

CHAIRE D'ÉTUDE EN ORGANISATION DU TRAVAIL

**Guide de mise en place d'une communauté stratégique pour
améliorer la collaboration et l'organisation du travail
interétablissements**

Rédigé par

Mario Roy
Madeleine Audet
Lucie Fortier
Annie Gosselin
Pier B. Lortie

**FACULTÉ D'ADMINISTRATION
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE**

Juin 2012

Cette recherche a bénéficié du soutien financier des organismes suivants :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)
- Université de Sherbrooke – Faculté d’administration
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)
- Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS)
- Centre de santé et de services sociaux du Granit (CSSS du Granit)
- Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook (CSSS de la MRC-de-Coaticook)

Pour contacter les chercheurs principaux :

Madame **Madeleine Audet**, DBA
Chercheuse à la Chaire d’étude en organisation du travail
Faculté d’administration, Université de Sherbrooke
Sherbrooke (Québec) J1K 2R1

Téléphone : (819) 821-8000, poste 65030

Télécopieur : (819) 821-7396

Madeleine.Audet@USherbrooke.ca

Monsieur **Mario Roy**, Ph.D.
Titulaire de la Chaire d’étude en organisation du travail
Faculté d’administration, Université de Sherbrooke
Sherbrooke (Québec) J1K 2R1

Téléphone : (819) 821-8000, poste 63334

Télécopieur : (819) 821-7396

Mario.Roy@USherbrooke.ca

Note : Le générique masculin ou féminin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d’alléger le texte.

Remerciements

Nous tenons à remercier tout d'abord les directeurs généraux des établissements qui ont initié le projet, soit Patricia Gauthier du CHUS, Denis Lalumière du CSSS-IUGS et François Therrien du CSSS du Granit. Ils se sont faits complices pour contribuer activement à la gouvernance du projet au sein de leurs milieux respectifs. Leur conviction et leur ferme engagement ont été tels, que les directeurs généraux intérimaires Yves D'Amboise et Marie Trousdell au CSSS-IUGS de même que Jean Lavigne au CSSS du Granit ont tenu à maintenir la démarche. Par la suite, les nouveaux directeurs généraux Carol Fillion au CSSS-IUGS, Pierre Latulippe au CSSS du Granit ainsi que Donald Massicotte au CSSS de la MRC-de-Coaticook se sont intégrés au processus et ont complété le projet aux côtés de Patricia Gauthier.

Nos remerciements vont aussi aux directrices déléguées au projet qui se sont succédées tout au long de ces quatre années d'expérimentation, dont Danielle Saint-Louis (CHUS) qui a initié le projet avec l'équipe de recherche pendant la majeure partie des activités des deux premières années. Nos remerciements vont également à Johanne Archambault (CSSS-IUGS), véritable mine d'information et fidèle collaboratrice, qui a parrainé le projet au CSSS-IUGS depuis son tout début et qui nous a familiarisés avec la culture et le fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Merci aussi à Lucie Houle (CHUS) pour son intérim dans le rôle de directrice déléguée et à Chantal Boucher (CHUS) qui a pris la relève lors des deux dernières années de réalisation du projet.

Nous profitons de l'occasion pour transmettre toute notre reconnaissance aux membres des trois communautés stratégiques (CS) qui nous ont fait suffisamment confiance pour se lancer avec nous dans l'inconnu :

Première CS en oncologie et en soins palliatifs : Julie Audesse, Véronique Bélanger, Josée Charrier, Johanne Fluet, Marie-Claude Langelier, Sylvie Martin, Chantal Mercier, Brigitte Parent et Manon Roy.

Seconde CS en oncologie et en soins palliatifs : Brigitte Benoit, Marie-Pier Blanchette, Nathalie Bolduc, Dr Dominique Dorion, Dre Chantal Doyon, Johanne Fortier, Marie-Claude Gagné, Céline Geoffroy, Josée Tremblay et Martine Veilleux.

Troisième CS en santé mentale : Sophie Duguay, André Forest, Marie-Ève Grenier, Dr Philippe Lamontagne, Mylène Lefebvre, Louise Lévesque, Dre Muriel Mury, Pierre Noël, Carol Poulos et Linda Vigneux.

Notre gratitude s'adresse aussi à Céline Bureau, qui a animé de main de maître les deux dernières communautés stratégiques, et particulièrement à Marie-Josée Massé pour le rôle pivot et central de conseillère-facilitatrice qu'elle a su jouer dès le début du projet au sein des divers établissements.

Nous profitons de l'occasion pour remercier les équipes de direction et tous les gestionnaires des établissements concernés ayant été membres des groupes de soutien qui ont collaboré à ces travaux. Sans leur appui, les communautés stratégiques n'auraient pu fonctionner. Au groupe de soutien des communautés stratégiques en oncologie et en soins palliatifs : Diane Benoît et Lucie Houle du CHUS, Josée Paquette et Marie Trousdell du CSSS-IUGS, Marie-Claude Brunelle et Pierre Latulippe du CSSS-Granit. Au groupe de soutien à la communauté stratégique en santé mentale : Dr Pierre Beauséjour, Manon Lachapelle et Johanne Simard du CHUS, Andrée Duquette du CSSS de la MRC-de-Coaticook et Dre Suzanne Gosselin du CSSS-IUGS.

En dernier lieu, nous transmettons toute notre gratitude à l'ensemble des personnes impliquées au sein des unités du CHUS et des équipes de travail des différents CSSS ainsi qu'aux organismes communautaires, La Rose des vents, APPAMME et Jevi, qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation des expérimentations. Sans leur généreuse contribution, il aurait été impossible de réaliser cette riche expérience de collaboration interétablissements avec tous les apprentissages qu'elle comporte.

Avant-propos

Si vous êtes directeur des ressources humaines, spécialiste en développement organisationnel, cadre supérieur ou professionnel au sein de votre établissement et que vous avez pour mandat d'améliorer le fonctionnement interétablissements de votre organisation avec vos partenaires, ce guide est pour vous. Il a été réalisé au terme d'un projet de recherche-action de quatre ans sur l'utilisation de la communauté stratégique (CS) comme approche de transformation de l'organisation du travail interétablissements dans le continuum de soins en oncologie et en soins palliatifs et le continuum de soins en santé mentale en Estrie. Le CHUS, le CSSS-IUGS, le CSSS du Granit, le CSSS de la MRC-de-Coaticook et la Chaire d'étude en organisation du travail (CÉOT) de la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke ont créé un partenariat qui a permis la réalisation de ce projet.

La préoccupation des partenaires concernait l'organisation du travail interétablissements et l'amélioration de la collaboration au sein de continuums de soins qui comportaient leur part de déficiences, de redondances, de dédoublements d'activités et de relations difficiles. Au-delà de l'intervention clinique, ce sont les problèmes d'organisation opérationnelle qui devaient être traités.

Les résultats obtenus dans les deux cas ont été suffisamment probants pour que l'approche de la CS soit maintenue après la fin des travaux de recherche dans les établissements concernés et qu'elle soit retenue au niveau régional pour intervenir dans de nouveaux continuums. Comme les contextes organisationnels et les particularités régionales varient considérablement d'une région à l'autre, il ne faut pas hésiter à adapter, à changer ou à utiliser d'autres outils et exercices que ceux que nous proposons ici à titre d'exemple et de référence. Il n'y a pas de solutions magiques applicables à tous les contextes d'offre de soins et services. Vous devrez vraisemblablement créer les vôtres. Nous croyons cependant qu'en respectant les principes qui caractérisent l'approche de la CS et en suivant la démarche proposée, vous augmentez vos chances d'améliorer sensiblement la collaboration et le fonctionnement interétablissements au niveau des opérations au sein de votre réseau de soins et services.

En espérant que ce guide saura répondre à vos besoins, nous vous souhaitons une bonne lecture.

L'équipe de recherche
Chaire d'étude en organisation du travail (CÉOT)

Liste des acronymes

APPAMME	Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie
ASSSE	Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
CÉOT	Chaire d'étude en organisation du travail
CE	Consultant externe
CF	Conseiller-facilitateur
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CS	Communauté stratégique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS-IUGS	Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
DD	Directeur délégué
DG	Directeur général ou Directeurs généraux
GASM	Guichet d'accès en santé mentale
GMF	Groupe de médecine de famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OC	Organisme(s) communautaire(s)
PROJET TOT	Projet de transformation de l'organisation du travail
SM	Santé mentale
STCC	Service de triage et de consultation clinique

Table des matières

Remerciements.....	ii
Avant-propos.....	iv
Liste des acronymes.....	v
INTRODUCTION.....	2
Approche de la communauté stratégique.....	4
Qu'est-ce que la CS.....	5
Caractéristiques de la CS.....	5
1. Réseau opérationnel interétablissements.....	6
2. Stratégie ascendante.....	7
3. Structure temporaire ad hoc centrée sur l'action.....	8
4. structure rattachée à la direction générale.....	9
Comparaison des approches d'amélioration ou de changements utilisés dans le réseau de la santé.....	10
Synthèse de la démarche de mise en place d'une CS.....	12
Conditions gagnantes.....	13
PHASE I – Réflexion sur l'opportunité d'entreprendre une CS.....	14
Questions préalables.....	14
PHASE II – Prédémarrage de la CS.....	18
Étape A : Alliance et engagement des DG.....	19
Étape B : Constitution du comité directeur.....	20
1. Modalités de fonctionnement des groupes et comités.....	21
2. Budget annuel, ressources internes investies et déboursés probables.....	23
3. Choix préliminaire d'un continuum de soins et services.....	24
Étape C : Constitution d'une structure d'appui.....	25
Étape D : Diagnostic sur l'état de la situation interétablissements d'un continuum.....	33
1. Composition d'un échantillon de répondants.....	33
2. Adaptation de la grille d'entrevue (questionnaire).....	34
3. Réalisation des entrevues (collecte de données).....	34
4. Analyse des données et rédaction d'un rapport synthèse.....	34
5. Confirmation du choix du continuum de soins et services.....	35
Étape E : Choix des membres de la CS.....	36

PHASE III – Démarrage de la CS.....	38
Étape A : Lancement de la CS.....	39
Activité A-1 : Prise de contact	39
Activité A-2 : Présentation des résultats du diagnostic.....	40
Activité A-3 : Portrait des activités régionales en cours	43
Activité A-4 : Présentation de l’approche de la CS.....	44
Étape B : Intégration des membres de la CS.....	45
Activité B-5 : Intégration des membres de la CS	45
Activité B-6 : Entente de groupe	50
Étape C : Familiarisation au continuum de soins et services	52
Activité C-7 : Visite des sites des partenaires	53
Activité C-8 : Grille d’interface réseau	54
Activité C-9 : Conférence sur le cheminement	56
Activité C-10 : Illustration du parcours.....	57
Activité C-11 : Reproduction d’un parcours.....	61
Activité C-12 : Approfondissement de la problématique	63
Activité C-13 : Priorisation des problèmes identifiés	65
Étape D : Évaluation du fonctionnement de la CS et de sa dynamique	67
PHASE IV – Action et évaluation des expérimentations	70
Cycle de l’action et des expérimentations.....	72
Étape A : Inventaire des solutions possibles	74
Étape B : Choix d’une idée à expérimenter	75
Étape C : Développement des expérimentations.....	80
Étape D : Mise en œuvre des expérimentations.....	84
Étape E : Évaluation.....	88
CONCLUSION	90
Références	91

Liste des tableaux

Tableau 1 : Définition d'une communauté stratégique.....	5
Tableau 2 : Stratégie descendante vs ascendante de changement.....	7
Tableau 3 : Approche traditionnelle vs approche de la CS.....	8
Tableau 4 : Comparaison des quelques approches d'amélioration et de changements utilisés dans le réseau de la santé.....	11
Tableau 5 : Conditions préalables à la constitution d'une CS.....	17
Tableau 6 : Activités à réaliser lors du prédémarrage de la CS.....	18
Tableau 7 : Illustration des coûts et du temps à consacrer pour une CS.....	23
Tableau 8 : Critères de sélection du continuum de soins et services.....	24
Tableau 9 : Fonction principale des composantes de la structure d'appui de la CS.....	25
Tableau 10: Scénario-type d'une entrevue.....	34
Tableau 11: Exemple de la composition de la CS en santé mentale en Estrie.....	37
Tableau 12: Étapes du démarrage de la CS.....	38
Tableau 13: Principales activités réalisées par le conseiller-facilitateur.....	71
Tableau 14: Calendrier global des réalisations des expérimentations.....	73

INTRODUCTION

Ce document de référence a été conçu sous la forme d'un guide destiné à des agents de changements qui désirent utiliser la communauté stratégique (CS) comme approche collaborative visant à introduire des changements dans l'organisation du travail interétablissements tout en tenant compte des organismes communautaires.

Nous débutons par une présentation de l'approche de la CS, son origine, ses caractéristiques et les buts qu'elle poursuit. Le reste du document est découpé en quatre phases. La première s'adresse au lecteur que l'on invite à réfléchir sur l'opportunité d'entreprendre la démarche. Il s'agit de s'assurer que l'approche de la CS est bien adaptée au type de problématique que ce dernier veut résoudre. Dans l'affirmative, il faut préparer (deuxième phase) les milieux à se lancer dans l'aventure. Pour y arriver, un certain nombre de conditions doivent être réunies pour qu'un partenariat interétablissements puisse se concrétiser. L'approche de la CS étant relativement exigeante au niveau de sa mise en place, de sa gouvernance et de sa réalisation, il est préférable de s'assurer que les conditions gagnantes sont réunies avant de lui donner le feu vert.

La troisième phase traite des activités entourant le démarrage de la CS. Il s'agit ici de consolider la CS pour que ses membres fonctionnent comme une équipe d'intervention ayant comme but l'amélioration de l'organisation du travail interétablissements. La quatrième phase est essentiellement une phase d'actions au cours de laquelle la CS remplit véritablement sa fonction d'expérimentation et d'évaluation d'idées de changements au sein des milieux.

Tout au long du document, nous proposons des activités, des exercices et des exemples qui se sont avérés concluants dans le cadre de nos travaux. Vous pourrez les utiliser tels quels, les adapter à votre convenance ou vous en inspirer pour en créer de nouveaux. La CS est une approche qui fonctionne par essais et erreurs jusqu'à ce que la situation s'améliore de façon sensible. Il vous faudra donc une bonne dose de tolérance à l'ambiguïté et une grande ouverture à envisager les choses autrement. La complexité du système de santé et services sociaux est telle, que même des modifications qui peuvent sembler mineures ont des incidences multiples. C'est pourquoi cette approche privilégie l'action comme mode de changement.

À vous de passer à l'action !

Approche de la communauté stratégique

Le concept de communauté stratégique a été proposé initialement par Mitsuru Kodama (2002, 2005) pour illustrer comment la plus grande entreprise de téléphonie du Japon, NTT DoCoMo, a réalisé avec succès un vaste programme d'innovation technologique dans le domaine des technologies de l'information et du multimédia qui a facilité le développement accéléré de l'accès Internet dans la téléphonie mobile. La mise en place temporaire d'une structure souple composée de leaders provenant des opérations de diverses organisations a été la clef du succès pour innover rapidement et concevoir des produits et procédés qui n'auraient pu être imaginés par les moyens traditionnels.

Pour Kodama, l'innovation peut difficilement être produite dans le contexte organisationnel traditionnel, à l'intérieur de structures rigides qui limitent la créativité. Les membres d'une communauté stratégique proviennent d'organisations différentes et apportent avec eux des valeurs et des pratiques différentes qui contribuent à l'établissement d'un contexte propice à la génération de connaissances et d'idées nouvelles. Dans une communauté stratégique, la connaissance n'est pas considérée comme étant une ressource ou une propriété individuelle; elle est plutôt envisagée comme étant le sous-produit des interactions entre les participants (Parent, Roy et St-Jacques, 2007). C'est par le partage d'idées de personnes qui vivent dans des contextes différents et qui ont une culture organisationnelle différente que la connaissance se développe. Les idées nouvelles et les connaissances qui émergent de ces interactions ne pourraient tout simplement pas exister autrement.

L'adaptation de l'approche de la communauté stratégique (CS) au domaine de la santé et des services sociaux au Québec est partie du constat que l'envergure des modifications à l'organisation du travail confinées à l'intérieur d'une unité, d'un service ou d'un établissement est relativement limitée. De telles modifications réalisées en silos sont largement conçues sans tenir compte de ce qui se passe pour les clientèles avant leur arrivée au sein de l'établissement ou après leur départ. En agissant de la sorte, on perd de vue l'idée même du continuum de soins et services pourtant centrale dans le fonctionnement en réseau selon lequel le système de santé et des services sociaux a été construit. En fait, les modifications d'une seule partie d'un continuum n'ont que peu ou pas d'effets sur la performance globale de la prestation des soins et services à la clientèle. Les délais dans l'accès aux services de réadaptation ou à des soins à domicile suite par exemple à une intervention réussie en centre hospitalier peuvent se solder par un retour du patient à la salle d'urgence de l'hôpital, peu importe l'efficacité avec laquelle le traitement avait initialement été réalisé. L'accroissement sensible de la productivité d'une seule partie de la chaîne de services peut créer des goulots d'étranglement dans les parties connexes, engendrant des dysfonctions et de l'inefficacité dans le système pris dans son ensemble.

Plutôt que d'introduire des changements à l'intérieur de chacune des unités ou de chacun des établissements pris isolément, il fallait envisager une approche qui permettait à plusieurs établissements de réfléchir conjointement à des changements à partir d'une analyse de l'expérience vécue par la clientèle dans ses interactions avec les divers points de service tout au long du continuum de soins, depuis le diagnostic initial jusqu'au retour à la santé ou à l'accompagnement en fin de vie.

Qu'est-ce qu'une communauté stratégique ?

Adaptée au secteur de la santé, la communauté stratégique se définit comme suit.

Tableau 1 : Définition d'une communauté stratégique

Une communauté stratégique 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 sont des personnes qui interviennent directement auprès de la clientèle ou qui organisent le travail au niveau des opérations qui composent la CS. Que ce soient des gestionnaires, des personnels de coordination, des professionnels, des spécialistes de diverses disciplines (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.) ou des responsables d'organismes communautaires, les personnes choisies sont considérées comme des leaders dans leur milieu respectif. Elles sont sélectionnées sur la base de leur crédibilité et de la variété de l'expertise requise pour réaliser les travaux.

Le rôle de la CS consiste à :

- générer, expérimenter, évaluer et adopter de nouvelles modalités d'organisation du travail en réseau;
- travailler en étroite collaboration avec les gestionnaires et les personnels directement concernés par les expérimentations;
- s'assurer que les travaux et projets de réorganisation tiennent compte des autres initiatives en cours au sein des milieux.

Caractéristiques de la CS

La CS comporte des caractéristiques particulières qui la distinguent des approches traditionnelles d'introduction de changement dans le secteur de la santé et des services sociaux. Ces caractéristiques doivent être bien maîtrisées par l'agent de changement qui voudra en faire la promotion au sein de son milieu. Les cadres, en particulier, peuvent avoir le sentiment d'une perte relative de contrôle, puisque des initiatives seront prises en marge des mécanismes habituels de prise de décision. L'expérience des quatre dernières années a démontré qu'au contraire, les ressources attribuées à la CS viennent soutenir le cadre dans la mise en place d'initiatives qui améliorent la situation à laquelle il se trouve confronté au quotidien avec son personnel. Les initiatives proposées par la CS font facilement consensus et l'approche facilite leur mise en place de façon relativement rapide et harmonieuse. Les caractéristiques de l'approche de la CS sont :

1. Réseau opérationnel interétablissements
2. Stratégie ascendante
3. Structure temporaire *ad hoc* centrée sur l'action
4. Structure rattachée à la direction générale

1. Réseau opérationnel interétablissements

La CS s'intéresse à tout ce **qui affecte l'interface entre les établissements** au niveau des opérations et activités quotidiennes plutôt que de se restreindre aux aspects dont l'incidence est confinée à l'intérieur des limites de chacune des unités ou services des organisations partenaires. Il s'agit pour elle de :

- réviser l'organisation du travail;
- identifier de nouvelles pratiques interétablissements;
- améliorer l'efficacité des ressources humaines en s'assurant que chaque activité est réalisée par la personne appropriée, au bon moment et au bon endroit;
- identifier et finalement éliminer les doublons d'activités et les pertes de temps entre les établissements.

Par contraste avec les stratégies courantes qui mettent l'accent sur l'amélioration des processus internes existants, la CS vise à améliorer les processus et les relations interétablissements ainsi qu'à imaginer de nouveaux processus et de nouvelles pratiques à partir de sa compréhension de l'expérience de l'utilisateur et de ses interactions avec les diverses composantes du système de santé tout au long de sa trajectoire de soins :

- Fait-on la bonne chose ?
- Devrait-on transférer des activités à d'autres organismes ou établissements pour mieux répondre au besoin de l'utilisateur ?
- Devrait-on en récupérer d'autres ?
- Quelle est la ressource la plus appropriée pour donner le soin requis ?
- Certains traitements pourraient-ils être autoadministrés par l'utilisateur lui-même ?

La CS adopte une perspective globale et transversale de l'organisation du travail en centrant son attention sur l'ensemble du continuum de soins, depuis le diagnostic initial jusqu'au rétablissement complet ou à l'accompagnement en fin de vie des personnes touchées.

La CS s'intéresse à l'expérience vécue par les personnes (Bate et Roberts, 2007), particulièrement en ce qui a trait à l'accessibilité des soins et à la réduction des délais d'attente entre les divers établissements et organismes sans but lucratif auprès desquels les gens doivent se référer pour obtenir les services requis par leur condition.

Par souci de cohérence et de réduction de la redondance, le système de santé et de services sociaux a été constitué sous la forme d'un « réseau institutionnel d'établissements » dont les mandats complémentaires sont relativement bien découpés et encadrés par des ententes de gestion. Ce découpage tend malheureusement à favoriser la constitution de « silos » institutionnels étanches qui paradoxalement nuisent au fonctionnement en « réseau opérationnel » au niveau de la prestation des soins et services. L'adoption d'une vision d'ensemble du continuum de soins questionne aussi les silos professionnels, puisqu'elle implique l'adoption d'une approche interdisciplinaire sur le plan de l'intervention clinique.

2. Stratégie ascendante

Contrairement aux stratégies descendantes (top-down) traditionnelles qui déploient les changements en cascade à partir du sommet hiérarchique jusqu'à la base opérationnelle, l'approche préconisée s'appuie sur des initiatives ascendantes de changement (bottom-up) qui nécessitent souvent l'ajustement des niveaux hiérarchiques supérieurs.

Tableau 2 : Stratégie descendante vs ascendante de changement

STRATÉGIE DESCENDANTE DE CHANGEMENT (TOP-DOWN)	STRATÉGIE ASCENDANTE DE CHANGEMENT (BOTTOM-UP)
<ul style="list-style-type: none">▪ Les changements organisationnels sont envisagés, planifiés et gérés par les dirigeants qui adoptent une perspective d'ensemble de leur système à partir du sommet hiérarchique.▪ Les cadres supérieurs déterminent la nature des changements à implanter et procèdent à leur mise en œuvre en cascade vers le bas de l'organisation en s'appuyant sur les cadres intermédiaires, selon un calendrier préétabli, des mécanismes de communication et d'information jugés nécessaires et des activités de formation lorsque la situation le requiert.▪ Le postulat est à l'effet que le sommet hiérarchique possède la vision d'ensemble requise pour déterminer quels changements devraient être mis en place.	<ul style="list-style-type: none">▪ La CS s'appuie dès le départ sur ceux-là mêmes qui donnent le service pour imaginer et mettre en place de nouvelles façons de répartir, réaliser et coordonner le travail en réseau.▪ Ce sont les systèmes et les structures qui sont appelés à s'ajuster aux travaux mis en œuvre par la CS pour répondre au besoin de la personne plutôt que l'inverse.▪ Le postulat est à l'effet que ceux qui réalisent le travail sont les mieux placés pour générer et mettre en place des initiatives qui tiendront compte des multiples particularités des différents contextes d'offre de soins qui ont cours dans les établissements du réseau.

Cette façon de procéder part du principe que les contextes d'offre de soins sont complexes et très différents les uns des autres. Les solutions mises en place sont difficilement généralisables aux autres milieux; cependant, les transferts sont possibles dans la mesure où ils sont adaptés au contexte des autres organisations par les personnes qui donnent directement les services à la clientèle.

Contrairement à d'autres mécanismes de changements, la communauté stratégique jouit d'une très grande liberté de réflexion et d'action. C'est elle qui analyse la problématique d'ensemble, qui identifie les problèmes à résoudre, qui fait l'inventaire des alternatives possibles, qui choisit ce sur quoi elle va travailler, qui décide du changement à expérimenter, qui le met en place et qui en évalue les résultats. Le comité directeur composé des directeurs généraux des établissements concernés donne le feu vert aux initiatives proposées par la CS. Un groupe de soutien composé de cadres intermédiaires et supérieurs des établissements concernés voit aux ajustements organisationnels nécessités par les expérimentations. Lorsque les résultats sont favorables, les nouvelles pratiques et les nouveaux processus sont intégrés aux activités courantes et éventuellement transférés à d'autres situations ou contextes similaires.

3. Structure temporaire ad hoc centrée sur l'action

La CS est une structure temporaire qui concentre son action dans un laps de temps prédéfini. Cette façon de procéder a l'avantage de maintenir le sentiment d'urgence, puisque les participants savent que la durée de vie de la CS est limitée et que la fenêtre d'opportunité disparaîtra inévitablement. Il faut donc concentrer les efforts sur des initiatives qui auront un effet significatif pour lequel les organisations participantes s'efforceront de maintenir le rythme de travail et le niveau de priorisation.

La CS privilégie *l'action par opposition à la planification* à long terme.

Tableau 3 : Approche traditionnelle vs approche de la CS

APPROCHE TRADITIONNELLE	APPROCHE DE LA CS
<p>Une planification rigoureuse et extensive de tout projet de changement avant de passer à l'action est effectuée. Cette planification permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ d'identifier à l'avance les obstacles probables; ▪ de prévoir des modalités qui devraient permettre de les lever au moment où ils se présenteront; ▪ d'ordonnancer le projet dans le temps; ▪ de répartir les efforts; ▪ de réduire l'incertitude associée au projet de changement. 	<p>La CS privilégie plutôt de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ réduire la planification à sa plus simple expression; ▪ démarrer l'introduction des changements au plus tôt de façon localisée; ▪ consacrer des efforts sur le terrain pour permettre l'ajustement des systèmes à la nouvelle réalité générée par la mise œuvre des changements; ▪ procéder par essais et erreurs jusqu'à ce que le problème soit résolu.

On considère que l'évolution de la situation est tellement rapide au sein du réseau de la santé qu'entre le début et la fin de la planification d'un changement d'envergure, la situation de départ est largement altérée, que les efforts consacrés à une planification extensive sont régulièrement obsolètes avant qu'on ait pu passer à la mise en œuvre. De plus, le contexte d'offre de soins est très différent d'un milieu à l'autre, et les changements comportent des incidences tellement nombreuses qu'il apparaît peu réaliste de tenter de tout prévoir au préalable dans un délai acceptable. En conséquence, il est jugé préférable de résoudre les difficultés au fur et à mesure de leur apparition sur le terrain plutôt que de perdre le *momentum* de la mise en œuvre du changement. De façon typique, les innovations sont expérimentées par essais et erreurs jusqu'à ce que la solution optimale soit adoptée.

4. Structure rattachée à la direction générale

La CS relève directement d'un comité dont le noyau est composé des directeurs généraux des organisations participantes. L'implication des DG est nécessaire pour approuver la modification de règles, de politiques et de pratiques qui doivent être expérimentées simultanément dans les établissements partenaires.

L'implication directe des directions générales vient cautionner les travaux de la CS pour tout le monde. Cela permet de court-circuiter, dans une certaine mesure, les lourds mécanismes habituels d'approbation préalable auprès d'instances organisationnelles et professionnelles diverses avant qu'il soit possible de passer à l'action et d'expérimenter les idées émises au sein de la CS.

Les directeurs généraux se réunissent sur une base mensuelle pour suivre l'évolution des travaux de la communauté stratégique. L'engagement des DG prend diverses formes. Ils doivent :

- consacrer du temps personnel;
- fournir le financement requis;
- dégager des personnes pour que les activités se réalisent;
- embaucher des ressources externes dédiées au projet;
- assurer un soutien politique dans un contexte où plusieurs autres changements concomitants ont aussi besoin de ressources.

La structure comprend aussi un groupe de suivi composé de directeurs délégués qui assure la concertation et la mise en œuvre des décisions du comité directeur, de même qu'un groupe de soutien composé des cadres supérieurs et intermédiaires qui donne des avis sur les propositions de la CS et facilite l'adaptation des systèmes existants aux expérimentations de la CS.

Comparaison des quelques approches d'amélioration ou de changements utilisées dans le réseau de la santé

En tant qu'agent de changement, il est probable que vous aurez à expliquer comment se compare la CS avec les autres stratégies de changement et d'amélioration continue présentement en vogue dans le réseau. Le tableau ci-dessous donne une indication des distinctions qui existent entre diverses alternatives d'intervention bien connues visant l'amélioration du fonctionnement des organisations.

La communauté de pratique est une approche de développement personnel qui s'appuie sur le partage de connaissances et de bonnes pratiques entre des individus qui occupent des postes ou des rôles semblables. L'équipe de projet pour sa part réalise des mandats organisationnels de développement ou de changement d'envergures confiés par la direction. L'équipe Kaizen est un mécanisme d'amélioration continue des processus existants qui vise à éliminer les activités qui n'apportent pas de valeur ajoutée au fonctionnement de l'organisation. Elle vise à mieux faire et de façon plus efficiente ce que l'on fait déjà. La communauté stratégique se préoccupe du continuum de soins et des relations interétablissements. Elle détermine elle-même son mandat à partir d'un diagnostic de la situation interétablissements.

Le lecteur intéressé à approfondir les aspects plus théoriques de l'approche de la CS peut se référer aux divers articles et rapports que nous proposons en référence à la fin du guide.

Tableau 4 - 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 interétablissement 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 co-développement	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 lean management.	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.

Synthèse de la démarche de mise en place d'une CS

PHASES	ÉTAPES	ACTIVITÉS	QUI EST IMPLIQUÉ DANS L'ÉTAPE ?	DÉCISION / POINT CRITIQUE
PHASE I OPPORTUNITÉ D'UNE CS	DÉTERMINATION DE LA DÉSIRABILITÉ ET DE LA FAISABILITÉ	Questions et conditions préalables	Agent de changement et DG de l'établissement	NON → Les conditions ne sont pas présentes. Arrêt ou report à plus tard.
				OUI → Phase suivante.
PHASE II PRÉDÉMARRAGE DE LA CS	A-ALLIANCE ET ENGAGEMENT DES DG	Sensibilisation à la CS et choix d'un directeur délégué (DD) par établissement	DG de l'établissement, agent de changement et DG partenaires	NON → Arrêt ou recherche d'autres partenaires. OUI → Étape suivante.
	B-CONSTITUTION D'UN COMITÉ DIRECTEUR	1. Modalités de fonctionnement	DG partenaires et directeurs délégués	NON → Pas d'entente. Arrêt ou report à plus tard. OUI → Étape suivante.
		2. Budget et répartition des coûts		
		3. Choix d'un continuum de soins et services		
	C-STRUCTURE D'APPUI	1. Groupe de suivi	Directeurs délégués (approbation des décisions par le comité directeur)	Cette étape doit être rapidement exécutée. Si le groupe de suivi rencontre des obstacles, le comité directeur doit agir sur le champ.
		2. Choix d'un conseiller-facilitateur (CF)		
		3. Choix de l'animateur		
		4. Choix d'un conseiller externe (CE)		
		5. Groupe de soutien		
	D-RÉALISATION D'UN DIAGNOSTIC SUR L'ÉTAT DE LA SITUATION D'UN CONTINUUM INTERÉTABLISSEMENTS DE SOINS ET SERVICES	1. Composition d'un échantillon de répondants	CE, DD et représentants des services	
2. Adaptation de la grille d'entrevue		Conseiller externe		
3. Réalisation des entrevues				
4. Analyse des données et rapport synthèse				
5. Confirmation du choix du continuum de soins et services		Conseiller externe et comité directeur	NON → Arrêt ou choix d'un autre continuum de soins et services. OUI → Étape suivante.	
E-CHOIX DES MEMBRES DE LA CS	Composition de la CS	Comité de soutien et directeurs délégués	Si les DD rencontrent des obstacles, les DG doivent agir sur le champ.	
PHASE III DÉMARRAGE DE LA CS	A-LANCEMENT DE LA CS	1. Prise de contact	DG, DD, groupe de soutien, CE, CF, animateur, cadres et coordonnateurs des services/unités concernés et CS	
		2. Présentation du diagnostic	DD, groupe de soutien, CE, CF, animateur, cadres des services/unités concernés et CS	
		3. Portrait des activités régionales en cours	Idem et les conférenciers invités	
		4. Approche de la CS	Idem et les conférenciers invités	
	B-INTÉGRATION DES MEMBRES ET FAMILIARISATION AU CONTINUUM DE SOINS ET SERVICES	1. Intégration des membres de la CS	CF, animateur et membres de la CS	
		2. Parcours de soins et services		
		3. Problématique du continuum de soins et services		
4. Priorisation des problèmes				
C-ÉVALUATION DE LA CS	Fonctionnement et dynamique		Informers les DG de l'évolution de la CS.	
PHASE IV CYCLE ACTION ET EXPÉRIMENTATIONS	A-Inventaire de solutions	Le « Brain writing »	CF, animateur et membres de la CS, tout en impliquant les responsables des services et unités de soins de chacun des établissements	- Réalisation de ces cinq étapes pour chacune des expérimentations. - Approbation des DG pour la mise en œuvre des expérimentations.
	B-Ideé à expérimenter	Choix des idées à expérimenter		
	C-Développement	Développement des idées		
	D-Mise en œuvre	Mise en œuvre des expérimentations		
	E-Évaluation	Évaluation des expérimentations		

Conditions gagnantes

- Implication active des DG tout au long de la démarche de façon à synchroniser les efforts de changement de façon simultanée dans chacun des établissements.
- Nomination d'un directeur délégué qui représente le DG sur le terrain dans chacun des établissements, il agit comme porte-parole du projet dans son milieu.
- Embauche d'un conseiller-facilitateur dont l'allégeance est rattachée à la démarche interétablissements sous l'autorité du comité directeur, il aide à initier les actions sur le terrain et il soutient concrètement les gestionnaires.
- Utilisation d'un conseiller externe impartial pour procéder au diagnostic du continuum de soins interétablissements et aider les établissements à traiter les problématiques internes avant le lancement de la CS.
- Constitution de la CS en choisissant des participants qui proviennent des opérations et qui sont considérés comme des leaders au sein de leur milieu. Ces personnes doivent être à la fois très compétentes et ouvertes à la réalité de leurs partenaires.
- Compréhension et acceptation de la part des cadres qu'ils joueront un rôle de soutien plutôt qu'un rôle de décideur concernant les travaux de la CS. Les initiatives et les expérimentations sont décidées par les membres de la CS, qui s'approprient ainsi la responsabilité de mettre en place et d'évaluer les changements (bottom up).
- Création d'un environnement propice à l'établissement d'une relation de confiance au sein de la CS pour comprendre la réalité des autres milieux et exposer les difficultés de façon ouverte.
- Mise en place d'expérimentations plus simples au départ de façon à accumuler rapidement de petits succès.
- Application systématique du cycle d'expérimentation pour structurer les travaux de la CS.

PHASE I – Réflexion sur l'opportunité d'entreprendre une CS

Suite à la lecture de la partie théorique, l'agent de changement intéressé à appliquer l'approche de la CS doit, en premier lieu, obtenir l'engagement de son DG. Pour y arriver, nous présentons ci-dessous les conditions à réunir pour démontrer la pertinence et l'applicabilité de l'approche. Il faut retenir que ce sera au DG par la suite de créer une alliance et d'engager les autres DG dans la démarche.

Rappelons que l'approche de la CS s'est avérée performante pour améliorer le fonctionnement opérationnel interétablissements au sein de continuums de soins dans lesquels la clientèle doit obtenir des services qui proviennent d'organisations différentes. Elle n'est pas applicable à tous les types de problèmes et n'est pas appropriée pour réaliser tout type de projet interétablissements. Par exemple, le regroupement de services communs à divers établissements, comme l'administration des salaires, la buanderie ou les services alimentaires, peut être réalisé en utilisant une stratégie de gestion de projet plutôt qu'une CS. Bien sûr, les principes de participation du personnel et de collaboration interétablissements que l'on retrouve dans l'approche de la communauté stratégique peuvent accompagner d'autres stratégies d'intervention, mais l'approche de la communauté stratégique a été conçue spécifiquement pour revoir l'organisation du travail interétablissements en regard des soins et services à offrir. Dans cette section, nous allons aborder les questions préalables que l'agent de changement et les DG doivent se poser avant de se lancer dans l'aventure.

Questions préalables

1. La communauté stratégique est-elle une approche appropriée à la situation que l'on veut améliorer (**désirabilité**) ?
2. Les conditions nécessaires pour entreprendre la démarche avec succès sont-elles réunies (**faisabilité**) ?

Une réponse positive à ces deux questions est essentielle pour que l'approche puisse donner des résultats positifs. Si la CS ne semble pas **appropriée** (question 1 – désirabilité), il est préférable de s'en remettre à d'autres stratégies mieux adaptées à la situation que l'on veut améliorer. Si les **conditions nécessaires** ne sont pas réunies (question 2 – faisabilité), il est préférable d'attendre qu'elles le soient ou encore de fournir des efforts pour les créer. Cette mise en garde est importante pour éviter de « brûler » l'approche au sein des milieux.

La première question s'intéresse à la pertinence de l'approche. La CS nous semble appropriée quand :

Le continuum de soins et services ciblé s'adresse à des **personnes vulnérables** nécessitant des soins complexes (ex. : oncologie, santé mentale) qui impliquent un **va-et-vient fréquent de la clientèle entre les établissements.**

Nous avons retenu ce critère en premier parce que la collaboration étroite entre les établissements est particulièrement requise lorsque l'état de santé de la personne visée varie de façon sensible, rapidement et fréquemment. Dans de telles circonstances, la clientèle doit de façon régulière se tourner vers des intervenants localisés dans des sites et des organisations différentes pour accéder

aux services dont elle a besoin. Lorsque les partenaires du réseau agissent en vases clos (silos), c'est la qualité des soins et services qui est menacée, et les coûts de systèmes évitables augmentent rapidement (ex. : redondance et dédoublement des diagnostics professionnels, attentes indues, services de première ligne offerts en centre spécialisé, retards ou interruptions inopinées de traitements, détérioration de l'état de santé, etc.).

L'expérience acquise dans les continuums oncologie/soins palliatifs et santé mentale adulte en Estrie nous a permis de constater les effets bénéfiques, pour la personne traitée et le personnel soignant, du développement de relations étroites entre les intervenants et les gestionnaires de niveau opérationnel lorsque ceux-ci s'entendent pour agir de façon concertée au sein du continuum

La situation initiale à l'égard des services offerts est jugée clairement insatisfaisante par les partenaires et une partie de la clientèle.

L'insatisfaction favorise le changement : s'il est une donnée probante en théorie du changement qui fait consensus aussi bien dans la communauté des chercheurs que celle des praticiens, c'est bien celle-là. La personne est au cœur du système de santé et des services sociaux. C'est pour répondre à ses besoins que les professionnels et les spécialistes de tous horizons ont entrepris leur formation. S'ils sont insatisfaits de la façon dont ils donnent le services, c'est l'essence même de leur engagement qui est en jeu. C'est pourquoi ils sont prêts à investir du temps et des efforts pour changer ce qui doit l'être. Si, au contraire, ils considèrent que la situation est satisfaisante, ils seront peu enclins à se mobiliser pour contribuer à des activités qui ne sont pas pour eux essentielles dans un contexte où les ressources sont limitées.

La collaboration et les relations entre les établissements sont **absentes ou difficiles**.

Le fonctionnement traditionnel en silos comporte divers effets pervers. La confiance entre les professionnels ne peut s'établir qu'au travers de relations personnelles directes dans l'exercice de leur profession. L'absence de relation mine la collaboration, favorise le dédoublement des activités, accroît la méfiance et peut même créer des désaccords sur les interventions à réaliser auprès de la clientèle. La CS s'est avérée un excellent moyen de rapprocher les intervenants, puisque ceux-ci apprennent à se connaître et à apprécier les contextes d'offre de soins dans lesquels ils œuvrent les uns les autres. Lorsque le besoin d'améliorer la collaboration est nécessaire, il est plus facile de mobiliser les troupes pour y arriver.

La pénurie de ressources tant humaines que financières rend difficile, voire **impossible le maintien de l'organisation du travail existante**.

Lorsque les ressources sont abondantes, il est possible d'offrir des services qui devraient théoriquement être localisés chez les partenaires. En situation de pénurie, chacun se doit de se concentrer sur sa mission première et même de revoir l'organisation du travail de façon à maintenir un service de qualité malgré les pressions budgétaires ou le manque de certaines catégories de personnel spécialisé.

Lorsque ces conditions sont réunies, l'investissement dans une approche structurée qui exige des efforts conjoints et simultanés de la part des organisations concernées est pleinement justifié. Il est aussi probable que les principaux intervenants, qu'ils soient cadres ou professionnels, seront ouverts à s'engager fermement dans la démarche pour en faire un succès. Si les changements

anticipés ne concernent pas directement la répartition des soins et services entre les organisations (hôpital, services à domicile, organismes communautaires, etc.), les relations cliniques et administratives entre établissements ou l'interface entre la clientèle et les divers points de service, tout au long du continuum, il est préférable d'envisager d'autres approches.

Une fois que l'on a répondu favorablement à la première question (désirabilité), il faut déterminer si l'approche est applicable dans le contexte particulier des organisations concernées par la problématique (faisabilité).

Les aspects politiques et culturels suivants nous sont apparus déterminants pour le succès de l'approche et son applicabilité au sein des milieux.

L'engagement **actif et constant des DG** pour que toutes les personnes concernées perçoivent bien que les initiatives interétablissements de la CS **auront préséance sur les priorités courantes** de chacun des milieux.

Il est communément admis que l'appui de la haute direction est nécessaire pour que des changements organisationnels puissent se réaliser. Dans le cas de la CS, la situation se complique parce qu'il faut que plusieurs DG soient prêts à s'engager en même temps et faire de l'approche une priorité. Cette condition est essentielle parce que, de façon typique, les initiatives de changements doivent se réaliser de façon simultanée dans tous les milieux concernés. Si les efforts ne sont pas synchronisés, l'intervention court à l'échec.

Les DG doivent se faire suffisamment confiance pour discuter entre eux des déficiences inévitables qui existent au sein de leur organisation respective. Les décisions du comité de direction sont consensuelles, puisque personne ne peut imposer quoi que ce soit aux autres. Le niveau de pouvoir est relativement égalitaire entre les partenaires pour tout ce qui concerne la gouvernance de la CS.

L'agent de changement doit donc s'assurer que son DG est personnellement prêt à s'investir, au point où il ira lui-même s'assurer que les autres DG partenaires potentiels sont dans les mêmes dispositions, pour constituer un comité directeur. Sans l'implication directe des DG, l'approche de la CS ne nous semble pas applicable.

Les cadres concernés à tous les niveaux doivent **adhérer aux principes qui sous-tendent l'approche ascendante (bottom-up)**.

La CS, comme approche de changement, comporte des caractéristiques distinctives qui peuvent heurter les croyances des cadres concernant la gestion. Pour certains, l'introduction de tout changement est de leur ressort et il leur apparaît inopportun de déléguer ce pouvoir aux personnels et gestionnaires des opérations parce que ces derniers n'ont, selon eux, qu'une vision partielle de l'ensemble de la situation. Si les cadres supérieurs entretiennent de telles croyances et que la CS va à l'encontre de leurs valeurs et convictions, la démarche risque fort d'être compromise. Les CS devraient être mises à l'épreuve dans un continuum de soins dont les cadres valorisent la participation directe des personnels aux décisions concernant l'organisation du travail.

Les cadres concernés doivent être prêts à s'engager dans la démarche et à **dégager le personnel et les ressources requises pour permettre la réalisation des travaux**.

La CS nécessite l'investissement en temps de plusieurs personnes provenant de diverses organisations. Cela n'est possible que dans la mesure où les DG et les cadres supérieurs et intermédiaires considèrent que l'investissement en vaut le coup, malgré le contexte de pénurie de ressources humaines et financières. Dans des organisations qui entretiennent des priorités multiples, la contribution de ressources constitue un indicateur fiable du sérieux de l'engagement des cadres et de leurs dirigeants.

En résumé, la CS est une modalité d'introduction de changements relativement lourde et engageante qui ne se prête pas à toutes les situations. L'expérience acquise jusqu'à présent nous indique qu'elle est particulièrement appropriée lorsque les conditions ci-dessous sont réunies :

Tableau 5 : Conditions préalables à la constitution d'une CS

CONDITIONS PRÉALABLES	OUI / NON
1. Le continuum de soins et services ciblé s'adresse à des personnes vulnérables nécessitant des soins complexes (ex. : oncologie, santé mentale) qui impliquent un va-et-vient fréquent de la clientèle entre les établissements.	
2. La situation initiale à l'égard des services offerts est jugée clairement insatisfaisante par les partenaires et une partie de la clientèle.	
3. La collaboration et les relations entre les établissements sont absentes ou difficiles.	
4. La pénurie de ressources tant humaines que financières rend difficile, voire impossible le maintien de l'organisation du travail existante.	
5. L'engagement actif et constant des DG est acquis pour que toutes les personnes concernées perçoivent bien que les initiatives interétablissements de la CS auront préséance sur les priorités courantes de chacun des milieux.	
6. Les cadres concernés à tous les niveaux adhèrent aux principes qui soutiennent l'approche ascendante (bottom-up).	
7. Les cadres concernés sont prêts à s'engager dans la démarche et à dégager le personnel et les ressources requises pour permettre la réalisation des travaux.	

Les conditions énumérées ci-dessus sont les mêmes pour tous les établissements partenaires. Lorsque l'agent de changement croit que les conditions préalables sont raisonnablement présentes, il est en mesure de rencontrer son DG pour déterminer si ce dernier partage sa lecture de la situation et s'il croit que les DG des organisations partenaires pressenties seront suffisamment intéressés pour s'engager personnellement et financièrement dans la démarche.

Si le DG est prêt à se faire le promoteur de l'approche auprès de ses collègues DG, on peut passer à la phase suivante du prédémarrage.	✓
--	---

PHASE II – Prédémarrage de la CS

L'approche de la CS nécessite un engagement continu de plusieurs personnes provenant de tous les niveaux hiérarchiques des établissements. C'est pourquoi il est important de réaliser un ensemble d'activités préalables au démarrage de la CS pour préparer les milieux à entreprendre la démarche et s'assurer que les conditions requises sont présentes. La phase de prédémarrage comporte cinq étapes qui apparaissent dans le tableau ci-dessous. Dans les pages qui suivent, nous reprenons en détail chacune des étapes en décrivant les activités qu'elles comportent.

Tableau 6 : Activités à réaliser lors du prédémarrage de la CS

ÉTAPE A : ALLIANCE ET ENGAGEMENT DES DG

Choix d'un représentant par DG (directeur délégué)

ÉTAPE B : CONSTITUTION D'UN COMITÉ DIRECTEUR

1. Modalités de fonctionnement
2. Adoption d'un budget et répartition des coûts
3. Choix préliminaire d'un continuum de soins et services

ÉTAPE C : STRUCTURE D'APPUI

1. Comité directeur
2. Choix d'un directeur délégué
3. Groupe de suivi
4. Choix d'un conseiller-facilitateur
5. Choix de l'animateur
6. Choix d'un conseiller externe
7. Constitution du groupe de soutien

ÉTAPE D : RÉALISATION D'UN DIAGNOSTIC

1. Composition d'un échantillon de répondants
2. Adaptation du questionnaire
3. Réalisation des entrevues
4. Analyse des résultats
5. Rédaction d'un rapport synthèse
6. Confirmation du choix du continuum de soins et services

ÉTAPE E : CHOIX DES MEMBRES DE LA CS

ÉTAPE A : Alliance et engagement des DG

Le DG de l'établissement qui initie la démarche a pour première tâche de rencontrer ses homologues des autres établissements pressentis pour les familiariser à l'approche de la CS et vérifier leur intérêt à s'engager avec lui à diriger la démarche à titre de partenaire. Lors de ces rencontres, le DG pourra s'appuyer sur l'agent de changement concernant l'approche et la réflexion entamée sur l'opportunité de recourir à la CS.

Le partenariat ne pourra être créé que dans la mesure où les DG auront la conviction que l'approche de la CS est à la fois hautement pertinente (désirabilité) et applicable (faisabilité) à la problématique qu'ils veulent résoudre.

Cette démarche de cooptation des partenaires ne peut être réalisée que par un DG qui entretient des relations de confiance avec ses homologues. Il devra être suffisamment familier avec l'approche pour la présenter sommairement : les avantages et les exigences, les buts généraux, le mode de gouvernance, la structure d'appui, une estimation des investissements en ressources humaines et financières requis, et les raisons qui l'amènent à considérer que les résultats anticipés compenseront largement pour les efforts consentis par les partenaires. Cette étape, bien qu'elle s'initie de façon relativement informelle, est cruciale pour la suite des événements. La collaboration interétablissements a pour but de revoir l'organisation du travail, elle ne peut exister que sur une base volontaire et s'appuyer sur la confiance que les DG entretiennent les uns avec les autres en tant que personnes.

**L'alliance et l'engagement politique des DG
constituent l'assise de l'approche de la CS.**

Compte tenu de leurs fonctions au sein de leur établissement, les DG ne peuvent assurer les fonctions de coordination, de concertation et d'agent de liaison requises au quotidien par l'approche de la CS. C'est pourquoi un directeur délégué¹ par établissement est choisi à titre de porte-parole du projet. Il occupe un rôle central dans l'adoption et la mise en œuvre de l'approche de la CS dans son milieu. Dans le cadre de ses fonctions, il relève du DG de son établissement. La description du rôle et des responsabilités des directeurs délégués apparaît à la section structure d'appui.

¹ L'agent de changement qui a initié le processus est un candidat tout indiqué pour remplir cette fonction au sein de son organisation.

ÉTAPE B : Constitution du comité directeur

Le comité directeur, formé des DG et des directeurs délégués, assure la gouvernance de la démarche et prend l'ensemble des décisions stratégiques requises par le projet.

Les premières discussions du comité directeur concernent :

1. *Modalités de fonctionnement du comité directeur*

Il est important de connaître qui jouera le rôle d'animateur ainsi que le rôle de secrétaire (convoquer les rencontres, préparer les ordres du jour et faire les comptes rendus).

2. *Budget et répartition de la charge financière*

L'adoption d'un budget d'opération et d'une formule de répartition de la charge financière vient concrétiser l'entente de partenariat entre les DG.

3. *Identification des continuums de soins et services pressentis*

Les conditions doivent être propices dans tous les établissements.

Les directeurs délégués seront responsables de donner suite aux décisions des DG dans chacun des établissements. Une première rencontre du groupe de suivi permettra la préparation des actions à poser pour la constitution de la structure d'appui.

1. Modalités de fonctionnement des groupes et comités

Les modalités de fonctionnement proposées sont relativement formelles et s'appliquent au comité directeur et à tous les groupes de la structure d'appui. En pratique, elles permettent de s'assurer que les réunions sont **courtes, efficaces, productives et centrées sur l'action**.

Liste des modalités :

- une personne membre du groupe ou comité est responsable de la convocation, de la préparation et de l'animation de la rencontre;
- une personne membre du groupe ou comité est responsable de rédiger un bref compte rendu des décisions indiquant le suivi à effectuer, la personne responsable et une date d'échéance;
- un support de secrétariat pour contacter les participants, produire et photocopier les ordres du jour, les comptes rendus et les documents d'accompagnement;
- des rencontres limitées dans le temps à **2 heures** de travail;
- un calendrier de rencontres **bloqué à l'avance** pour toute l'année;
- des invités externes au groupe ou au comité peuvent contribuer aux travaux sur une base ponctuelle en fonction de leur expertise.

La séquence des rencontres **doit être conçue** de façon à ce que le groupe de suivi se réunisse avant le groupe de soutien et le groupe de soutien, avant le comité directeur. En procédant de la sorte, toute l'information nécessaire aura été rassemblée pour permettre la prise de décision du comité directeur et le démarrage de l'action par la CS.

EXEMPLE D'UN COMPTE RENDU D'UNE RÉUNION D'UN COMITÉ DIRECTEUR

Présences : DG des trois établissements
Directeurs délégués (DD)
Conseiller-facilitateur

Date : 12 novembre 2011
Heure : 14 h 30 à 16 h 30
Endroit : Édifice X, salle 3040
Rédigé par : Directeur délégué

Prochaine rencontre : 12 décembre 200X, de 14 h 30 à 16 h 30
Édifice X, local 3040

SUJETS	DÉCISIONS / ACTIONS (QUOI)	QUI	ÉCHÉANCE (QUAND)
Adoption de l'ordre du jour	L'ordre du jour est adopté avec l'ajout suivant : ▪ [...].	DD	[Date]
Adoption du PV du 01/01/11 et suivi des actions	Le procès-verbal est adopté et les suivis suivants sont effectués : ▪ [...].	DD	[Date]
Budget et financement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Répartition des coûts de la façon suivante : [...]. [Tel partenaire] sera responsable de l'aspect financier. Le transfert de fonds se fera [...]. ▪ Recrutement des conseillers et de l'animateur. ▪ Le conseiller-facilitateur sera localisé au [...]. ▪ L'animation du comité directeur sera assurée par [...]. 	DG DD DD DD	[Date]
Choix d'un continuum de soins et services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les choix possibles sont [...]. ▪ Qui doit-on consulter ? Comment procéder ? ▪ [...]. 	DD	[Date]
Points divers d'information et de discussion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le MSSS envisage [...]. Le DG [Un Tel] fera un suivi pour ses collègues du comité directeur. ▪ Le DG [Un Tel] consulte ses collègues sur la façon dont ils fonctionnent pour obtenir [...]. ▪ [...]. 	DG [Un Tel]	[Date]
Clôture de la réunion	La réunion prend fin vers 16 h 30.		

2. Budget annuel, ressources internes investies et déboursés probables

Tableau 7 : Illustration des coûts et du temps à consacrer pour une CS

RÔLES	TEMPS CONSACRÉ À LA CS	COÛTS APPROXIMATIFS
DIRECTEUR DÉLÉGUÉ	2 jours/mois	Temps prévu dans l'horaire de travail
CONSEILLER-FACILITATEUR	3 à 5 jours/semaine (pour 2 ans)	Contrat d'une année renouvelable 80 000 \$ + bénéfices marginaux (5 jours/semaine) selon l'échelle salariale
CONSEILLER EXTERNE	Au besoin (diagnostic, évaluation, etc.)	Honoraires professionnels 30 000 \$
ANIMATEUR	4 à 8 h/rencontre de la CS (temps de préparation et d'animation)	Temps prévu dans l'horaire de travail
COMITÉ DIRECTEUR GROUPE DE SOUTIEN GROUPE DE SUIVI	(2 heures/mois)	Temps prévu dans l'horaire de travail
PARTICIPANTS À LA CS	Cadres, professionnels	Temps prévu dans l'horaire de travail
	Employés qui demandent un remplacement (ex. : infirmières)	Salaire des remplaçants
FRAIS ADMINISTRATIFS ET FRAIS DE DÉPLACEMENT POUR LE CONSEILLER-FACILITATEUR ET AUTRES RESSOURCES		10 000 \$/an

[Nous recommandons de prévoir un budget sur deux ans pour une CS]

Le temps consacré au partenariat est plus élevé au départ, mais la situation se stabilise par la suite en fonction du rythme auquel les milieux sont en mesure de mettre en place et d'évaluer les initiatives de la CS.

Répartition de la charge financière

Chacune des organisations membre du comité directeur doit contribuer aux déboursés requis par le fonctionnement de la CS. La répartition des charges peut se faire au prorata des budgets respectifs de fonctionnement de chacun des établissements partenaires. Les investissements peuvent également prendre la forme de libération de ressources pour effectuer notamment l'animation ou l'évaluation des expérimentations de la CS. Il s'agit de maintenir une certaine équité dans les investissements en fonction de la capacité de dépenser des partenaires.

3. Choix préliminaire d'un continuum de soins et services

Le choix du continuum de soins dans lequel l'approche de la CS sera utilisée constitue une décision stratégique importante pour la suite des événements. Dès les premières rencontres informelles, il est probable que le DG et les directeurs délégués auront envisagé des continuums possibles pour la mise en place d'une CS. Le comité directeur doit, à cette étape, procéder au choix préliminaire d'un continuum de soins parmi les options possibles. Avant d'arrêter ce choix, des consultations informelles auprès des cadres/chefs des établissements partenaires ont avantage à être réalisées par les directeurs délégués ou les DG pour s'assurer que les critères de désirabilité et de faisabilité déjà énoncés sont rencontrés dans chacun des milieux.

Tableau 8 : Critères de sélection du continuum de soins et services

CRITÈRES DE SÉLECTION DU CONTINUUM DE SOINS ET SERVICES	OUI / NON
1. Le continuum de soins et services ciblé s'adresse à des personnes vulnérables nécessitant des soins complexes (ex. : oncologie, santé mentale) qui impliquent un va-et-vient fréquent entre les établissements.	
2. La situation initiale à l'égard des services offerts est jugée clairement insatisfaisante pour les partenaires et une partie de la clientèle.	
3. La collaboration et les relations entre les établissements sont absentes ou difficiles et les partenaires veulent améliorer cet aspect.	
4. La pénurie de ressources tant humaines que financières rend difficile, voire impossible le maintien de l'organisation du travail existante.	
5. L'engagement actif et constant des DG pour que toutes les personnes concernées perçoivent bien que les initiatives interétablissements de la CS auront préséance sur les priorités courantes de chacun des milieux.	
6. Les cadres concernés à tous les niveaux adhèrent aux principes qui sous-tendent l'approche ascendante (« bottom-up »).	
7. Les cadres concernés sont prêts à s'engager dans la démarche et à dégager le personnel et les ressources requises pour permettre la réalisation des travaux.	
8. Autre critère (ex. : priorités ministérielles, etc.)	
9.	
10.	

Il est possible aussi que d'autres facteurs conjoncturels viennent influencer le choix final : une priorité ministérielle, par exemple, peut faciliter l'accès à des ressources financières ou encore créer un *momentum* propice à la mise en œuvre de changements. Au contraire, il est aussi possible que des conditions adverses liées à d'autres changements concomitants, à une trop grande pénurie de ressources au sein du continuum, au départ anticipé de cadres/chefs ou à des relations conflictuelles exacerbées viennent reporter ou écarter un continuum de soins et services qui avait été envisagé. Comme la crédibilité des gestionnaires est sur la sellette dans un tel projet, il est important de s'assurer qu'ils comprennent bien les implications de leur engagement dans la démarche. Il est aussi préférable de choisir un continuum dans lequel les gestionnaires jouissent d'une bonne crédibilité. Nous rappelons finalement que la synchronisation est importante et que tous les partenaires devront s'engager en même temps dans le partenariat à tous les niveaux hiérarchiques impliqués.

ÉTAPE C : Constitution d'une structure d'appui

L'approche de la CS nécessite la création d'une structure *ad hoc* parallèle à la structure hiérarchique existante pour organiser la concertation entre les établissements partenaires, du début à la fin du projet. Elle se veut la plus simple possible de façon à réduire au minimum les délais requis pour passer à l'action. Outre le comité directeur et les directeurs délégués, la structure requiert la création des divers rôles, groupes et comités. Le tableau ci-dessous présente la fonction principale de chacune des composantes de la structure d'appui en support à la CS.

Tableau 9 : Fonction principale des diverses composantes de la structure d'appui

COMPOSANTES	FONCTION PRINCIPALE
COMITÉ DIRECTEUR	Assure la gouvernance de la démarche et donne le feu vert aux expérimentations.
DIRECTEUR DÉLÉGUÉ	Représente le partenariat au sein de son établissement.
GROUPE DE SUIVI	Met en place la structure d'appui, réalise les décisions du comité directeur, assure le suivi de la démarche et facilite la concertation interétablissements.
CONSEILLER-FACILITATEUR	Soutient l'exécution des travaux nécessaires à la réalisation des expérimentations imaginées par la CS.
ANIMATEUR	Anime les réunions de la CS.
CONSEILLER EXTERNE	Réalise et présente le diagnostic du continuum de soins et services choisi.
GROUPE DE SOUTIEN	Donne son avis sur les propositions de la CS et facilite l'adaptation des milieux aux expérimentations.
CS	Imagine, propose, expérimente et évalue des idées de changements au sein des milieux.

Tous les groupes et comités sont constitués d'individus provenant des diverses organisations partenaires de façon à refléter la nature égalitaire des rapports qu'ils entretiennent. De plus, les personnes externes embauchées pour remplir les rôles particuliers requis par l'approche relèvent du comité directeur pour la reddition de comptes. Sur le plan administratif, ils sont rattachés à l'un ou l'autre des établissements. Leur indépendance est importante dans la mesure où leur allégeance est attribuée au projet plutôt qu'à un milieu en particulier. Dans les pages qui suivent, nous présentons les divers groupes et rôles qui composent la structure d'appui en plus du comité directeur.

COMITÉ DIRECTEUR

COMPOSITION

- DG des établissements impliqués.
- Directeurs délégués.
- Conseiller-facilitateur.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

- Assurer la gouvernance du partenariat.
- Prendre les décisions stratégiques concernant l'approche de la CS.
- Suivre l'évolution des activités et entériner les choix de la CS.
- S'assurer de la cohérence des initiatives de la CS avec les autres activités ou changements en cours dans les établissements et dans le réseau.
- Fournir le financement et les autres ressources nécessaires au fonctionnement de la CS.
- Fournir le soutien tangible dont les directeurs délégués et la CS ont besoin tout au long du projet pour dénouer les situations potentiellement conflictuelles.
- Faciliter la concertation et la collaboration de toutes les directions et de tous les services dans chacun des établissements et autres organisations qui sont concernés par les travaux de la CS.

FRÉQUENCE ET DURÉE DES RENCONTRES

- 1 fois par mois (de septembre à juin).
- Durée d'environ 2 heures.

LIEU

- Salle de conférence de l'un ou l'autre des établissements.

DIRECTEUR DÉLÉGUÉ

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

- Agir à titre de maître d'œuvre de la mise en place de la structure d'appui.
- Agir à titre de porte-parole de l'approche de la CS au sein de son milieu.
- Faire la promotion dans son milieu de la vision interétablissements que l'on doit adopter avec l'approche de la CS.
- Représenter le partenariat auprès du réseau de la santé (ex. : ASSSE, MSSS, etc.)
- Rencontrer avec le DRH les instances syndicales et professionnelles pour les informer des travaux de la CS.
- Recruter et recommander le choix des membres de la structure d'appui.
- Favoriser la collaboration des cadres et des gestionnaires concernés par le projet.
- Soutenir le conseiller-facilitateur, l'animateur et le consultant externe.
- Soutenir le conseiller-facilitateur dans la diffusion des travaux de la CS au sein de l'établissement.
- Gérer les aspects politiques du projet.
- Effectuer la gestion financière du projet.
- Participer au groupe de suivi et siéger sur des comités/groupes de la structure d'appui.
- Animer le comité directeur au besoin.

INVESTISSEMENT REQUIS

- Temps de préparation et de participation au comité directeur, groupes de suivi et de soutien ainsi que du temps de soutien aux conseillers (3 heures/semaine).

CARACTÉRISTIQUES RECHERCHÉES CHEZ LE CANDIDAT

- Capacité à se dégager de la perspective de son milieu (silo) pour adopter une vision interétablissements dans toutes les décisions et les actions qui concernent l'approche de la CS.
- Crédibilité autant en intraétablissement qu'en interétablissements.
- Capacité à poser un regard impartial (non partisan) sur la situation du continuum de soins.
- Capacité à influencer les autres sur la base de son style personnel plutôt que sur l'autorité associée à son poste.
- Compréhension des enjeux politiques et stratégiques de son organisation.
- Ouverture aux idées nouvelles.

GROUPE DE SUIVI

COMPOSITION

- Directeurs délégués.
- Conseiller-facilitateur.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

- S'assurer de réaliser les décisions prises au comité directeur.
- Traiter des aspects politiques et stratégiques suscités par le démarrage et le fonctionnement de la CS.
- Préparer les milieux à participer aux diverses activités suscitées par la CS (ex. : diagnostic, composition de la CS, expérimentations, etc.).
- Faciliter la concertation interétablissements en rapport avec les travaux de la CS.
- Élaborer un plan de communication organisationnel concernant la CS.
- Assurer la communication des travaux de la CS au sein des milieux.
- Soutenir le conseiller-facilitateur et le conseiller externe dans la réalisation de leur mandat.

FRÉQUENCE ET DURÉE DES RENCONTRES

- 1 à 2 rencontres par mois.
- Durée d'environ 2 heures par rencontre.

LIEU

- Local de l'un ou l'autre des établissements.

CONSEILLER-FACILITATEUR

RÔLE

Véritable pivot de la démarche, le conseiller-facilitateur est présent sur tous les comités et groupes de la structure d'appui en plus d'être un membre actif de la CS. Il est le « bras opérationnel » qui facilite et accélère la réalisation de toutes les tâches et activités concrètes qui découlent des travaux de la CS au sein de tous les établissements concernés. Il peut être appelé à animer les réunions de la CS. Son allégeance va au regroupement des partenaires plutôt qu'à un établissement en particulier. Il constitue le principal mécanisme de support aux gestionnaires affectés par la mise en œuvre des initiatives de la CS.

RESPONSABILITÉS

- Contribuer à la mise en place des communautés stratégiques.
- Soutenir l'animateur dans la préparation et l'animation des rencontres de la CS.
- Contribuer à la réalisation des grandes étapes des travaux de la CS.
- Aider les sous-groupes lors de l'expérimentation de nouvelles modalités d'organisation du travail.
- Assurer le suivi des travaux des sous-comités de la CS.
- Soutenir la CS dans l'évaluation des expérimentations et leur adoption éventuelle.
- Assurer le lien avec les autres initiatives de changement en cours.
- Effectuer le coaching auprès des gestionnaires pour traiter des difficultés éventuelles induites lors des expérimentations.
- Gérer les aspects logistiques entourant la CS, les expérimentations et les divers comités/groupes intraétablissement et interétablissements liés aux travaux de la CS.
- Effectuer la liaison avec les autres directions, départements et services impliqués dans les expérimentations.
- Informer le comité directeur, le groupe de soutien et le groupe de suivi de l'évolution de la situation vécue sur le terrain.
- Diffuser l'information concernant l'évolution de la CS au sein des établissements.
- Organiser les rencontres d'information avec les différentes instances syndicales et professionnelles.

INVESTISSEMENT REQUIS

- 4 à 5 jours par semaine.

CARACTÉRISTIQUES RECHERCHÉES

- Important sens de l'organisation et de l'établissement des priorités.
- Propension à l'action.
- Sens politique développé.
- Capacité à demeurer impartial.
- Aptitude à la relation d'aide.
- Tolérance à l'ambiguïté.
- Habilité à communiquer oralement.

ANIMATEUR

RÔLE

La CS est composée de professionnels et de cadres aux expertises variées et provenant d'organisations diverses. Un tel groupe a besoin d'être animé par une personne expérimentée pour faciliter la progression harmonieuse et efficace des travaux. L'expérience a démontré que ce rôle avait avantage à être assumé par l'un des membres des organisations partenaires dans la mesure où cette personne possède une expertise reconnue en animation de groupe par les participants et qu'elle n'est pas directement concernée par les enjeux et les travaux de la CS. Le conseiller-facilitateur ou un animateur externe peut aussi assumer ce rôle.

RESPONSABILITÉS

- Avec l'aide du conseiller-facilitateur, préparer les rencontres de la CS.
- Animer les rencontres de la CS.
- Contribuer à la réalisation des travaux lors des rencontres de la CS.
- Participer aux rencontres du groupe de soutien si nécessaire.
- Démontrer le lien avec les autres initiatives de changement en cours dans les différents établissements.
- Aider les membres de la CS ainsi que les gestionnaires dans la réalisation des expérimentations et des nouvelles modalités d'organisation du travail.

INVESTISSEMENT REQUIS

- Participer aux rencontres préparatoires (1 à 2 h pour chaque rencontre de la CS).
- Animer (environ 3 h pour chaque rencontre de la CS).
- Participer aux rencontres du groupe de suivi (au besoin).
- Participer aux rencontres du groupe de soutien (2 h/mois) (au besoin).

CARACTÉRISTIQUES RECHERCHÉES

- Compréhension du réseau.
- Expérimentée en animation de groupe de discussion.
- Bonne lecture des enjeux politiques et stratégiques interétablissements.
- Bonne connaissance des soins et services associés à la clientèle cible sans toutefois y être associée directement.

CONSEILLER EXTERNE

RÔLE

Le conseiller externe est habituellement un intervenant externe expérimenté qui jouit d'une excellente crédibilité auprès des DG partenaires et de l'indépendance requise pour être en mesure de procéder à un diagnostic sans complaisance de l'état de la situation au sein du continuum de soins pressenti pour la CS. Même si son intervention est limitée dans le temps, son rôle est essentiel pour soulever les enjeux auprès des DG et permettre à toutes les personnes impliquées de se donner une représentation commune de la situation du continuum au démarrage du projet.

RESPONSABILITÉS

- Procéder au diagnostic de la situation initiale du continuum de soins et services offerts dans les organisations concernées de façon à ce que les intervenants se donnent une représentation commune des défis interétablissements à relever.
- Intervenir auprès des DG sur les enjeux politiques et stratégiques de la démarche.
- Contribuer, au besoin, à la mise en place du partenariat et de l'approche de la CS.
- Évaluer (de façon sporadique) les effets des expérimentations sur les milieux et retourner le feedback pour que tous les intervenants puissent en tirer des apprentissages (au besoin).

INVESTISSEMENT REQUIS

- Environ 1 mois pour la réalisation du diagnostic du continuum de soins et services et au besoin par la suite, à la demande du comité directeur ou des DG.
- Évaluation de la CS et des expérimentations en cours et/ou à la fin du projet.

CARACTÉRISTIQUES RECHERCHÉES

- Être reconnu par les DG pour ses compétences et son impartialité.
- Discrétion concernant les informations qui ne concernent pas les autres partenaires.
- Habileté à recueillir et à synthétiser l'information dans un langage accessible pour tout le monde.
- Aisance dans l'analyse des situations complexes ou abstraites.
- Capacité d'écoute et d'empathie envers les autres.
- Habileté à communiquer par écrit et oralement de façon précise et concise.
- Tolérance à l'ambiguïté.
- Intégrité et indépendance professionnelle (capacité à être franc et ouvert dans ses communications avec les DG).

GROUPE DE SOUTIEN

COMPOSITION

- Cadres supérieurs des regroupements d'unités, services et programmes visés par le continuum de soins et services².
- Directeurs délégués.
- Conseiller-facilitateur.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

- S'approprier le modèle de la CS de façon à diffuser une représentation commune de sa finalité et de son fonctionnement au sein des milieux.
- Choisir les participants de la CS, incluant des représentants d'organismes communautaires.
- Cibler, au besoin, un sous-groupe particulier d'utilisateurs au sein de la clientèle globale du continuum de soins et services visé par les travaux de la CS.
- Conseiller ou soutenir les directeurs délégués concernant les enjeux politiques, organisationnels et cliniques propres à chacune des organisations.
- Faciliter l'arrimage des travaux de la CS avec les autres initiatives de changement en cours.
- Réagir, commenter, appuyer ou mettre en garde la CS concernant ses propositions.
- Soutenir la CS dans l'actualisation de son mandat et la mise à l'essai des projets.
- Contribuer à l'évaluation des expérimentations.
- Agir à titre d'ambassadeur de la CS au sein de leur établissement.
- Représenter la CS aux instances consultatives et décisionnelles de leur établissement respectif.
- Collaborer avec les directeurs délégués aux communications organisationnelles concernant la CS.
- Assurer la pérennisation des initiatives de la CS lorsque l'évaluation est positive.

FRÉQUENCE ET DURÉE DES RENCONTRES

- 1 rencontre par mois.
- Durée d'environ 2 heures par rencontre avant le comité directeur.

LIEU

- Local de l'un ou l'autre des établissements.

² Exemple de la composition d'un groupe de soutien en santé mentale (SM) : Au CHUS, le chef médical du programme en SM, l'adjointe aux partenariats cliniques, le chef clinico-administratif au programme SM; Au CSSS-IUGS, l'animateur, la directrice des services généraux et des programmes spécifiques aux adultes, la directrice des services professionnels et du partenariat médical, le directeur délégué et le conseiller-facilitateur.

ÉTAPE D : Diagnostic sur l'état de la situation interétablissements d'un continuum de soins et services

L'approche de la CS part du principe que les membres des établissements doivent mettre en veilleuse leur perspective clinique habituelle en silos pour recadrer la réalité en adoptant la perspective systémique du continuum de soins et services interétablissements. Ils doivent prendre du recul par rapport à leur contexte quotidien et ajuster le focus sur l'expérience vécue par l'utilisateur à tous ses points de contact avec tous les intervenants du réseau. Ce changement de perspective ne peut s'opérer que dans la mesure où les participants ont accès à un diagnostic commun et partagé qui couvre tout le continuum de soins et services.

Le diagnostic est réalisé par un conseiller externe indépendant à partir d'entrevues individuelles et de groupes menées auprès des intervenants clés des établissements et organismes communautaires aux niveaux opérationnel, fonctionnel et stratégique sur le fonctionnement interétablissements et son incidence sur le service à la clientèle. Une fois l'information recueillie et synthétisée par thème, le conseiller externe prépare une présentation synthèse sur un support visuel qui sera communiquée à l'ensemble des personnes concernées lors de la journée de démarrage de la CS.

IMPORTANT :

Il est possible que le diagnostic révèle des enjeux politiques ou stratégiques qui doivent être traités confidentiellement à l'interne de certains établissements avant la tenue de la présentation publique. Il peut être nécessaire, par exemple, de réaffecter certaines ressources à d'autres fonctions pour permettre la poursuite du projet et démontrer le sérieux de la démarche. Le conseiller externe doit, dans ce cas, tenir des rencontres préliminaires avec les DG concernés. De façon typique, le diagnostic vient confirmer la désirabilité et la faisabilité de la mise en œuvre de la CS au sein du continuum de soins et services choisis.

Le déroulement des activités associées au diagnostic :

Recrutement du conseiller externe

Le comité directeur procède à l'embauche d'un conseiller externe spécialisé en changement organisationnel et s'entend avec ce dernier sur la nature et l'étendue de son mandat de même que sur les coûts impliqués.

Familiarisation du conseiller externe

Le groupe de suivi ou l'un des directeurs délégués s'assure que le consultant comprenne bien la nature de la demande, les caractéristiques du réseau régional dans lequel il va œuvrer et le rôle du diagnostic dans l'approche de la CS.

1. Composition d'un échantillon de répondants

L'échantillon des répondants est constitué par le conseiller externe et le groupe de suivi en consultation avec les cadres du continuum. L'échantillon doit être représentatif de l'ensemble des établissements, incluant l'Agence et les organismes communautaires impliqués dans le continuum de soins et services. En général, 30 à 35 entrevues semi-structurées individuelles tenues auprès des directeurs, gestionnaires et diverses catégories de professionnels bien informés sont suffisantes pour procéder au diagnostic.

2. Adaptation de la grille d'entrevue (questionnaire)

La formulation des questions doit être adaptée au contexte particulier du continuum de soins et services visé. La grille d'entrevue couvre les thèmes suivants :

- Rôle de l'interviewé au sein du continuum de soins et services;
- Connaissance des initiatives locale, régionale et nationale;
- Enjeux actuels et difficultés;
- Suggestions d'amélioration;
- État de la collaboration entre les établissements;
- Personnes-clés à inclure dans le projet de la CS;
- Autre, si nécessaire.

3. Réalisation des entrevues (collecte des données)

Une période de trois semaines à un mois comportant un calendrier serré d'entrevues est nécessaire. Nous présentons ci-dessous le scénario-type d'une entrevue.

Tableau 10 : Scénario-type d'une entrevue

- Présentation de l'intervieweur.
- Rappel du partenariat de l'approche de la CS, du rôle du diagnostic et de la raison pour laquelle l'interviewé a été choisi.
- Provenance du mandat de l'intervieweur (comité directeur).
- Durée de l'entrevue et garantie d'anonymat.
- Comment et à qui les résultats seront présentés (dépersonnalisation).
- Demande de confirmation de la participation et remerciements d'usage.
- Autorisation d'utiliser l'enregistreuse (comme aide-mémoire).
- Démarrage de l'entrevue.
- Couverture des sujets à l'aide de questions adaptées aux répondants.
- Recueil des propositions et suggestions du répondant.
- Clôture de l'entrevue en vérifiant si l'interviewé considère avoir vidé la question.
- Remerciements d'usage sur l'utilité de la contribution de l'interviewé.

4. Analyse des données et rédaction d'un rapport synthèse sur support visuel

L'analyse des données d'entrevues par le consultant permettra de dégager les principaux thèmes qui composeront le diagnostic. Le support visuel permet de dépersonnaliser l'information. Vous trouverez ci-dessous un canevas de présentation utilisé lors d'un diagnostic antérieur :

- Rappel du mandat
- Méthode de collecte de données
- Composition de l'échantillon
- État de la situation du continuum de soins et services

- Opinion convergente :
 - ce qui va bien
 - expériences positives de collaboration
 - ce qui va moins bien
 - suggestions proposées
- Opinion divergente
- Autres questions soulevées

4. *Confirmation du choix du continuum de soins et services*

Si l'on rencontre des obstacles majeurs au démarrage d'une CS, les DG devront se questionner sur la pertinence d'une CS ou choisir un autre continuum de soins et services.

ÉTAPE E : *Choix des membres de la CS*

La CS est au cœur du partenariat interétablissements. C'est elle qui, suite au diagnostic, choisit les enjeux sur lesquels elle désire initier des changements au niveau de l'organisation du travail interétablissements. Elle génère des idées de changement et les fait approuver par le Comité directeur. Par la suite, c'est la CS qui passe à l'action pour procéder aux expérimentations, les adapter s'il y a lieu, les évaluer et proposer leur pérennisation, voire même leur transfert lorsque les résultats sont concluants.

Compte tenu de l'importance du rôle de la CS, il est nécessaire que les personnes qui la composent soient :

- crédibles et écoutées par la direction, leurs collègues et autres professionnels;
- influentes au sein de leur milieu;
- bien au fait du fonctionnement au quotidien des opérations de leur établissement.

Ces caractéristiques facilitent l'engagement des collègues dans la mise en place des expérimentations initiées par la CS. Si un membre de la CS dont la participation est nécessaire ne peut assister à toutes les rencontres, il est possible de moduler sa participation pour ne pas perdre son apport.

La composition de la CS doit aussi refléter, du moins en partie, la variété des catégories professionnelles impliquées dans le continuum de soins et services de même que les organisations concernées. La CS doit inclure un représentant d'organisme communautaire lorsque ce dernier joue un rôle actif bien en lien avec la clientèle ciblée. Il est aussi important d'inclure la présence d'un médecin à titre de membre à part entière ou d'invité, compte tenu du rôle central de ce professionnel dans le traitement de la clientèle. Il peut être utile d'obtenir des avis informels auprès des instances syndicales et professionnelles dans les différents établissements concernant la composition de la CS.

Les participants choisis siègent à titre d'individu et ils ont tous le même statut au sein de la CS. Ils doivent être capable de :

- participer librement et ouvertement, même s'ils occupent des postes dont le niveau hiérarchique est différent;
- dépasser la vision partielle du continuum de soins et services qui se limite à leur département ou service dans leur établissement pour adopter une perspective d'ensemble du continuum.

Le recrutement des membres de la CS est piloté par les directeurs délégués. Le processus débute par des rencontres individuelles avec les cadres supérieurs rattachés au continuum de soins et services visé qui pourront sonder par la suite l'intérêt des personnes qu'ils pressentent comme étant les plus appropriées pour participer aux travaux de la CS.

La liste des membres est soumise pour discussion et adoption au groupe de soutien. Le groupe de soutien s'assure de la représentativité, de la crédibilité et de la capacité des membres à travailler en équipe au sein de la CS.

Tableau 11 : Exemple de la composition de la CS en santé mentale en Estrie

ÉTABLISSEMENTS	FONCTION
CHUS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologue ▪ Psychiatre répondant du CSSS-IUGS ▪ Chef soins et services en santé mentale ▪ Infirmière
CSSS-IUGS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chef santé mentale CSSS-IUGS ▪ Infirmière
CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinatrice santé mentale
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DG de l'APPAMME ▪ DG de JEVI
GMF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecin de famille répondant du CSSS-IUGS
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ animateur ▪ Conseiller-facilitateur

PHASE III – DÉMARRAGE DE LA CS

La phase de démarrage vise à préparer les milieux et la CS à passer à l'action de façon concertée. Elle débute par une session de lancement intensive d'une journée au cours de laquelle l'avant-midi est consacrée à doter les partenaires et les membres de la CS d'une représentation commune de l'état de la situation du continuum de soins et services à l'aide d'une présentation des résultats du diagnostic et des activités régionales déjà existantes. L'autre partie de la journée consiste à présenter l'approche de la CS et à consolider la CS en tant qu'équipe interétablissements.

Par la suite, le calendrier des activités est établi avec les membres de la CS. Ils auront à approfondir la connaissance du parcours de soins et services et la problématique exposée dans le diagnostic. Cette phase se conclue par une priorisation des problèmes. Une mise au point sur le fonctionnement de la CS comme groupe de travail doit être réalisée de façon périodique pour procéder rapidement à la régulation des processus de la CS.

Tableau 12 : Étapes du démarrage de la CS

ÉTAPE A : LANCEMENT DE LA CS

Activité A-1 : Prise de contact

Activité A-2 : Présentation du diagnostic

Activité A-3 : Portrait des activités régionales en cours

Activité A-4 : Approche de la CS

ÉTAPE B : INTÉGRATION DES MEMBRES DE LA CS

Activité B-5 : Intégration des membres de la CS

Activité B-6 : Entente de groupe

ÉTAPE C : FAMILIARISATION AU CONTINUUM DE SOINS ET SERVICES

Activité C-7, C-8, C-9, C-10 et C-11 : Parcours de soins et services

Activité C-12 : Problématique du continuum de soins et services

Activité C-13 : Priorisation des problèmes

ÉTAPE D : ÉVALUATION PÉRIODIQUE DU FONCTIONNEMENT DE LA CS

Activité D-14 : Grille d'évaluation

ÉTAPE A : Lancement de la CS

La journée intensive de la CS débute par une allocution des DG des établissements partenaires qui viennent expliquer pourquoi ils ont choisi de s'engager dans le partenariat, présenter leurs attentes par rapport à la CS et confirmer leur soutien à la démarche. L'allocution est immédiatement suivie par la présentation publique des résultats du diagnostic par le conseiller externe. Dans les pages qui suivent, nous reprenons pas à pas le déroulement de chacune des activités de la journée avec le matériel d'accompagnement suggéré.

ACTIVITÉ A-1 : *Prise de contact*

OBJECTIFS

- Permettre aux DG de démontrer leur engagement.
- Donner aux participants les orientations de la journée et les indications générales sur le déroulement.

RESPONSABLE

- animateur.

DURÉE

- 30 minutes (incluant présentation et questions de clarification).

DÉROULEMENT

- Remerciement des personnes présentes.
- Présentation et explication du rôle des professionnels qui accompagnent l'animateur.
- Explication du déroulement de la journée (horaire, présences, repas, attentes, etc.).
- Invitation des DG pour leur allocution.
- Période de questions.

MATÉRIEL

- Horaire de la journée.

ACTIVITÉS A-2 : Présentation des résultats du diagnostic**OBJECTIFS**

- Présenter et valider le rapport du diagnostic auprès de l'ensemble des parties prenantes.
- Amener l'ensemble des participants à s'approprier la situation et à s'engager conjointement à corriger les problématiques interétablissements qui les concernent tous.

PERSONNES INVITÉES

- Groupe de soutien.
- Membres de la CS.
- Tous gestionnaires impliqués dans le continuum de soins et services.

RESPONSABLES

- Conseiller externe.
- Soutien de l'animateur et du conseiller-facilitateur.

DURÉE

- 90 minutes.

DÉROULEMENT**Présentation du diagnostic** (Durée : 30 à 45 minutes)

- Le conseiller externe présente le mandat qui lui a été confié par les DG, la méthodologie utilisée, la composition de l'échantillon et les résultats de son enquête en regroupant l'information selon les thèmes qui auront émergé de son analyse en signalant les points de convergence et de divergence qui sont apparus.
- Pendant la présentation, seules les questions de clarification sont acceptées.

Échanges sur les premières réactions et idées de changements (50 à 60 minutes)

- Suite à la présentation, on demande aux participants de noter individuellement sur une échelle de 1 à 10 dans quelle mesure le diagnostic présenté correspond à leur propre lecture de la situation.
- Le conseiller-facilitateur ramasse les réponses des participants et compile la moyenne.
- Les résultats de cette compilation sont annoncés à l'assemblée.
- Dans un deuxième temps, les participants sont invités à réagir au diagnostic et à envisager des pistes générales de changements possibles.
- L'animateur remet aux participants une feuille d'exercices à compléter individuellement.
- L'animateur demande aux participants de former des dyades en se regroupant avec des personnes faisant partie d'une autre unité d'appartenance.
- Ils échangent leur feuille complétée avec l'autre personne qui devient le porte-parole des idées inscrites auprès de l'auditoire.
- Les délibérations sont notées et présentées sur de grandes feuilles dont le contenu sera transmis à la CS par la suite.
- À la fin de l'échange, les participants remettent au conseiller-facilitateur la feuille complétée par les participants pour en faire une synthèse et la remettre aux membres de la CS lors de leur prochaine rencontre.

MATÉRIEL

- Copies papier de la présentation du diagnostic pour les participants.
- Tableau de grandes feuilles amovibles (« flip chart »).
- Crayons.
- Feuille d'exercice A-1 : Échange sur le diagnostic de la situation du continuum.

Feuille d'exercice A-2 : Échange sur le diagnostic de la situation du continuum de soins et services

Exercice individuel de 5 minutes]

Mon unité d'appartenance est : _____

Répondre aux questions suivantes :

1. Quels sont vos impressions générales suite à la présentation du diagnostic de la situation du continuum de soins et services ?

2. Que devrait-on changer pour améliorer le service de notre continuum auprès des personnes utilisatrices ?

ACTIVITÉ A-3 : *Portrait des activités régionales en cours*

OBJECTIF

- Situer le rôle de la CS dans l'ensemble des travaux en cours au sein du continuum de soins et services dans la région.

PERSONNES INVITÉES

- Groupe de soutien.
- Membres de la CS.

RESPONSABLES

- Conférenciers invités représentant les différents établissements.
- Soutien de l'animateur et du conseiller-facilitateur.

DURÉE

- 60 minutes (incluant présentation et questions de clarification).

DÉROULEMENT

- Chacun des conférenciers invités présente les autres projets concomitants dans la région au sein du continuum de soins et services (ex. : projet clinique, plan d'action régional, etc.).
- L'animateur doit s'assurer, au cours de cette activité, que les conférenciers proviennent d'établissements différents et que le temps imparti à chacun d'eux pour la présentation et la discussion soit équitable compte tenu des sujets couverts.
- Pendant la conférence, seules les questions de clarification sont permises.

MATÉRIEL

- Copies papier de la présentation des conférenciers.

ACTIVITÉ A-4 : *Présentation de l'approche de la CS*

OBJECTIF

- Présenter l'approche de la CS et son fonctionnement pour s'assurer que les membres de la CS auront une représentation commune de la démarche dans laquelle ils s'engagent.

PERSONNES INVITÉES

- Membres de la CS.

RESPONSABLE

- Conseiller-facilitateur.

DURÉE

- 75 minutes (incluant présentation et questions de clarification).

DÉROULEMENT

- Le conseiller-facilitateur présente l'approche et ses composantes, le rôle de la CS, son fonctionnement et la structure d'appui. La présentation est suivie d'une période de discussion au cours de laquelle on encourage les membres à poser des questions d'ordre théorique et pratique concernant l'utilisation de la CS au sein de leur continuum de soins et services.

MATÉRIEL

- Copies papier de la présentation.

ÉTAPE B : *Intégration des membres de la CS*

ACTIVITÉ B-5 : *Intégration des membres au sein de la CS*

OBJECTIFS

Permettre aux membres de la CS :

- d'apprendre à se connaître les uns les autres;
- de se familiariser avec le mode de fonctionnement de chacun des services qui composent le continuum de soins et services;
- de partager leur intérêt et préoccupations en lien avec leur participation à la CS.

RESPONSABLES

- animateur, avec le soutien du conseiller-facilitateur.

DURÉE

- 75 minutes.

DÉROULEMENT

- L'animateur donne les directives suivantes concernant le questionnaire :
 - Répondez individuellement aux questions de la feuille d'exercices sur la connaissance des partenaires.
 - L'animateur annonce et commente les résultats au groupe. (En fonction des résultats, des initiatives visant à améliorer la connaissance des partenaires pourraient être entreprises.)
 - L'animateur donne les directives suivantes concernant l'entrevue :
 - Vous aurez à interviewer une personne qui travaille dans un service ou organisme que vous connaissez peu, puis vous devrez la présenter et présenter son service aux autres membres de la CS.
1. Formez des dyades en choisissant une personne qui travaille dans un service appartenant à un établissement que vous connaissez peu.
 2. Prenez quelques minutes pour vous familiariser avec la grille d'entrevue ci-jointe (page suivante). Vous pouvez ajouter des questions au besoin.
 3. Préparez-vous à prendre des notes tout au long de l'entrevue, car vous aurez à présenter votre partenaire aux autres membres de la CS.
 4. En dyade, identifiez la personne qui jouera en premier le rôle de l'intervieweur et celle qui jouera le rôle de l'interviewé.

5. Chaque intervieweur dispose de 15 minutes pour réaliser son entrevue.
6. Terminez l'entrevue en résumant les principaux points que vous avez notés.
7. Une fois le temps écoulé, inversez les rôles, i.e. que l'intervieweur devient l'interviewé et vice versa.
8. Chacun des membres est appelé à présenter son interlocuteur à l'ensemble du groupe.

MATÉRIEL

- Feuilles d'exercices B-5 :
 - Connaissance des partenaires
 - Grille d'entrevue

Feuille d'exercice B-5 : Connaissance des partenaires

[Exercice individuel de 5 minutes]

1. Veuillez vous attribuer une cote, entre 1 et 10, qui correspond à votre connaissance du fonctionnement de vos partenaires et du travail qu'ils font.

Noms des établissements et organismes du continuum de soins et services :

Ex. : CHU	/10
CSSS	/10
Organisme communautaire	/10
Omnipraticien	/10

Commentaires : _____

2. Pour chacun des établissements, veuillez attribuer une cote, entre 1 et 10, qui correspond selon vous à leur connaissance du fonctionnement de votre service et du travail qui s'y fait.

Noms des établissements et organismes du continuum de soins et services :

Ex. : CHU	/10
CSSS	/10
Organisme communautaire	/10
Omnipraticien	/10

Commentaires : _____

3. J'ai besoin de mieux connaître le fonctionnement de mes partenaires et le travail qu'ils font.

Oui Non

- J'aimerais visiter les sites de mes partenaires.
- J'aimerais participer à des rencontres.
- J'aimerais participer à un jumelage.

Autre : _____

Feuille d'exercice B-5 : Grille d'entrevue

[Exercice en dyade de 75 minutes]

1. Profil de la personne interviewée

- A. Sa profession
- B. Son service
- C. Sa fonction / son rôle
- D. Son ancienneté dans le service

2. Comment fonctionne le service dans lequel vous travaillez ?

3. Quelles sont les caractéristiques de votre clientèle ?

4. Quels liens entretenez-vous avec les autres services, unités, secteurs, équipes internes et externes (ex. : coordination des activités interservices) ?

5. Quels sont vos intérêts et préoccupations en acceptant de participer à la CS ?

6. Quelles sont vos attentes concernant la gestion des désaccords ?

7. Profil de la personne interviewée

- E. Sa profession
- F. Son service
- G. Sa fonction / son rôle
- H. Son ancienneté dans le service

8. Comment fonctionne le service dans lequel vous travaillez ?

9. Quelles sont les caractéristiques de votre clientèle ?

10. Quels liens entretenez-vous avec les autres services, unités, secteurs, équipes internes et externes (ex. : coordination des activités interservices) ?

11. Quels sont vos intérêts et préoccupations en acceptant de participer à la CS ?

12. Quelles sont vos attentes concernant la gestion des désaccords ?

ACTIVITÉ B-6 : Entente de groupe

OBJECTIF

- Rédiger une entente de groupe qui décrit explicitement les règles et normes qui lieront les membres de la CS au cours de la réalisation de leurs travaux.

RESPONSABLES

- animateur, avec le soutien du conseiller-facilitateur.

DURÉE

- 75 minutes.

DÉROULEMENT

- L'animateur remet le questionnaire de préparation pour élaborer l'entente de groupe.

Individuellement (durée de 10 minutes)

- L'animateur demande aux membres de répondre individuellement aux questions (voir matériel).
- Il indique aux participants les thèmes utilisés fréquemment et les inscrit sur un tableau à la vue de tous les participants :
 - Participation
 - Communication
 - Préparation personnelle avant les rencontres
 - Gestion des désaccords
 - Règles de décision
 - Etc.

En groupe (durée de 45 minutes)

- L'animateur demande aux participants de s'exprimer à tour de rôle sur leurs attentes et le conseiller-facilitateur inscrit au tableau les éléments retenus par le groupe.
- Il informe les participants que l'entente de groupe sera remise à chacun des membres de la CS lors de la prochaine rencontre pour approbation finale.

MATÉRIEL

- Feuille d'exercice B-6 : Questionnaire entente de groupe.
- Tableau ou grandes feuilles.

Feuille d'exercice B-6 : Questionnaire entente de groupe

1. Quelles sont vos attentes concernant la façon dont la CS devrait fonctionner ?

2. Quelles sont vos attentes concernant la façon dont les membres de la CS devraient se comporter?

3. Qu'est-ce que vous espérez ne pas voir se produire au sein de la CS ?

4. Qu'êtes-vous prêt à apporter comme contribution à la CS ?

5. Quelles règles la CS devrait-elle se donner pour favoriser son bon fonctionnement ?

6. Quelles sont vos attentes concernant la gestion des désaccords ?

ÉTAPE C : *Familiarisation au continuum de soins et services*

Lors de l'étape d'intégration des membres, il est probable que les participants auront pris conscience des failles dans leur connaissance des contextes d'offre de soins et services de leurs partenaires. Cette étape vise à ce que les membres de la CS développent une représentation commune des principaux éléments qui composent le parcours de soins et services des personnes.

À cette section, nous vous proposons cinq déroulements possibles. À vous de choisir ce qui convient le mieux à votre contexte.

Premièrement, il peut s'avérer avantageux d'amener les participants à mieux connaître les soins et services concrets offerts par leurs partenaires en organisant des **visites des sites**.

Deuxièmement, s'il **n'existe pas** de cheminement clinique ou de continuum de soins et services type applicable à une majorité de la clientèle, nous vous proposons d'utiliser l'activité *Grille d'interface réseau*.

S'il **existe** un cheminement clinique ou un continuum de soins et services type, nous vous proposons trois activités possibles :

- Conférences sur le cheminement prévu d'après les spécialistes du domaine.
- Illustration du parcours avec des exemples concrets.
- Reproduction d'un parcours vécu par un usager invité.

Choix d'activités

- Visites de sites.
- Grille d'interface réseau.
- Conférences sur le cheminement.
- Illustration du parcours avec des exemples concrets.
- Reproduction d'un parcours vécu par un usager invité.

Notre expérience nous a démontré qu'il était difficile pour les participants de se représenter la réalité interétablissements. C'est pourquoi nous vous suggérons plusieurs alternatives parmi lesquelles vous pourrez choisir une ou plusieurs activités adaptées à votre contexte ou situation.

ACTIVITÉ C-7 : Visite des sites des partenaires

OBJECTIF

- Permettre aux membres de connaître le fonctionnement opérationnel concret de chacun des sites qui jalonnent le continuum.

RESPONSABLES

- Membre(s) de la CS de chaque site.
- Conseiller-facilitateur.

DURÉE

- Variable.

DÉROULEMENT

- À tour de rôle, les membres de la CS reçoivent l'ensemble des participants de la CS pour effectuer une visite de leur site.
- La visite est l'occasion d'expliquer le fonctionnement au quotidien des intervenants dans leur contexte. C'est aussi l'occasion d'illustrer les aspects problématiques présentés lors du diagnostic, de comprendre les contraintes concrètes vécues au sein des milieux et de développer une représentation riche de la situation.
- Ce type d'activité a l'avantage d'accroître les liens entre les participants dans un contexte moins formel.

MATÉRIEL

- Aucun.

ACTIVITÉ C-8 : Grille d'interface réseau

OBJECTIF

- Permettre aux participants de se donner une vue d'ensemble des soins et services disponibles au sein de leur réseau.

RESPONSABLES

- Animateur, avec le soutien du conseiller-facilitateur.

DURÉE

- Variable.

DÉROULEMENT

- Les participants identifient pour chacun des établissements ou organismes toutes les composantes (unités, équipes, services, etc.) qui entrent en contact direct avec la clientèle à un moment ou l'autre de son parcours de soins. Cette liste est présentée en abscisse.
- Par la suite, à partir d'exemples réels, les participants identifient la liste des activités effectivement réalisées (diagnostic, traitements, etc.) lors des prises de contact. Les éléments sont indiqués dans leur ordre chronologique d'apparition.
 - * *Il est important ici d'inscrire ce qui se passe réellement et non pas ce qui devrait se passer.*
- À chaque activité, on insère un point à l'intersection de la case qui correspond à la composante contactée (ex. : un point à l'intersection de l'activité diagnostic et de la composante urgence de l'hôpital).
- En reliant chacun des points par un trait que l'on numérote, on trace le parcours de soins et services réel emprunté par l'utilisateur.
- Chaque trait qui passe d'une composante à l'autre représente un mouvement de la personne traitée au sein du réseau.
- Pour chaque mouvement d'un établissement ou d'un organisme à l'autre, on qualifie l'expérience de l'utilisateur comme ayant été positive ou négative avec les commentaires insérés dans les bulles.
- Une fois la grille complétée, la grille présente d'un coup d'œil le portrait de l'expérience de la personne tout au long de son parcours de soins et services.

MATÉRIEL

- Feuille d'exercice C-8 : Grille d'interface réseau

ACTIVITÉ C-9 : *Conférence sur le cheminement*

OBJECTIF

- Présenter le cheminement clinique prévu pour la clientèle au sein du continuum de soins et services.

RESPONSABLES

- Conférenciers invités soutenus par l'animateur et le conseiller-facilitateur.

DURÉE

- Variable.

DÉROULEMENT

- Chacun des conférenciers invités présente le cheminement clinique.
- Pendant la conférence, seules les questions de clarification sont permises.

MATÉRIEL

- Copies papier de la présentation pour les participants.

ACTIVITÉ C-10 : *Illustration du parcours*

OBJECTIF

- Illustrer le parcours de soins et services à l'aide d'exemples concrets connus des participants.

RESPONSABLES

- animateur, avec le soutien du conseiller-facilitateur.

DURÉE

- Variable.

DÉROULEMENT

- L'activité se déroule en trois temps (individuel, dyade et plénière).
- L'animateur remet le matériel aux participants en leur indiquant qu'ils doivent illustrer le parcours de soins et services à l'aide d'exemples concrets en utilisant le matériel fourni.
- Tout au long de l'exercice, l'animateur circule dans la salle pour suivre les travaux des participants et répond à leurs questions.
- Si le schéma du continuum de soins et services existe, il le transmet aux participants pour les aider à compléter le(s) parcours. Sinon, les continuums de soins en oncologie et en santé mentale ci-joints peuvent être utilisés à titre d'exemple.

Individuellement

- L'animateur remet à chaque participant trois copies du schéma à compléter.
- Les espaces blancs dans chacune des boîtes doivent servir à inscrire le type de soins et/ou services reçus par la personne.
- Si le participant ne sait pas ce qui s'est passé pour le personnel à certaines étapes du parcours, il inscrit un point d'interrogation dans la boîte.
- Si l'utilisateur est en attente d'un soin ou service, le participant doit inscrire la durée approximative de l'attente.
- Le participant illustre l'histoire d'un cas qu'il connaît bien en complétant le schéma à l'aide des flèches et en portant une attention particulière à la continuité des interventions et aux liens interorganisationnels.
- Le participant est invité à se servir des marqueurs pour colorer les flèches afin d'indiquer, s'il y a lieu, un changement dans la sévérité de la condition de la personne.

Vert : léger Jaune : modéré Orange : sévère

- Le participant illustre environ trois cas, en fonction du temps alloué.

En dyade

- Scénario 1 : Les participants racontent leurs histoires de cas en dyade et essaient d'identifier les éléments similaires ou récurrents.
- Ils complètent le schéma du parcours de soins et services en y insérant les aspects positifs et difficiles des expériences qu'ils racontent.

En grand groupe

- À l'aide de 4 ou 5 histoires de cas qu'il choisit, l'animateur illustre le/les parcours qui caractérise(nt) l'expérience de la clientèle.
- À l'aide des participants, l'animateur fait émerger les points critiques ou problématiques des parcours de soins et services.
-

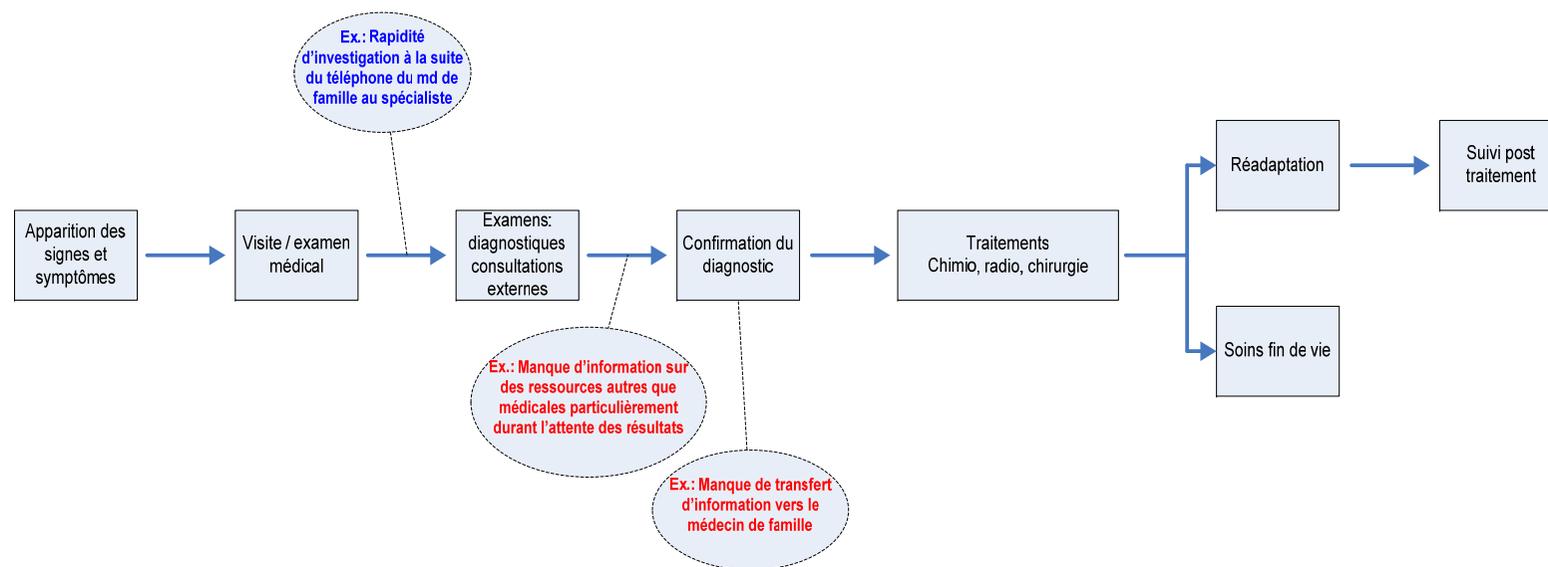
MATÉRIEL

- Feuille d'exercice C-10 : Schéma d'un continuum de soins et services (s'il existe), sinon le continuum de soins et services en oncologie à titre d'exemple.
- Marqueurs de couleur et feuilles de travail.
- Grandes feuilles (« flip chart »).

Feuille d'exercice C-10 : Exemple d'un schéma du parcours de soins et services

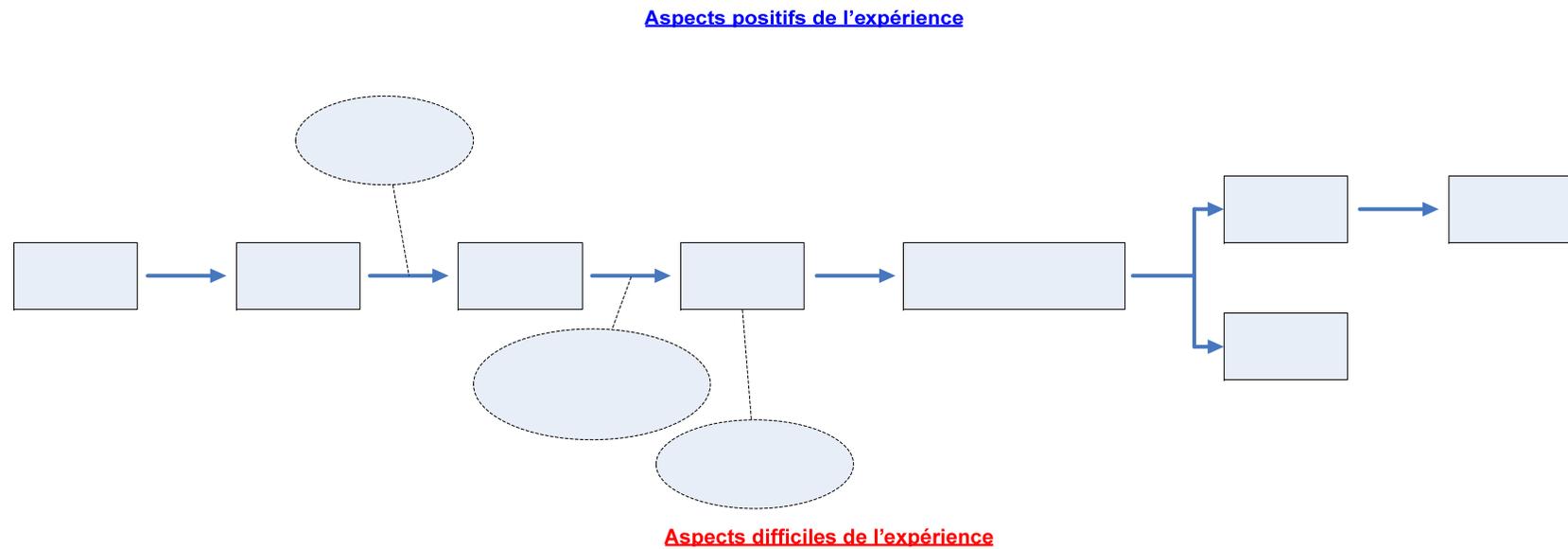
Expérience de la clientèle oncologie tout au long du continuum de soins

Aspects positifs de l'expérience



Aspects difficiles de l'expérience

Feuille d'exercice C-10 : Expérience de la clientèle oncologique tout au long du continuum de soins et services



ACTIVITÉ C-11 : Reproduction d'un parcours vécu par un usager

OBJECTIF

- Illustrer le parcours de soins à l'aide d'une expérience vécue par une personne réelle invitée à raconter son histoire à la CS.

RESPONSABLES

- Animateur, avec le soutien du conseiller-facilitateur.

DURÉE

- Variable.

DÉROULEMENT

1^{re} étape

- L'animateur remet aux participants un formulaire d'analyse de l'expérience de la clientèle sur lequel ils pourront noter les aspects positifs et difficiles vécus par l'invité ou des cas qu'ils connaissent bien.
- L'invité est introduit dans la salle et présenté au groupe par l'animateur qui l'aide à relater son histoire au sein du continuum de soins et services.
- Seules les questions de clarification sont permises à ce stade.
- Après les remerciements d'usage, l'invité est reconduit à l'extérieur.

2^e étape

- L'animateur remet le schéma du continuum de soins et services de la CS (s'il existe) pour développer en groupe le continuum de soins et services de la CS.
- Par la suite, les aspects positifs et difficiles de l'expérience de l'invité et les autres cas connus sont ajoutés au continuum.
- L'animateur dirige une discussion concernant les aspects sur lesquels la CS pourrait agir.

MATÉRIEL

- Feuille d'exercice C-11 : Analyse de l'expérience de la clientèle.
- Schéma du continuum de soins et services (s'il existe).
- Marqueurs de couleur et feuilles de travail.
- Grandes feuilles (« flip chart »).

Feuille d'exercice C-11 : Analyse de l'expérience de la clientèle

Expérience de la clientèle tout au long du continuum de soins et services

1. En utilisant les cas que vous connaissez et le témoignage de l'invité, nommez les aspects positifs et ceux plus difficiles de l'expérience de la clientèle tout au long du continuum de soins et services, en portant une attention particulière à la continuité des interventions et aux liens interétablissements.

Aspects positifs :

Aspects difficiles :

2. Quels sont les aspects sur lesquels nous pouvons agir ?

ACTIVITÉ C-12 : *Approfondissement de la problématique*

OBJECTIFS

- Approfondir la discussion sur les problèmes pour en comprendre les causes et agir en conséquence.
- Identifier les problèmes sur lesquels il est possible d'agir.

RESPONSABLES

- Animateur, avec le soutien du conseiller-facilitateur.

DURÉE

- Variable.

DÉROULEMENT

- Réviser en groupe le diagnostic de la situation présentée lors de la journée intensive de démarrage de la CS en incluant les éléments issus des discussions et de la connaissance du parcours de soins et services.
- Demander aux participants d'identifier les problèmes sur lesquels il est possible d'agir. Cette réflexion permet aux participants de s'approprier le diagnostic et de discuter librement sur les situations qui les confrontent.
- Décortiquer les problèmes les plus complexes qui suscitent le plus d'intérêt à agir pour les participants en tentant d'identifier les causes de leur apparition. Diverses techniques d'analyse peuvent être utilisées à cet égard. Par exemple, le diagramme d'Ishikawa permet de catégoriser les causes. Pour les problèmes plus simples, la technique des « cinq pourquoi » permet de retracer les liens directs entre la manifestation d'un problème et sa chaîne de causes réelles.

MATÉRIEL

- Feuille d'exercice C-12 : Le diagramme d'Ishikawa.

Feuille d'exercice C-12 : Le diagramme d'ISHIKAWA

SYNONYMES

- Diagramme causes effets, diagramme en arêtes de poisson (d'après sa forme), « Fishbone diagram ».

BUT

- Analyser et visualiser le rapport existant entre un problème (effet) et toutes ses causes possibles.

DESCRIPTION

- Le diagramme d'Ishikawa est un outil graphique qui sert à comprendre les causes d'un défaut de qualité; il sert à analyser le rapport existant entre un problème et toutes les causes possibles.

PRINCIPES

Le diagramme d'Ishikawa permet :

- de classer les causes liées au problème posé;
- de faire participer chaque membre à l'analyse;
- de limiter l'oubli des causes par le travail de groupe;
- de fournir des éléments pour l'étude de ou des solutions.

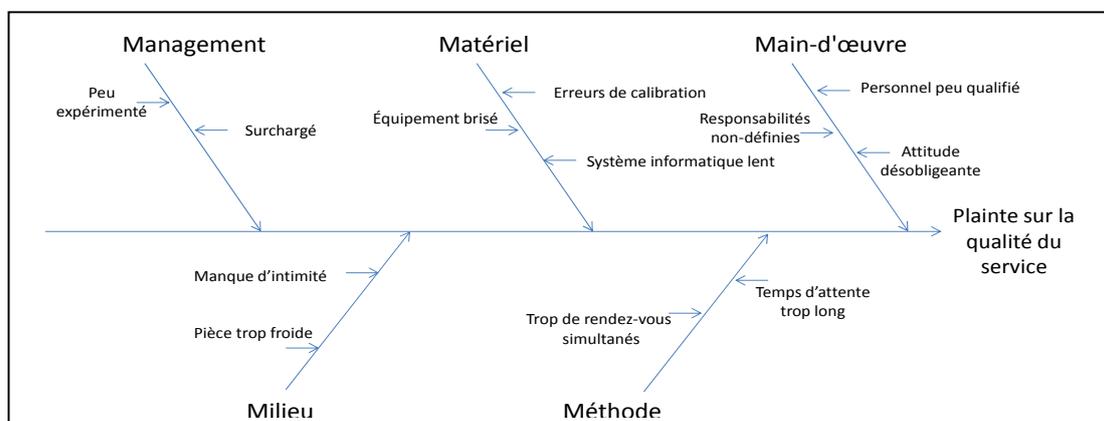
RÉALISATION

La construction du diagramme d'Ishikawa est basée sur un travail de groupe.

Définir clairement le ou les problèmes :

- pratiquer auparavant un brainstorming et trouver toutes les causes possibles au problème. Chacun doit émettre ses opinions librement sur les origines possibles;
- classer les causes en grandes familles, en s'aidant entre autres des " 5 M " (Management, Milieu, Méthode, Matériel, Main-d'œuvre) et les placer sur le diagramme. Ces 5 critères sont les plus utilisés comme point de départ à la réflexion;
- apprécier la ou les causes principalement responsables par le groupe de travail;
- vérifier les opinions de chacun;
- agir sur la ou les causes pour corriger le défaut en donnant des solutions en mettant en place des actions correctives.

Exemple : Beaucoup de plaintes reçues depuis un an concernent le service offert en radiologie. Je cherche les causes, je les classe par nature à l'aide d'un diagramme d'ISHIKAWA.



ACTIVITÉ C-13 : *Priorisation des problèmes identifiés*

OBJECTIFS

- Choisir les problèmes sur lesquels travailler.
- Prioriser les problèmes.

RESPONSABLES

- Animateur, avec le soutien du conseiller-facilitateur.

DURÉE

- Variable.

DÉROULEMENT

- Remettre la liste des problèmes énumérés aux participants.
- Vérifier si l'analyse des parcours de soins et services vient ajouter d'autres problèmes à la liste existante.
- Demander aux participants d'identifier les trois problèmes prioritaires sur lesquels ils aimeraient agir en premier. L'animateur leur suggère de choisir au départ des problèmes sur lesquels il semble possible d'agir rapidement, qui impliquent plusieurs établissements et qui auront un impact direct sur les usagers.
- Compiler les résultats pour identifier les problèmes qui obtiennent le plus de votes.
- Animer une discussion pour amener les membres de la CS à choisir un problème sur lequel travailler parmi ceux ayant obtenu le plus grand nombre de votes.

MATÉRIEL

- Feuille d'exercices C-13 : Liste des problèmes.

ÉTAPE D : *Évaluation du fonctionnement de la CS et de sa dynamique*

ACTIVITÉ D-14 : *Grille d'évaluation*

Cette évaluation peut être réalisée à ce moment, soit juste après la fin du premier cycle de mise en œuvre des expérimentations, pour permettre aux milieux de faire le point avant de poursuivre la démarche. Elle aurait aussi avantage à être réalisée à la fin de la durée de vie prévue de la CS de façon à tirer les apprentissages pour une autre CS éventuelle.

Un questionnaire (feuille d'exercice D-14) est remis aux membres de la CS et complété sur le champ. Par la suite, l'animateur peut demander aux participants de partager leurs commentaires généraux à l'ensemble du groupe.

Les résultats de cet exercice pourraient être transmis au groupe de suivi pour ensuite être discutés au comité directeur.

Feuille d'exercice D-14 : Formulaire d'évaluation de l'approche de la CS auprès des membres de la CS

Indiquez votre degré d'accord pour chacun des énoncés présentés ci-dessous, en utilisant l'échelle suivante :

- 5 = Tout à fait en accord
 4 = En accord
 3 = Plus ou moins en accord
 2 = En désaccord
 1 = Tout à fait en désaccord

Objectifs					
1. Les objectifs de la CS étaient clairs et précis.	5	4	3	2	1
Méthodologie et matériel					
2. Les techniques d'animation utilisées ont favorisé ma participation.	5	4	3	2	1
3. La documentation était bien rédigée et me sera utile ultérieurement.	5	4	3	2	1
4. Les activités proposées étaient pertinentes au déroulement de la CS.	5	4	3	2	1
5. Les supports audiovisuels étaient bien conçus et ont contribué au bon déroulement de la CS.	5	4	3	2	1
Personne-ressource					
6. L'animateur était bien préparé et organisé.	5	4	3	2	1
7. L'animateur avait une bonne connaissance des sujets abordés.	5	4	3	2	1
8. L'animateur communiquait de façon claire et dynamique.	5	4	3	2	1
9. L'animateur favorisait les échanges et la participation du groupe.	5	4	3	2	1
Groupe et participation					
10. Les échanges entre les participants étaient riches en information et ont contribué aux travaux de la CS.	5	4	3	2	1
11. L'atmosphère générale était amicale et incitait au travail.	5	4	3	2	1
12. La composition du groupe favorisait les échanges et facilitait l'avancement des travaux.	5	4	3	2	1
Organisation					
13. J'étais motivé à participer à la CS.	5	4	3	2	1
14. Les locaux de rencontres étaient appropriés à ce type de travaux.	5	4	3	2	1
15. La durée des rencontres était ni trop longue, ni trop courte.	5	4	3	2	1

Appréciation globale						
16.	De façon globale, je suis satisfait des travaux de la CS.	5	4	3	2	1
17.	J'ai confiance en la capacité de la CS à produire des changements.	5	4	3	2	1
Contrat d'équipe						
18.	Les valeurs de l'équipe ont été respectées :	5	4	3	2	1
	▪ Le respect.	5	4	3	2	1
	▪ L'ouverture d'esprit.	5	4	3	2	1
	▪ La transparence.	5	4	3	2	1
	▪ Le droit de parole à tous.	5	4	3	2	1
19.	Les membres de l'équipe :	5	4	3	2	1
	▪ étaient présents, ponctuels et participants.	5	4	3	2	1
	▪ étaient capables de se remettre en question.	5	4	3	2	1
	▪ étaient capables d'écouter et de comprendre l'autre.	5	4	3	2	1
	▪ étaient centrés sur le mieux-être de la personne soignée et de sa famille.	5	4	3	2	1
	▪ ont fait preuve d'audace.	5	4	3	2	1
	▪ ont démontré une ouverture d'esprit à essayer de nouvelles façons de faire.	5	4	3	2	1
	▪ ont laissé de côté les luttes corporatives entre les organisations.	5	4	3	2	1
Commentaires et recommandations :						

PHASE IV – ACTION ET ÉVALUATION DES EXPÉRIMENTATIONS

Cette section du guide présente la marche à suivre pour animer les travaux de la CS destinés à introduire les changements concrets qu'elle juge pertinents dans l'organisation du travail interétablissements. Comme dans tout changement, l'action dans les milieux suscitera son lot d'enjeux politiques et pratiques qui nécessiteront un appui de la structure d'appui prévue pour soutenir la CS.

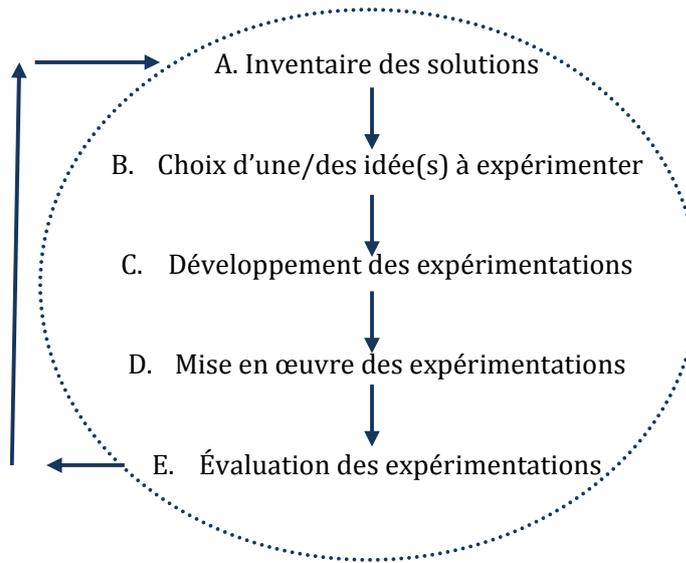
C'est au cours de cette phase que le rôle de soutien du conseiller-facilitateur devient central. À la phase 1 et 2, son rôle était plus en retrait. Son travail consistait à se familiariser avec la réalité du continuum, à se documenter tout en développant son réseau de contacts professionnels au sein des milieux. À la phase 3, son rôle passe à l'avant-plan. Les travaux de la CS et les expérimentations de changements qu'elle propose doivent se réaliser tout en maintenant les opérations au même niveau dans tous les milieux concernés. Cela n'est possible que dans la mesure où quelqu'un se porte garant de l'exécution des actions requises entre les rencontres de la CS de façon à maintenir le *momentum* et la synchronisation des efforts de changement dans les milieux. Le conseiller-facilitateur joue un rôle pivot sur le plan de l'organisation des activités sur le terrain et le soutien aux gestionnaires pour la réalisation des expérimentations. Il est aussi la source privilégiée d'information auprès des divers groupes et comités de la structure d'appui. C'est aussi lui qui conçoit les communiqués pour informer les milieux de l'évolution des projets initiés par la CS. La page suivante décrit plusieurs des activités réalisées par le conseiller-facilitateur.

Tableau 13 : Principales activités réalisées par le conseiller-facilitateur

ACTIVITÉS DE SOUTIEN À LA GESTION DE LA CS CONJOINTEMENT AVEC LE(S) DIRECTEUR(S) DÉLÉGUÉ(S)	ACTIVITÉS EN LIEN AVEC LA CS	ACTIVITÉS EN LIEN AVEC LES EXPÉRIMENTATIONS	ACTIVITÉS EN LIEN AVEC LA PÉRENNISATION DES EXPÉRIMENTATIONS DE LA CS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préparation des ordres du jour et de la documentation, planification des calendriers et participation aux rencontres mensuelles des : <ul style="list-style-type: none"> - Comité directeur - Groupe de soutien - Groupe de suivi ▪ Planification et participation à des rencontres avec les instances syndicales et professionnelles. ▪ Lien avec l'ensemble des directions impliquées dans le projet. ▪ Rencontres hebdomadaires avec le(s) directeur(s) délégué(s). ▪ Gestion du budget. ▪ Rédaction de communiqués pour tous les établissements impliqués dans le projet. ▪ Préparation des présentations et présentations aux milieux. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planification, organisation et logistique pour toutes les activités associées à la CS. ▪ Invitation de personnes-ressources. ▪ Présentations du projet et du déroulement de la CS (sur invitation) dans les établissements associés. ▪ Suivi des travaux de la CS auprès des gestionnaires. ▪ Participation aux rencontres préparatoires avec l'animateur de la CS. ▪ Participation aux rencontres de la CS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information à tous les personnels impliqués dans les expérimentations, répondre à leurs questions (conjointement avec les gestionnaires). ▪ Préparation d'un canevas général du plan d'action à l'ensemble des milieux d'intervention. ▪ Adaptation, conjointement avec les gestionnaires, du plan d'action à leur réalité respective. ▪ Préparation de matériel et documents, planification des rencontres avec les gestionnaires. ▪ Préparation et participation à la session de démarrage de la CS. ▪ Soutien aux gestionnaires pour suivi quantitatif des expérimentations et compilation des données. ▪ Réajustement des plans d'action avec les gestionnaires suite à la présentation des résultats. ▪ Suivi périodique avec les gestionnaires et coaching si nécessaire. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi des expérimentations auprès des gestionnaires. ▪ Participation aux rencontres pour pérennisation de la CS. ▪ Présentation des résultats des expérimentations de la CS.

CYCLE DE L'ACTION ET DES EXPÉRIMENTATIONS

Au cours de la phase de démarrage, la CS a priorisé un certain nombre de problèmes à traiter. À la phase 3, la CS entreprend un cycle d'expérimentation pour résoudre chacun des problèmes choisis. Elle adopte la forme d'un cycle qui comprend les cinq étapes suivantes :



Il est recommandé aux membres de la CS de choisir au départ des expérimentations de faible envergure, porteuses de résultats rapides et visibles pour apprendre à travailler ensemble et à se familiariser aux embûches inhérentes à l'introduction de changements interétablissements. En s'appuyant sur ces succès initiaux, la CS sera en mesure par la suite de s'attaquer avec confiance à des enjeux plus importants et plus complexes.

Dans les pages qui suivent, nous reprenons chacune des étapes du cycle d'expérimentation en suggérant des activités d'animation et du matériel d'accompagnement pour chacune d'elle. Ce cycle doit être repris pour chaque expérimentation. Il est probable que certaines expérimentations demanderont peu de temps alors que d'autres seront beaucoup plus longues à réaliser sans nécessairement être exigeantes sur le plan des ressources. Ainsi, plusieurs expérimentations risquent de se chevaucher dans le temps. La CS doit déterminer au fur et à mesure le nombre et le rythme de mise en œuvre de façon à éviter de surcharger les milieux tout en maintenant un *momentum* productif. Un calendrier global de suivi pourra être élaboré à partir de fiches de chacun des projets.

Tableau 14 : Calendrier global des réalisations des expérimentations

EXPÉRIMENTATIONS	JANV.	FÉVR.	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUIL.	AOÛT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.
1. [Nom]	Solution	Dével.		Mise en œuvre		Éval.						
2. [Nom]		Solution		Dével.	Mise en œuvre				Éval.			
3. [Nom]			Solution		Dével.	Mise en œuvre						Éval.
4. [Nom]					Solution				Dével.	Mise en œuvre		Éval.
5. [Nom]									Solution		Dével.	Mise en œuvre

ÉTAPE A- *Inventaire des solutions possibles*

ACTIVITÉ A-15 : Le « Brain writing »

OBJECTIF

- Faire émerger des idées d'expérimentation interétablissements qui permettraient de résoudre concrètement le problème prioritaire choisi.

RESPONSABLES

- animateur, avec le soutien du conseiller-facilitateur.

DURÉE

- 90 minutes.

DÉROULEMENT

Génération des idées (durée de 30 minutes)

1. Les membres sont invités à trouver des idées concrètes d'actions à réaliser pour solutionner le problème choisi.
2. L'animateur remet un paquet de feuilles autocollantes (« post it ») à chaque participant.
3. En silence, chaque participant imagine le plus grand nombre possible d'idées d'actions, en inscrivant une seule idée par « post it ». ***L'idée doit être concrète, observable et mesurable (qualitativement ou quantitativement)***. L'animateur donne deux ou trois exemples d'idées qui rencontrent ou non ces critères.
4. Après quelques minutes (environ 5 minutes), l'animateur et ses assistants recueillent les « post-it » et les redistribuent au hasard aux participants pour leur inspirer de nouvelles idées.
5. L'étape 2 est reprise deux ou trois fois jusqu'à ce que les participants aient exprimé l'ensemble des idées qui leur semblent les plus importantes (toujours une idée par « post-it »).
6. En sous-groupes de 3 ou 4 personnes, les gens sont invités à regrouper les idées par sujet ou thème.
7. Un représentant du sous-groupe est invité à coller au mur les « post-it » sous les thèmes. Les idées similaires des autres sous-groupes sont regroupées pour éviter la redondance.
8. La liste finale ainsi produite constitue la banque d'idées à partir de laquelle la CS choisira les plus prometteuses pour procéder aux premières expérimentations pour résoudre le problème choisi.

MATÉRIEL

- Autocollants (« post it ») et crayons : 1 paquet et 1 crayon par participant.

ÉTAPE B - *Choix d'une idée à expérimenter*

Divers scénarios sont possibles pour aider la CS à choisir une idée d'expérimentation. Dans certains cas, une simple discussion suivie d'un vote est suffisant. Dans d'autres circonstances, lorsqu'il semble difficile de départager des idées concurrentes, il peut être avantageux de développer une grille de critères (scénario 1) ou encore de procéder à une analyse gains/contraintes (scénario 2) que nous présentons ci-dessous.

ACTIVITÉ B-16 : SCÉNARIO 1 et 2

OBJECTIFS

- Amener les membres de la CS à choisir des idées d'expérimentation.
- Appliquer des critères de sélection aux idées proposées afin d'identifier les idées d'amélioration les plus prometteuses.

RESPONSABLES

- Animateur, avec le soutien du conseiller-facilitateur.

DURÉE

- Variable.

DÉROULEMENT

1^{er} scénario : Développement d'une grille de critères

- L'animateur dirige une discussion sur les critères à utiliser pour sélectionner les idées les plus prometteuses à retenir de l'inventaire des solutions proposées.

(individuellement)

- Les participants appliquent les critères d'évaluation à chacune des idées.
- Mise en commun des résultats et choix d'une ou plusieurs expérimentations.

2^e scénario : Utilisation de la grille gains/contraintes

- Prendre connaissance de la grille gains/contraintes.
 - Une idée peut avoir des gains sur (1) l'interorganisations, (2) la réduction de la pression sur les intervenants, (3) l'accessibilité, (4) la continuité et (5) la qualité, etc.
 - Certaines contraintes doivent peut-être être prises en compte, telles que (6) la facilité d'implantation, (7) l'investissement financier et humain requis et (8) le temps requis (délais) pour mettre en place l'idée.

- Pour chacune des solutions, chaque personne utilise le tableau ci-joint pour évaluer individuellement l'idée.

- L'évaluation se fait à l'aide de l'échelle suivante :

Gains :	A – Élevé	Contraintes :	A – Facile
	B – Moyen		B – Moyenne
	C – Faible		C – Difficile

- Plus une idée récolte de « A » en ce qui a trait aux gains, plus elle est intéressante, de même que plus une idée récolte de « A » en ce qui a trait aux contraintes, plus elle sera facile à réaliser.

- Une fois l'évaluation des idées complétée, les participants mettent en commun en plénière les évaluations individuelles sur le grand tableau préparé à cet effet pour procéder au choix d'une ou de plusieurs solutions.

- En présence d'idées à fort potentiel impliquant cependant d'importantes contraintes, il peut être intéressant de s'attarder à la recherche de solutions visant à faire face aux contraintes.

MATÉRIEL

- Feuilles d'exercices B-16 :
 - Évaluation des idées les plus prometteuses.
 - Choix des idées les plus prometteuses en fonction des gains et des contraintes.
 - Éléments à prendre en considération et solutions.

Feuille d'exercice B-16 : Évaluation des idées les plus prometteuses

Directives : Pour chacune des idées d'expérimentation, indiquer sur une échelle de 1 à 5 dans quelle mesure chacune de celle-ci rencontre les critères énumérés.

- 5 = Tout à fait en accord
- 4 = En accord
- 3 = Plus ou moins en accord
- 2 = En désaccord
- 1 = Tout à fait en désaccord

NOM ET NUMÉRO DES IDÉES D'EXPÉRIMENTATION	SCORES							TOTAL
	IMPACT DIRECT SUR L'USAGER (EMPOWERMENT)	FACILITÉ D'IMPLANTATION (RESSOURCES, NB D'ACTEURS, DEGRÉ D'ADHÉSION)	RAPPORT COÛTS/BÉNÉFICES FAVORABLE	RAPIDITÉ DE MISE EN ŒUVRE	AMÉLIORATION DE LA COLLABORATION INTERÉTABLISSEMENTS	IMPORTANCE DU SUJET		
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

Feuille d'exercice B-16 : Choix des idées les plus prometteuses en fonction des gains et des contraintes

Échelle des gains :
 A - Élevé
 B - Moyen
 C - Faible

Échelle des contraintes :
 A - Facile
 B - Moyen
 C - Difficile

[Plus une idée récolte de « A », plus elle devrait être retenue.]

IDÉES D'EXPÉRIMENTATION	GAINS					
	INTERORGA- NISATIONS	↓ PRESSION	ACCESSIBILITÉ	CONTINUITÉ	QUALITÉ	TOTAL

CONTRAINTES			
FACILITÉ D'IMPLANTA- TION	INVESTISSEMENTS REQUIS (\$ ET HUMAIN)	TEMPS REQUIS	TOTAL

Feuille d'exercice B-16 : Éléments à prendre en considération et solutions

Analyse visant à réduire les contraintes d'idées prometteuses
Sous-groupes (30 à 40 minutes)

En sous-groupes ou en plénière, on procède à l'analyse d'une idée prometteuse qui comporte des contraintes importantes et on tente de réduire les contraintes évoquées.

IDÉE – _____

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION Quels sont les éléments qui rendent cette idée difficile à réaliser (changement de pratique ou de règles, implication de divers départements, expériences perçues négativement) ?	SOLUTIONS À ENVISAGER Quelles solutions peut-on envisager pour que cette idée puisse fonctionner ?

ÉTAPE C - Développement des expérimentations

ACTIVITÉ C-17 : Développement des idées d'expérimentations

OBJECTIFS

- Développer les idées de façon suffisamment détaillée pour être en mesure de les expérimenter dans les milieux concernés et obtenir l'approbation du comité directeur.
- Établir des critères d'évaluation qui permettront de déterminer si l'expérimentation est un succès qui mérite d'être pérennisé.

RESPONSABLES

- animateur, avec le soutien du conseiller-facilitateur.

DURÉE

- Variable.

DÉROULEMENT

Élaborer une fiche d'expérimentation détaillée qui servira de support pour obtenir l'avis du groupe de soutien et l'approbation du comité directeur.

Étape 1 : Décrire sommairement l'expérimentation à l'aide de questions prévues à cet effet dans la fiche d'expérimentation.

Étape 2 : Identifier le ou les responsables de la mise en œuvre. Ces personnes peuvent ou non être membres de la CS.

Étape 3 : Spécifier les ressources requises.

Étape 4 : Préciser les délais probables.

Étape 5 : Rencontrer les responsables pressentis pour qu'ils s'associent à l'expérimentation.

Étape 6 : Spécifier le soutien que pourra apporter le conseiller-facilitateur.

Étape 7 : Déterminer les indicateurs de mesure qui permettront d'évaluer les effets de l'expérimentation sur le fonctionnement des milieux et la stratégie de collecte des données.

MATÉRIEL

- Feuilles et crayons.
- Feuille d'exercice C-17 : Fiche d'une expérimentation.

Feuille d'exercice C-17 : Fiche d'une expérimentation

[Durée de 45 à 60 minutes]

Titre de l'expérimentation : _____

1. Décrire sommairement l'expérimentation.

Exemples de questions : S'adresse-t-on à une clientèle spécifique ? Si oui, quelles sont les principales caractéristiques de cette clientèle ? Quelle serait la taille du groupe visé (ex. : 5, 10, 15...) ? La nature de l'expérimentation implique-t-elle la réorganisation, la modification, l'ajout ou le retrait de services particuliers, une délocalisation, la création d'un groupe d'intervention réseau ou intraétablissement particulier, la mise en place d'un nouveau mécanisme interétablissements ou la modification d'un mécanisme existant ? Quels sont les objectifs de l'expérimentation et les effets recherchés en termes d'optimisation des ressources ou de développement interétablissements ?

Clientèle : _____

Nature de l'expérimentation : _____

Objectifs : _____

Effets recherchés : _____

2. Identifier le ou les responsables de l'expérimentation.

Exemples de questions : Qui pilotera cette expérimentation ? Pourquoi ? Comment impliquer cette ou ces personnes rapidement ? Auront-elles besoin d'un petit groupe de travail pour faciliter la mise en place et le suivi de l'expérimentation ? Si oui, qui devrait faire partie de ce groupe (ex. : médecin, ex-patient, proche ou aidant naturel...) ? Le conseiller-facilitateur à la CS devrait-il faire partie de ce groupe et assister le ou les responsables ?

Responsable(s) : _____

Groupe de travail : _____

3. S'il y a lieu, nommer les ressources spécifiques (non prévues) nécessaires à la réalisation de l'expérimentation.

Exemples de questions : Avons-nous besoin de ressources particulières? Si oui, lesquelles (ex. : un travailleur social à raison d'un jour par semaine pendant 12 semaines) ? Leur provenance ? Peut-on soi-même contribuer d'une quelconque façon à l'expérimentation ? Connaissons-nous des personnes qui seraient intéressées à participer à l'expérimentation ? Comment les associer rapidement ?

4. Préciser le calendrier de réalisation du projet.

5. Partager avec les personnes responsables de l'expérimentation vos idées pour faire en sorte de mettre celle-ci en place rapidement.

Exemples de questions : Préalables ou étapes de mise en place : sensibilisation/mobilisation, libération de ressources... ? Activités de démarrage ?

6. Identifier quel soutien concret le conseiller-facilitateur peut apporter pour la mise en place de l'expérimentation.

7. Identifier les indicateurs qui permettront de mesurer les effets de l'expérimentation en fonction des objectifs d'optimisation et de développement de liens interétablissements et la stratégie de collecte des données.

Exemples de questions : Comment saurons-nous si nous avons atteint les objectifs d'optimisation des ressources (ex. : Diminution du temps requis, utilisation différente des ressources qui permet une meilleure utilisation de l'expertise de chacun, réduction de la durée de séjour moyen, réduction de la pression sur le personnel...) et de développement de liens interétablissements (nouveaux liens ou consolidation de liens existants) ? Indicateurs de succès ou autres éléments mesurables ?

ÉTAPE D - Mise en œuvre des expérimentations

Activité D-18 : Mise en œuvre de l'expérimentation

OBJECTIF

- Mettre en œuvre des expérimentations approuvées par le comité directeur.

RESPONSABLE

- Un sous-groupe de la CS.

DURÉE

- Variable.

DÉROULEMENT

- Établir un plan d'action pour la mise en œuvre de l'expérimentation dans chacun des milieux concernés et en faire le suivi à chacune des rencontres de la CS. Le plan d'action est élaboré en tenant compte des paramètres établis dans la fiche d'expérimentation. Il s'agit de découper le projet en étape pour prévoir les gestes à poser et faciliter la réalisation harmonieuse des expérimentations dans chacun des milieux. Le formulaire de la page suivante a été conçu pour servir à la fois de document de planification et de document de suivi. Il décrit l'évolution de la mise en œuvre des expérimentations. C'est ce document qui permet de rendre compte de l'avancement et des effets des expérimentations au sein des milieux, auprès des groupes et comités qui composent la structure d'appui de la CS.
- Informer et préparer les milieux concernés.
- Procéder aux expérimentations.
- Évaluer les résultats et proposer l'adoption des pratiques à succès.

Notes sur la mise en œuvre des expérimentations :

- Chaque expérimentation étant différente, on ne peut présenter un déroulement-type. En fait, les équipes de projets progressent par essais et erreurs jusqu'à ce que la situation visée s'améliore de façon sensible ou qu'il apparait que l'idée choisie n'est pas appropriée.
- Le soutien du conseiller-facilitateur pour suivre, faciliter, catalyser et exécuter dans certains cas les décisions de la CS permet de maintenir le *momentum* dans les travaux du groupe et de faire avancer rondement l'action dans la mise en œuvre des changements.

- L'action fait émerger des difficultés opérationnelles imprévues et il faut encourager les membres à persister dans la recherche de solutions.
- Le suivi des actions pour mettre en œuvre les idées génère de nouvelles déclinaisons possibles et amène les membres à imaginer de nouvelles idées.
- Le conseiller-facilitateur doit soutenir les gestionnaires dans la réalisation des changements sans toutefois gérer à leur place.
- Le rôle du conseiller-facilitateur est délicat à jouer : s'il s'implique trop vite dans un dossier ou un projet, le milieu peut être tenté de lui laisser tout faire et ne rien prendre en charge, alors que, s'il n'est pas présent dans le milieu, il doit parfois « ramasser les pots cassés », c'est-à-dire intervenir pour réaligner des aspects du changement.
- Le cycle des expérimentations est repris tout au long de la période de durée de vie de la CS (environ 18 mois).

MATÉRIEL

- Feuille d'exercice D-18 : Plan d'action des expérimentations de la CS.

Feuille d'exercice D-18 : Plan d'action des expérimentations de la CS

Ne pas oublier : Dès que possible, parler aux chefs du groupe de soutien ainsi qu'aux instances syndicales et professionnelles.

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :					
EXP.	ÉTAPES ET SOUS-ÉTAPES	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE(S)	ÉTAT/COMMENTAIRES	
# 1	◇ Rencontre préparatoire				
	◇				
	•				
	•				
	◇				
	•				
# 1	◇ Préparer le jour « J »				
	•				
	•				
	◇ Jour « J »				
	•				
	•				
# 1	◇ Évaluer l'expérimentation				
	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :				
	EXP.	ÉTAPES ET SOUS-ÉTAPES	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE(S)	ÉTAT/COMMENTAIRES
	# 2	◇ Rencontre préparatoire			
		◇			
		•			
•					
◇					
•					
# 2	◇ Préparer le jour « J »				
	•				
	•				
	◇ Jour « J »				
	•				
	•				
# 2	◇ Évaluer l'expérimentation				

Exemple d'un plan d'action

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : CHU, CSSS				
EXP.	ÉTAPES ET SOUS-ÉTAPES	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE(S)	ÉTAT/COMMENTAIRES
# 1	◇ Rencontre préparatoire	29 septembre	Gestionnaire et CF	
	◇ Informer les personnels de chaque milieu <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les personnels visés • Préparer le message • Former à l'administration du formulaire • Préparer une procédure 			
	◇ Communiquer aux médecins traitants cette nouvelle pratique <ul style="list-style-type: none"> • Identifier la stratégie de communication • Préparer le message • Réaliser la stratégie de communication • Faire connaître la stratégie d'évaluation 			
	◇ Préparer le jour « J » <ul style="list-style-type: none"> • Identifier la journée • Planifier la mise en œuvre avec chaque responsable • Former les personnels visés 			
	◇ Jour « J » : <ul style="list-style-type: none"> • Donner du soutien et du support • Se donner un mécanisme d'audit jour « J » 			
	◇ Évaluer l'expérimentation			

ÉTAPE E - *Évaluation*

ACTIVITÉ E-19 : *Évaluation des expérimentations*

OBJECTIFS

- Informer les membres de la CS, le groupe de soutien et le comité directeur de l'évolution des expérimentations en cours.
- Évaluer l'effet des expérimentations dans les milieux et le niveau d'atteinte des objectifs initiaux.
- Évaluer l'approche de la CS dans le but de transférer les connaissances acquises auprès d'une autre clientèle.

RESPONSABLE

- Conseiller-facilitateur ou conseiller externe.

DURÉE

- Variable.

DÉROULEMENT

- Un intervenant externe réalise des entrevues et des groupes de discussion auprès de différents intervenants impliqués dans les expérimentations, aux moments suivants :
 - lors de l'introduction des expérimentations pour évaluer la réceptivité des milieux;
 - en cours d'expérimentation (au moins deux mois suivant l'introduction des expérimentations);
 - à la fin de la période prédéterminée pour évaluer si les expérimentations rencontrent ou non les objectifs initiaux fixés.

Il rassemble et collige s'il y a lieu les données factuelles qui ont été identifiées au moment du développement des expérimentations par les membres de la CS comme étant des indicateurs utiles à l'appréciation des résultats.

MATÉRIEL

- Feuille d'exercice E-19 : Cannevas de focus group et d'entrevue individuelle.

Feuille d'exercice E-19 : Canevas de focus group et d'entrevue individuelle
(après 6 mois d'expérimentation ou à la fin du projet)

OBJECTIFS DE LA COLLECTE

- Recueillir la perception des intervenants des différents milieux quant aux expérimentations.
- Recueillir la perception des intervenants concernant l'approche de la CS.

THÈME 1 – RÉALISATION DES EXPÉRIMENTATIONS

- Quel est votre opinion sur le déroulement des expérimentations et le support accordé à leur mise en œuvre dans votre unité ou service ?

THÈME 2 – EFFETS DES EXPÉRIMENTATIONS

- Parlez-nous des expériences que vous avez vécues en lien avec cette expérimentation depuis sa mise en œuvre.
- Selon vous, quels sont les effets positifs et/ou négatifs de cette expérimentation :
 - sur votre pratique clinique ? (organisation du travail, intervention auprès des usagers)
 - sur vos relations avec les autres intervenants du réseau de la région ?
 - sur les personnes traitées au sein du continuum ? (continuité, accessibilité)

THÈME 3 – STRATÉGIE D'INTERVENTION (CS)

- Quel est votre opinion sur la CS comme stratégie d'intervention de changement interétablissements au sein de votre continuum de soins et services ?

THÈME 4 – APPRENTISSAGES

- Quels apprentissages devrait-on tirer de cette expérience ?
- Devrait-on ou non utiliser cette approche à l'avenir et si oui, à quelle(s) condition(s) ?

CONCLUSION

Introduire des changements au sein d'un établissement de santé et services sociaux constitue déjà un défi de taille. Procéder de façon simultanée et concertée à l'introduction de changements dans plusieurs établissements interdépendants augmente de façon significative le niveau de complexité auquel on doit faire face. En conséquence, des efforts considérables doivent être consacrés en amont pour réunir les conditions requises au succès de la démarche. Nous reprenons cette mise en garde en fin de parcours parce que selon nous, la CS ne peut fonctionner sans une implication engageante et volontaire de partenaires qui se font suffisamment confiance pour tenter l'aventure.

Certains aspects de l'approche de la CS sont contre-culturels en ce sens qu'ils s'écartent des pratiques usuelles au sein des milieux. Par exemple, il n'est pas habituel pour des cadres intermédiaires qui ont le mandat de prendre des décisions pour lesquelles ils sont imputables, de laisser la CS décider elle-même du choix et de la mise en œuvre des expérimentations dans l'organisation du travail interétablissements. Il n'est pas plus habituel pour les participants de la CS de prendre du recul par rapport au travail réalisé au sein de leur unité d'attache et d'envisager le continuum de soins et services dans son ensemble en adoptant le point de vue de l'utilisateur. Une fois ces barrières franchies, une foule de possibilités nouvelles peut émerger et améliorer de façon significative le travail au quotidien des intervenants et la qualité de l'expérience de soins et services vécue par les usagers.

Chaque continuum de soins et services, chaque regroupement de partenaires d'une région à l'autre et chaque contexte d'offre de soins et services comportent des particularités déterminantes qui doivent être considérées dans le développement de solutions spécifiques aux problèmes d'organisation du travail vécus localement. Nos travaux des dernières années indiquent qu'en impliquant des intervenants et du personnel d'encadrement opérationnel dans la révision de l'organisation du travail interétablissements, il devient possible d'imaginer des idées concrètes de changements qui collent au contexte et qui règlent des difficultés que l'on croyait insolubles.

Nous espérons que les outils proposés vous seront utiles et vous inspireront pour développer du matériel adapté à la réalité particulière du continuum de soins interétablissements que vous désirez réformer.

RÉFÉRENCES

- Bate, P. and Roberts, G. (2007). Toward More User-Centric OD : Lessons From the Field of Experience-Based Design and a Case Study. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 43(41).
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Étude n°39, 37 pages.
- D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J., et Remondin, M. (2003). *Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité*.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J., San Martin-Rodriguez, L., et Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(188).
- Kodama, M. (2002). Transforming an Old Company Through Strategic Communities. *Long Range Planning*, 35, 349-365.
- Kodama, M. (2005). Knowledge Creation through Networked Strategic Communities : Case Studies on New Product Development in Japanese Companies. *Long Range Planning*, 38, 27-49.
- Kodama, M. (2007). Innovation and knowledge creation through leadership-based strategic community : Case study on high-tech company in Japan. *Technovation*, 27(3), 115.
- Parent, R., Roy, M. et St-Jacques, D. (2007). A Systems-based dynamic knowledge transfer capacity model. *Journal of Knowledge Management*, 11(6), 81-93.
- Parmelli, E., Flodgren, G., Beyer, F., Baillie, N., Schaafsma, M.E., et Eccles, M. (2011). The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance : a systematic review. *Implementation Science*, 6(33), 1-8.
- Shibata, T., et Kodama, M. (2007). Knowledge integration through networked strategic communities : two case studies in Japan. *Business Strategy Series*, 8(6), 394-400.
- Roy, M., Audet, M., Archambault, J. et St-Louis, D. (2010). Créer une communauté stratégique pour favoriser le changement : une étude de cas portant sur l'organisation du travail dans le secteur de la santé. *Revue Gestion*, 34(4), 48-54.
- Roy, M., Audet, M., Gosselin, A., B.Lortie, P. et Fortier, L. (2011). *La communauté stratégique : une approche pour développer la collaboration interorganisationnelle*. Programme Intégration des données probantes aux décisions (IDPD) 2009, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS).
- Roy, M., Audet, M., Fortier, L., B. Lortie, P., Gosselin, A. et Cyr, S. (2009). *La pénurie de la main-d'œuvre et la transformation de l'organisation du travail au sein du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie*. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation et direction de la planification et des soins infirmiers.
- Wenger, E. C., et Snyder, W. M. (2000). Communities of Practice : The Organizational Frontier. *Harvard business review*, 78(1), 139-145.