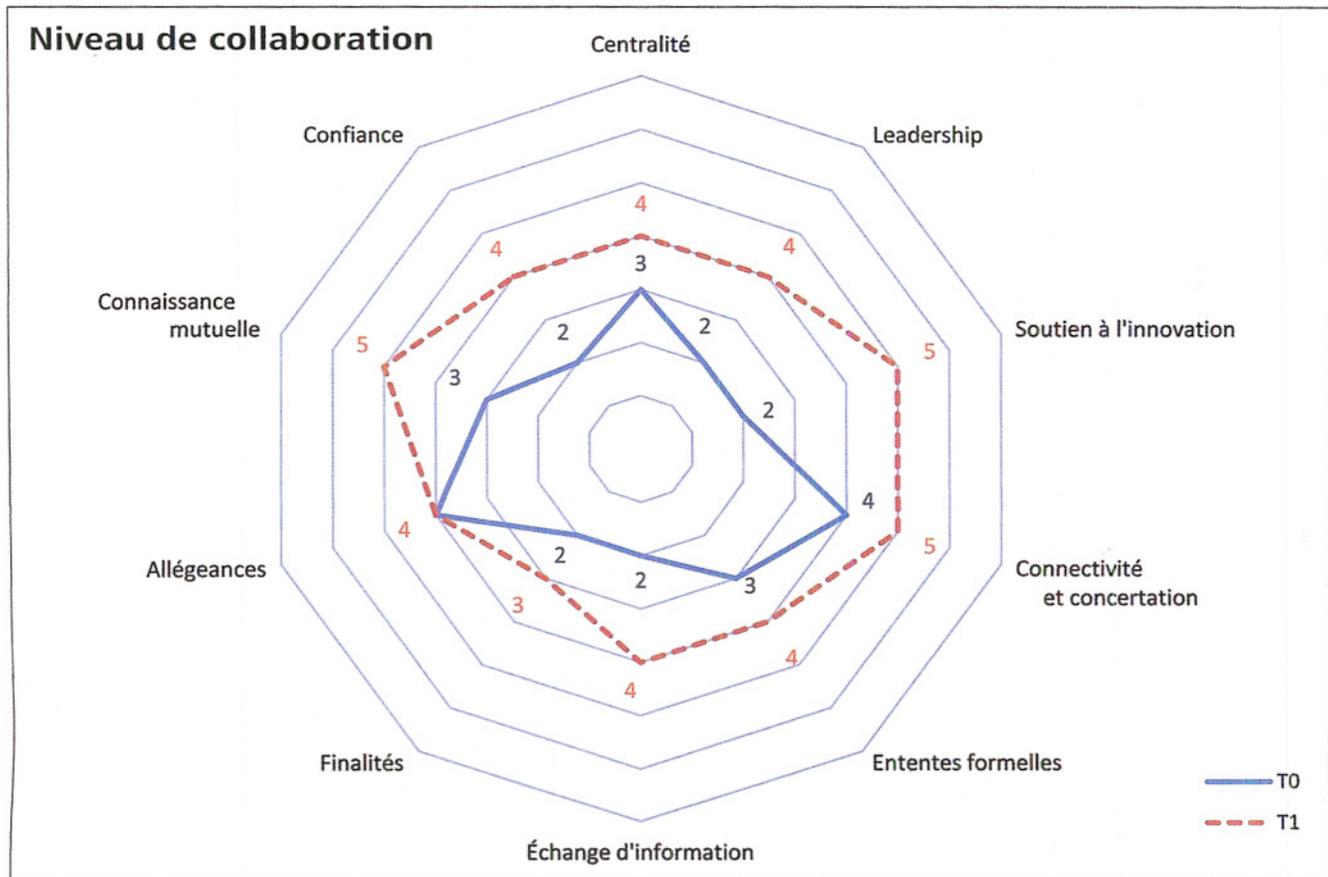
## L'expérience de la CS pour ceux et celles qui la vivent

Les personnes qui acceptent de s'impliquer dans l'expérience de la CS s'engagent à participer à un nombre de rencontres qui peut paraître important compte tenu des horaires déjà très chargés des uns et des autres. À titre d'exemple, entre mars 2010 et avril 2011, les membres de la CS en santé mentale ont participé à 15 rencontres d'une durée approximative de trois heures chacune. De plus, chacune de ces rencontres exige un certain niveau de préparation. Il y a parfois des lectures à faire ou encore des propositions à préparer, des idées à soumettre aux collègues pour en vérifier la pertinence ou la faisabilité. Au fil des semaines, les membres de la CS prennent connaissance de la réalité des uns et des autres, partagent leurs expériences, identifient des pistes d'améliorations possibles

sur lesquelles ils peuvent agir ensemble et qui ont un impact sur les services rendus aux patients. Ils sont aidés en cela par le travail de l'animatrice et de la conseillère-facilitatrice. Ces dernières font le point entre chacune des rencontres et soutiennent la progression des travaux. Le rôle de la conseillère-facilitatrice à cet égard est particulièrement déterminant puisqu'elle voit concrètement au suivi des expérimentations sur le terrain.

Dans tous les cas que nous avons observés, les participants sont passés d'une situation initiale perçue comme étant sinon sans issue, à tout le moins fortement problématique, à une situation où la collaboration devenait possible et la confiance en nette progression. Quelques citations recueillies à l'occasion des entrevues de fin de projet en santé mentale illustrent les perceptions des participants quant à la contribution de la CS à l'amélioration des relations entre eux.

Figure 1 – Évolution de la collaboration interorganisationnelle en santé mentale en Estrie (Sherbrooke) entre l'automne 2009 (T0) et le printemps 2011 (T1)



Appréciation établie à partir d'entrevues semi-dirigées (20 en T0 et 28 en T1) réalisées auprès de personnes provenant des milieux touchés par les expérimentations ainsi que de représentants de l'ASSS. Le contenu des entrevues a été analysé à l'aide d'une catégorisation basée sur le modèle de D'Amour et collab., 2003, 2008.

« [...] je pense vraiment que c'est l'absence de lieux communs qui faisait qu'on travaillait en silos, chacun on faisait notre affaire, là j'ai vraiment l'impression qu'il y a des points de rencontre (à travers la CS et ses expérimentations). Puis ça, ça aide, ces points de rencontre-là, [...] il y a une relation qui existe, donc il y a un pont qui existe entre nous et les autres milieux. »

« [...] la communication s'est améliorée. [...] quand il y a un problème et que ça monte jusqu'à nous, on s'appelle puis ça se règle, puis on travaille en collaboration. »

« Moi, en tout cas, je le sens là parce que justement, avant, on en n'avait pas de discussion, très peu. [...] Je pense que, dans les gens qui étaient là, ce qui rassemblait les gens, c'était qu'il y avait une volonté des membres de la CS de faire avancer les choses. Il y avait de l'ouverture d'esprit. »

« [...] j'ai vraiment senti qu'on était un partenaire à parts égales (les organismes communautaires). [...] c'est comme si c'était venu le réaffirmer ou le démontrer qu'il y avait vraiment une belle reconnaissance du milieu. »

« On a appris à pouvoir se dire les choses et à être capable de se les dire. Et ça, j'ai trouvé que c'était un plus. »

## Les principaux enjeux

Le recours à cette stratégie de changement comporte de nombreuses implications de nature politique. D'abord l'engagement des directeurs généraux à siéger sur le Comité directeur dépasse largement ce que l'on entend habituellement par *l'engagement de la haute direction*, condition essentielle

que l'on retrouve dans tous les modèles de changement planifié. Ils doivent accepter de dégager concrètement environ trois heures de leur temps par mois pour l'allouer au projet. Cette particularité de l'approche a contribué à accélérer la mise en œuvre des changements puisqu'aucun établissement ne voulait être responsable d'avoir ralenti la progression des autres. De plus, le partage des préoccupations et des propositions émanant de la base amène une autre dimension à la prise de décision. L'existence de ce projet, et les sommes nécessaires à sa réalisation que les différents établissements ont dû y consacrer, a provoqué des insatisfactions dans chacun des milieux, certains ayant dû reporter ou abandonner des projets qui allaient dans une autre direction. Dans d'autres cas, des gestionnaires ont dû être affectés à d'autres fonctions, étant trop inconfortables avec une approche ascendante de changement.

## La transférabilité de l'approche

Parce qu'elle permet de passer à l'action, l'approche de la communauté stratégique est apparue comme une stratégie de changement à retenir pour les directeurs généraux des établissements de santé de la région de l'Estrie. Malgré la fin du projet de recherche, la communauté stratégique en santé mentale poursuit ses travaux tandis qu'une nouvelle communauté dédiée à la clientèle présentant un trouble envahissant du développement est en démarrage. Des projets sont actuellement à l'étude pour évaluer l'adaptabilité de l'expérience à d'autres contextes au Québec et un guide de mise en œuvre de la CS est en cours d'élaboration.



## Conclusion

Au terme des quatre années d'expérimentation de la CS, il apparaît clairement que cette approche, bien qu'elle soit exigeante, rend possible l'introduction de changements désirés dans les pratiques et le fonctionnement interétablissements qui ont des effets positifs immédiats sur les soins et services offerts. De plus, elle permet d'améliorer de façon sensible la collaboration interétablissements en amenant les intervenants à se dégager de leur silos respectifs pour repenser ensemble l'organisation du travail tout au long d'un continuum de soins et services et passer à l'action d'une façon concertée. ●

## Références bibliographiques

- D'AMOUR, D., L. GOULET, R. PINEAULT, J. LABADIE et M. REMONDIN (2003). *Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité*.
- D'AMOUR, D., L. GOULET, J. LABADIE., L. SAN-MARTIN-RODRIGEZ et R. PINEAULT (2008). "A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations", *BMC Health Services Research*, 8(188).
- KODOMA, M. (2002). "Transforming an Old Company Through Strategic Communities", *Long Range Planning*, 35, 349-365.
- KODOMA, M. (2005). "Knowledge Creation through Networked Strategic Communities: Case Studies on New Product Development in Japanese Companies", *Long Range Planning*, 38, 27-49.
- KODOMA, M. (2007). "Innovation and knowledge creation through leadership-based strategic community: Case study on high-tech company in Japan", *Technovation*, 27(3), 115.
- ROY, M., M. AUDET, A. GOSELIN, B. LORTIE et L. FORTIER (2011). *La communauté stratégique : une approche pour développer la collaboration interorganisationnelle*. Programme Intégration des données probantes aux décisions 2009 (IDPD), Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS).
- SHIBATA, T. et M. KODAMA (2007). "Knowledge integration through networked strategic communities: two case studies in Japan", *Business Strategy Series*, 8(6), 394-400.