

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'IMPLANTATION DE CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS EN CONTEXTE
PLURALISTE : QUATRE ÉTUDES DE CAS EN CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES
SOCIAUX (CSSS)

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN SCIENCES DE LA GESTION

PAR
VÉRONIQUE LAFLEUR

SEPTEMBRE 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [a] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon directeur de mémoire, monsieur Frédéric Gilbert, pour la rigueur dont il a fait preuve tout au long de la rédaction. Ses précieux conseils et le temps qu'il a consacré à mon mémoire m'ont fait cheminer de façon exceptionnelle. Je suis très reconnaissante de toute l'aide qu'il m'a fournie afin de surmonter ce défi qu'est de rédiger un mémoire.

Je remercie également mon compagnon de vie, Étienne, qui m'a rendu la vie plus facile au quotidien dans les dernières années grâce à son support.

Je remercie finalement ma collègue de maîtrise, Alexandrine, ainsi que ma mentor, Jessica. Leur aide précieuse m'a été grandement secourable et ce, à chacune des étapes de la rédaction.

TABLE DES MATIÈRES

LISTES DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	ix
RÉSUMÉ.....	x
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	3
CHAPITRE II REVUE DE LITTÉRATURE.....	5
2.1 Changement organisationnel.....	5
2.1.2 Contenu du changement.....	6
2.1.3 Processus du changement.....	7
2.1.4 Contexte du changement.....	9
2.2 Processus et stratégies de négociation.....	12
2.3 Processus de collaboration.....	14
CHAPITRE III MODÈLE CONCEPTUEL.....	16
CHAPITRE IV CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	18
4.1 Approche de la recherche.....	19
4.1.1 Choix de la position méthodologique (processus du changement).....	19
4.1.2 Devis de recherche.....	19
4.2 Terrain de recherche.....	20
4.2.1 Choix des cas et caractéristiques.....	20
4.2.2 Description sommaire des quatre cas.....	20

4.2.3	Sources de données utilisées.....	25
4.2.4	Respect des règles d'éthique.....	26
4.2.5	Retranscription des données	26
4.3	Analyse des données.....	26
4.3.1	Codification.....	27
4.3.2	Préparation des bases de données et rédaction des histoires pour chaque cas	27
4.3.3	Stratégies d'analyse des cas.....	28
4.4	Validités des études de cas.....	28
4.4.1	Validité interne	28
4.4.2	Validité externe (niveau de transfert externe).....	29
CHAPITRE V		
HISTOIRES DE CAS ET ANALYSE INTRA-CAS.....		
5.1	Histoire de cas – cas A.....	30
5.1.1	Contexte initial	30
5.1.2	Phases.....	31
5.1.3	Prochaines étapes.....	37
5.2	Analyse intra cas – cas A.....	39
5.2.1	Contexte	40
5.2.2	Contenu	40
5.2.3	Processus	40
5.3	Histoire de cas – cas B.....	43
5.3.1	Contexte initial	43
5.3.2	Phases.....	44
5.3.3	Prochaines étapes.....	47
5.4.1	Contexte	49
5.4.2	Contenu	49
5.4.3	Processus	49
5.5	Histoire de cas – cas C.....	52
5.5.1	Contexte initial	52
5.5.2	Phases.....	53
5.5.3	Prochaines étapes.....	58

5.6	Analyse intra cas – cas C	59
5.6.1	Contexte	60
5.6.2	Contenu	60
5.6.3	Processus	60
5.7	Histoire de cas – cas D.....	63
5.7.1	Contexte initial	63
5.7.2	Phases.....	64
5.7.3	Prochaines étapes.....	68
5.8	Analyse intra cas – cas D.....	69
5.8.1	Contexte	69
5.8.2	Contenu	70
5.8.3	Processus	70
CHAPITRE VI		
ANALYSE TRANSVERSALE.....		72
6.1	Contexte du changement.....	72
6.2	Contenu du changement.....	74
6.3	Processus du changement	78
6.3.1	Mode d'implication des acteurs.....	78
6.3.2	Dynamique de collaboration et stratégies de négociation	82
6.3.3	Rythme	86
6.4	Analyse transversale - Conclusion	88
DISCUSSION ET CONCLUSION.....		90
ANNEXE A		
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE.....		94
ANNEXE B		
CANEVAS D'ENTREVUE		100
ANNEXE C		
REPRÉSENTATION PAR CONCEPTS ET PAR PHASE DU CAS A		105
ANNEXE D		
REPRÉSENTATION PAR CONCEPTS ET PAR PHASE DU CAS B.....		108

ANNEXE E	
REPRÉSENTATION PAR CONCEPT ET PAR PHASE DU CAS C.....	111
ANNEXE F	
REPRÉSENTATION PAR CONCEPTS ET PAR PHASE DU CAS D	113
ANNEXE G	
SYNTHÈSE DES CAS – ANALYSE TRANSVERSALE	116
BIBLIOGRAPHIE	123

LISTES DES FIGURES

Figure	Page
2.1 – Les composantes du changement (Pettigrew, 1987).....	6
3.1 – Modèle conceptuel	16

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
4.1 – Répartition des répondants selon la catégorie de leur poste.....	25
5.1 – Synthèse de l'analyse intra cas A.....	39
5.2 – Synthèse de l'analyse intra cas B.....	48
5.3 – Synthèse de l'analyse intra cas C.....	59
5.4 – Synthèse de l'analyse intra cas D.....	69
6.1 – Principales problématiques pour chacun des cas.....	74
6.2 – Principaux contenus de changement pour chacun des cas.....	76
6.3 – Résumé des modes d'implication des acteurs pour chacun des cas.....	80
6.4 – Principales dynamiques de collaboration observées pour chacun des cas.....	83

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

APTS	Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ASSS	Agence de Santé et Services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et services sociaux
FIQ	Fédération des infirmières du Québec
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
SCFP	Syndicat canadien de la fonction publique

RÉSUMÉ

Ce mémoire porte sur l'implantation de changements organisationnels en contexte pluraliste. Il s'intéresse plus particulièrement au contexte spécifique du système de santé du Québec.

De nombreux ouvrages traitent du changement organisationnel. Toutefois, l'implantation de changements volontaires en contexte pluraliste demeure peu maîtrisée. Cette recherche poursuit trois objectifs : 1) mieux comprendre les processus de changement en contexte professionnel; 2) identifier les dynamiques de collaboration caractérisant les interactions liées aux processus de changement et de 3) lier les stratégies de négociation aux dynamiques de collaboration identifiées.

Pour atteindre ces objectifs, nous proposons une conceptualisation du changement et l'utilisons pour réaliser quatre études de cas. Le changement organisationnel est caractérisé par le contexte, le contenu et le processus. Le contexte inclut le contexte externe, le contexte interne et les problématiques auxquelles les cas étudiés font face. Le contenu du changement concerne la nature du changement qui sera observée, soit l'écart entre la situation initiale et la situation finale. Le processus s'explique par les modes d'implication des acteurs, la dynamique des relations de collaboration et les stratégies de négociation ainsi que par l'évolution temporelle, soit le rythme.

Cette conceptualisation a été utilisée pour réaliser quatre études de cas portant sur l'implantation d'un changement organisationnel dans un Centre de santé et de services sociaux (CSSS). 42 entrevues ont été analysées selon le modèle conceptuel élaboré. Ces entrevues ont été codées selon les concepts du modèle proposé. Les concepts sensibles ont été identifiés et répertoriés de façon à rédiger des histoires de cas et procéder aux analyses intra et inter cas.

Les principaux résultats sont les suivants :

1. Les modes d'implication des acteurs (construits ou prescrits) caractérisent tant la définition du contenu que celle du processus;
2. Un processus imposé (prescrit) peut favoriser la progression du changement et le développement de dynamiques tendant vers la collaboration;
3. Les stratégies de négociation mobilisées sont étroitement liées aux dynamiques de collaboration observées.

Ces résultats permettent de mieux comprendre les mécanismes complexes qu'implique la conduite de changements organisationnels en contexte pluraliste.

INTRODUCTION

Le système de santé vit des bouleversements depuis plusieurs années (Contandriopoulos, 2002). En plus de faire face à une demande grandissante, les effectifs ne sont plus toujours suffisants et le système de santé doit être repensé constamment pour rendre un service de qualité à sa clientèle (Contandriopoulos, 2002). Les organisations et les instances s'organisent pour introduire des changements (Contandriopoulos, 2002). Le système de la santé du Québec a un contexte particulier qui est qualifié de pluraliste, à cause de ses nombreux acteurs impliqués dans un fonctionnement en réseau, qui sont interdépendants et qui à la fois poursuivent des objectifs divergents (Denis et al., 1999).

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons étudié quatre changements organisationnels implantés dans des CSSS du Québec. Le but de ce mémoire est de mieux comprendre les processus de changements organisationnels en contexte professionnels (objectif principal).

Une revue de littérature nous a permis de proposer un modèle conceptuel s'appuyant principalement sur les travaux d'Hattori et Lapidus (2004), Mintzberg (1982), Pettigrew (1985), Van de Ven et Poole (1995) et Walton et al. (1994). Ce modèle conceptuel intègre à l'analyse traditionnelle des processus de changements organisationnels deux concepts complémentaires : les stratégies de négociation et la dynamique des relations de collaboration.

Les deux objectifs suivants sont liés à l'intégration de ces concepts: identifier les dynamiques de collaboration caractérisant les interactions liées aux processus de changement (objectif deux) et lier les stratégies de négociation aux dynamiques de collaboration identifiées (objectif trois). Ensemble, ils contribuent à l'atteinte de notre objectif principal qui est de mieux comprendre les processus de changements organisationnels en contexte pluraliste.

Pour arriver à répondre à ces objectifs, le devis de recherche utilisé est l'étude de cas. Quatre études de cas ont été réalisées. Elles portent sur l'introduction de changements organisationnels en CSSS. L'étude s'appuie sur 42 entrevues réalisées auprès des acteurs impliqués dans l'implantation des changements ainsi que sur des documents provenant des CSSS et des chercheurs affiliés au projet de recherche. Dans un deuxième temps, chacun des cas ont été analysés à l'aide du modèle conceptuel proposé. Finalement, une analyse transversale des quatre cas a permis de répondre aux objectifs de recherche.

Le présent mémoire est structuré de la façon suivante. Un premier chapitre présente les problématiques vécues ayant mené aux changements étudiés dans quatre CSSS. Un deuxième chapitre propose une revue de littérature qui présente les concepts utiles à l'étude des trois thèmes principaux de ce mémoire : le changement organisationnel, les stratégies de négociation et les dynamiques de collaboration. De cette analyse de la revue de littérature émerge un modèle conceptuel présenté dans le chapitre trois. Le quatrième chapitre détaille le cadre méthodologique de cette recherche. Un cinquième chapitre présente l'histoire et l'analyse interne (analyse intra cas) de chacun des quatre cas étudiés. Le chapitre six porte sur l'analyse transversale des intra cas. Finalement, dans la section Discussion et conclusion, nous mettons en évidence les principaux résultats, discutons dans quelle mesure ils permettent de répondre à nos objectifs de recherche et identifions les limites et les pistes de recherches futures.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Le système de santé au Québec fait face à des changements importants qui l'oblige à transformer ses pratiques (Roy et al., 2010). Les organisations qui composent le système de santé font face à des pressions accrues au niveau politique, économique et technologique pour changer leurs façons de faire (Chreim et al., 2012). Elles doivent aussi contrer la pénurie de personnel, le vieillissement de la population et l'augmentation des coûts, ce qui les obligent à adopter de nouvelles mesures structurelles (Roy et al., 2010). Les gestionnaires du système de soins doivent donc introduire des transformations pour mieux faire face à ces enjeux. Contandriopoulos (2003) décrit ce besoin de changement :

Pour rester fidèles aux valeurs des populations qu'elles représentent et préserver ainsi les fondements mêmes de leur légitimité, les démocraties modernes doivent infléchir la trajectoire actuelle de leur système de soins, car il répond de moins en moins bien aux attentes de la population. (p. 4)

Parmi les efforts que l'on dénombre, Contandriopoulos (2002, p. 147) soutient que « les pratiques des professionnels ont évolué, les hôpitaux ont changé, mais le système de soins ne s'est pas transformé ». Ainsi, malgré les transformations des dernières années apportées pour pallier les déséquilibres, les résultats demeurent insatisfaisants. En ce moment, les changements considérés désirables pour le système de soins sont longs à implanter, difficiles et demandent des moyens importants (Audet, 2010, Contandriopoulos, 2002). De plus, Best et al. (2012) expliquent que le système de santé comporte un haut degré d'inertie et une faible motivation perçue pour le changement.

La nature pluraliste du contexte complexifie l'introduction de changements délibérés. Le contexte pluraliste est caractérisé par un fonctionnement en réseau impliquant de multiples acteurs interdépendants qui ont des objectifs divergents (Denis et al., 1999). Différentes forces organisationnelles de ce contexte, tels les relations de pouvoirs, les intérêts et le manque de ressources peuvent contraindre les habiletés de l'organisation à changer (Chreim et al., 2012). Pour arriver à implanter un changement, les décideurs doivent prendre en

compte les intérêts divergents des différents groupes, faire face aux contraintes qu'impose l'environnement politique, professionnel, administratif et économique et gérer les demandes paradoxales associées à de tels changements (Denis et al., 2001). De plus, les acteurs du système de santé possèdent une autonomie considérable et l'utilisent pour se positionner favorablement (Denis et al., 1999) :

Les stratégies qu'utiliseront les professionnels pour préserver leur autonomie professionnelle peuvent générer des formes de collaborations qui ne seront pas nécessairement idéales pour l'organisation. (p. 111)

La collaboration entre les acteurs implique la négociation d'ajustements mutuels (Mintzberg, 1982). La collaboration n'est ni facile ni naturelle (Huxham et Vangen, 2005). Les acteurs s'affirment par leur spécificité (Larivière, 2001). Ces ajustements mutuels peuvent s'apparenter à des processus de négociation. Plusieurs ont reconnu les liens étroits entre la négociation et la collaboration des acteurs (Savage et al., 1989, Walton et al. 1994, Whetten et Cameron, 2011) et certains font mention que la collaboration est en soi une stratégie de négociation (Savage et al., 1989, Adelson, 1999). Ces processus par lesquels les acteurs introduisent des changements délibérés tout en s'ajustant demeurent peu maîtrisés. Cette recherche vise spécifiquement à mieux comprendre ces processus. Plus précisément, cette recherche poursuit l'objectif général suivant :

- Mieux comprendre les différents processus de changement en contexte professionnel;

Nous poursuivons également les deux sous-objectifs suivants qui contribuent à atteindre l'objectif général :

- Identifier les dynamiques de collaboration caractérisant les interactions liées aux processus de changement;
- Lier les stratégies de négociation aux dynamiques de collaboration identifiées.

CHAPITRE II

REVUE DE LITTÉRATURE

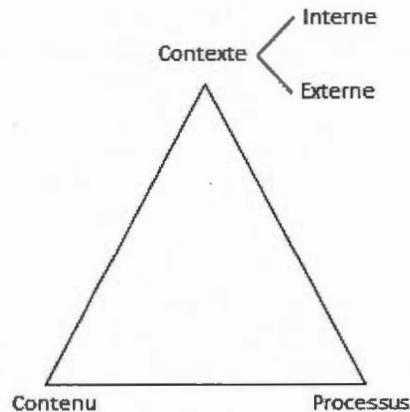
Comme nous l'avons vu, l'introduction de changements organisationnels en contexte pluraliste est complexe. Pour mieux comprendre l'implantation de tels changements, nous aborderons trois thèmes : le changement organisationnel, les processus et stratégies de négociation ainsi que les dynamiques de collaboration.

2.1 Changement organisationnel

La littérature scientifique des dernières décennies soutient que le changement organisationnel est un « phénomène complexe, peu prévisible, qui requiert un large éventail d'agents et de pilotes du changement dont les rôles et l'implication peuvent varier dans le temps » (Champagne, 2002, p. iv). Le changement peut être défini comme une « modification, circonscrite dans le temps et l'espace, d'un ou de plusieurs paramètres organisationnels » (Champagne, 2002, p. 8). Plusieurs reconnaissent que le changement organisationnel est caractérisé par son contexte, son contenu et son processus (Alas, 2007, Armenakis and Bedeian, 1999, Pettigrew, 1985, Pettigrew, 1997, Pettigrew et al., 1992, Self et al., 2007). Selon Pettigrew (1987), le contexte, le contenu et le processus de changement représentent trois facettes indissociables du changement. Elles permettent une analyse multidimensionnelle du phénomène de changement (Pettigrew et al., 2001). Cette perspective permet également la considération d'éléments souvent négligés dans les études de changement, soit les contextes multiples, les niveaux d'analyse, le temps, l'histoire, le processus et l'action (Pettigrew et al., 2001).

Les trois composantes du modèle de Pettigrew (1987) correspondent au contenu, au processus et au contexte interne et externe (Figure 2.1). Ces composantes seront définies dans les sections qui suivent.

Figure 2.1 – Les composantes du changement (Pettigrew, 1987)



2.1.2 Contenu du changement

Le contenu du changement est perçu comme le changement lui-même; il est souvent associé au « quoi » du changement (Walker et al., 2007). Le changement peut concerner les stratégies, structures, cultures, technologies, etc. (Langley et Denis, 2006). Il est spécifique à l'organisation et renvoie au changement mis en œuvre (Langley et Denis, 2006). Le contenu peut être associé à l'écart entre la situation initiale et la situation finale (Collerette et al., 2008). La situation finale, ou le point d'arrivée, est observable lorsque les effets du changement peuvent être mis en évidence.

L'importance de cet écart est une caractéristique fondamentale du changement visant à atteindre un idéal organisationnel (Langley et Denis, 2006). La plupart des auteurs font une distinction entre les changements qui entraînent des transformations fondamentales importantes (changements radicaux ou révolutionnaires) et les changements convergents (mineurs ou incrémentiels) (Champagne, 2002; Langley et Denis, 2006). Les changements

radicaux impliquent des transformations majeures et des réorientations importantes. Les changements majeurs sont considérés comme des épisodes révolutionnaires dans un environnement sensiblement constant (Weick et Quinn, 1999).

Les changements convergents correspondent plutôt à des ajustements ne comportant pas de transformation majeure (Champagne, 2002). Ils sont associés aux multiples décisions à prendre au quotidien (Langley et Denis, 2006). Ces changements mineurs correspondent à des adaptations et des ajustements continus qui, lorsqu'ils sont observés sur une longue période, peuvent être associés à des transformations organisationnelles significatives (Weick et Quinn, 1999). Les changements importants et convergents sont identifiés dans littérature comme étant complémentaires (Weick and Quinn, 1999).

2.1.3 Processus du changement

Le processus du changement renvoie aux actions, aux réactions et aux interactions des acteurs qui déplacent l'organisation actuelle vers un état futur (Pettigrew, 1987). Le processus de changement est vu comme une séquence d'actions et d'évènements continus et interdépendants qui sont utilisés pour expliquer les origines, la continuité et les résultats des phénomènes observés (Pettigrew, 1987). Il permet de comprendre comment le phénomène se rend du point A au point B à l'aide des activités de changement qui se déroulent dans le temps (Chreim et al., 2012). Le processus doit être analysé selon sa nature complexe et ses différents niveaux qui évoluent suivants différentes temporalités, et ce, de façon non linéaire (Passeron, 2005, dans Oiry et al., 2010).

Les actions et les structures peuvent contribuer à expliquer le changement (Pettigrew, 1987). Les actions et les structures qui expliquent le processus sont récursives (Giddens, 1979, dans Gilbert, 2010), c'est-à-dire qu'elles se déterminent les unes les autres : les actions sont influencées par les structures et les structures émergent des actions. Au niveau de l'organisation, les structures peuvent prendre différentes formes plus ou moins formelles, tels : les conseils d'administration, les comités, etc. (Denis, 2004).

Van de Ven et Poole (1995) ont étudié les processus de changement en englobant dans un modèle les diverses théories expliquant le changement organisationnel. Entre autres, le modèle distingue le contexte où le changement se produit (entité simple ou multiple), le mode d'implication des acteurs dans le changement (Van de Ven et Poole, 1995) et le niveau de conflit. Nous retenons des idéal-types de Van de Ven et Poole (1995) que le processus de changement peut varier en fonction du mode d'implication des acteurs qui varie de prescrit (imposé) à construit (développé collectivement). En effet, le changement peut émerger d'un processus plus ou moins délibéré (mode prescrit) ou émergent/spontané (mode construit) (Van de Ven et Poole, 1995). Le modèle de Van de Ven et Poole (1995) considère une autre caractéristique du processus : le niveau de conflits entre les entités. La nature plus ou moins conflictuelle ou collaborative sera abordée en détail dans la section 2.3, « Processus de collaboration », portant sur la dynamique entre les acteurs au cours du processus. Le continuum concernant les entités (simple ou multiple) de Van de Ven et Poole (1995) n'a pas été considéré. Tous les cas étudiés évoluent dans des contextes pluralistes caractérisés par la présence d'entités multiples. La nature pluraliste du contexte est abordée dans la section 2.1.4.4, « Particularités du contexte à l'étude ». Le continuum caractérisant le mode d'implication des acteurs ainsi que le niveau de conflits permettent de qualifier les processus de changement à l'étude en associant les processus observés empiriquement à ces caractéristiques.

Le processus est aussi caractérisé par son évolution temporelle qui est liée au rythme. Le rythme est étroitement lié à l'ampleur du contenu du changement. La notion de rythme distingue les approches révolutionnaires, les approches incrémentielles ou encore les processus d'équilibre ponctué (Tushman et Romanelli, 1985, dans Champagne, 2002). Les approches révolutionnaires sont associées, tel que discuté plus haut dans la section 2.1.2 « Contenu du changement », à des transformations majeures au niveau des valeurs, des structures ou des pratiques. Ces changements importants sont implantés à un rythme condensé sur une courte période de temps (Weick et Quinn, 1999). Les approches incrémentielles rejoignent des transformations plus mineures qui peuvent être, par exemple, des décisions quotidiennes (Champagne, 2002; Langley et Denis, 2006). Elles sont associées à un rythme de changement plus lent et graduel que les approches révolutionnaires. Quant au processus d'équilibre ponctué, il correspond à la stabilité relative d'une organisation pouvant

être interrompue par des épisodes de changement (Tushman et Romanelli, 1985, dans Champagne, 2002).

Selon Pettigrew (1985), le contenu et le processus d'un changement doivent être analysés en lien avec son contexte.

2.1.4 Contexte du changement

Certaines approches allouent un rôle mineur au contexte (Oiry et al., 2010) en considérant celui-ci « comme un lieu (...) stable [et] exhaustivement descriptible » (Oiry et al., 2010, p. 86). D'autres (Langley et Denis, 2006, Pettigrew, 1987, Walker et al., 2007) considèrent qu'il est une composante essentielle à l'analyse du changement. Le contexte du changement renvoie aux caractéristiques de l'environnement interne et externe de l'organisation (Walker et al., 2007) et des acteurs liés au changement. Nous aborderons à la fin de cette section certaines particularités du contexte à l'étude.

2.1.4.1 Contexte externe

Le contexte externe fait référence à l'environnement social, économique, politique et compétitif dans lequel l'organisation opère (Pettigrew, 1987) et pouvant influencer le changement. Cela peut inclure, sans s'y limiter, les pressions des concurrents, la réglementation gouvernementale et les changements législatifs et technologiques (Walker et al., 2007). Typiquement, les organisations ont peu de contrôle sur les forces du contexte externe, mais doivent malgré tout s'y adapter (Walker et al., 2007).

2.1.4.2 Contexte interne

Le contexte interne renvoie aux structures, à la culture organisationnelle et au contexte politique dans lesquels l'organisation se situe (Pettigrew, 1987). Il comprend les caractéristiques propres à l'organisation et les facteurs organisationnels internes pouvant comprendre le niveau de professionnalisme, les attitudes managériales face au changement, les tensions entre les acteurs, les connaissances techniques et le contexte historique de l'organisation (Walker et al., 2007). Nous retrouvons également dans le contexte interne les pressions qui émergent des acteurs qui sont insatisfaits du contexte actuel (Chreim et al., 2012).

2.1.4.3 Acteurs

Les acteurs sont présents tant dans le contexte interne que dans le contexte externe. Ils sont notamment caractérisés par leurs croyances et leur pouvoir (Collerette et al., 2008). Une croyance peut être une valeur propre à l'individu; c'est une façon particulière d'envisager différents aspects du réel, et cette conception du réel résulte d'un choix, conscient ou non, parmi plusieurs possibilités (Collerette et al., 2008). Elles conditionnent en partie les attitudes et comportements à l'égard du changement (Collerette et al., 2008). Leurs croyances peuvent varier au cours du processus de changement.

Les acteurs peuvent influencer le changement de façon asymétrique selon le pouvoir dont ils disposent. Le pouvoir consiste en une habileté à faire concéder l'autre partie lorsque celle-ci préfère ne pas faire ce qu'on lui demande (Ury et al., 1993, dans Brett, 2000). Il peut permettre à un petit nombre d'acteurs d'engager de force un plus grand nombre d'acteurs dans un processus de changement qui ne sert pas nécessairement les bénéficiaires de ces derniers (Langley et Denis, 2006). Le pouvoir des acteurs peut être analysé à partir de la perspective de la dépendance des ressources. Selon cette perspective, le pouvoir des acteurs varie selon les interdépendances liées aux besoins des acteurs et à la disponibilité des ressources (Pfeffer, 1978). La rareté des ressources leur donne une plus grande importance, ce qui se traduit en un pouvoir plus grand pour ceux qui les possèdent. Le pouvoir peut être associé aux capacités

des acteurs d'influencer l'implantation d'un changement selon les ressources dont ils disposent. L'étude de Best et al. (2012) associe les capacités des acteurs à implanter le changement à la présence de certaines ressources plus ou moins disponibles : par exemple, le support des gestionnaires, les ressources financières ou encore des formations pour soutenir le changement. La nature particulière du contexte du système de la santé est détaillée dans la section ci-dessous.

2.1.4.4 Particularités du contexte à l'étude

Comme nous l'avons vu, le système de santé et les organisations qui le composent sont confrontés à certains enjeux d'implantation de transformations organisationnelles. De plus, les organisations du système de santé ont tendance à avoir des caractéristiques peu propices au changement (Champagne, 2002). Par exemple, de nombreuses organisations sont sollicitées pour assurer le bon fonctionnement du système de santé. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui joue un rôle important dans les décisions sur les changements à implanter, les cliniques privées, les centres de réadaptation, les organismes communautaires, les citoyens, les groupes de professionnels, etc. sont présents aux niveaux central, régional et local (Gilbert et al., 2007). Certaines études ont mis en lumière l'importance particulière de certains groupes d'acteurs. Par exemple, pour Checkland et al., (2013), les nombreux changements observés du système de la santé, tel la fusion d'établissements ou de services, ont accordé un rôle primordial aux gestionnaires intermédiaires qui affectent grandement les résultats du système de santé. Singh et al. (2010) accordent une importance au leadership des acteurs des gestionnaires du système de santé pour soutenir le changement. Ainsi, l'ensemble de ces acteurs externes et internes peuvent jouer un rôle dans l'implantation d'un changement.

Aucun de ces groupes d'acteurs ne détient à lui seul les ressources nécessaires pour contrôler l'ensemble des services du système de santé (Contandriopoulos et al., 2001). Comme nous l'avons vu, le fonctionnement en réseau d'acteurs interdépendants et poursuivant des objectifs parfois divergents est associé au caractère pluraliste du système de santé (Denis et al., 1999). Les structures de plusieurs organisations peuvent être qualifiées de décentralisées

(Pierre et Peters, 2000; dans Gilbert et al., 2007). De plus, les acteurs du système de santé possèdent leurs propres moyens de régulation, de systèmes de croyances et d'idéologie (Contandriopoulos et al., 2001), ce qui peut les amener à adopter des actions peu compatibles (Gilbert et al., 2007).

Ce contexte impose aux acteurs de coordonner leurs actions par la négociation d'ajustements mutuels (Mintzberg, 1982). Ces ajustements peuvent être associés à des processus de négociation. Dans la prochaine section, nous aborderons plus précisément ces processus de négociation et les stratégies qu'ils impliquent.

2.2 Processus et stratégies de négociation

La négociation est une forme d'interaction sociale; c'est le processus par lequel deux parties ou plus tentent de résoudre des buts perçus comme contradictoires (Carnevale et Pruitt, 1992, dans Brett, 2000). Son déroulement influence le cours des relations entre les parties et l'avancement des objectifs pour l'obtention d'un produit de la négociation (Savage et al., 1989). Chaque épisode de négociation influence aussi les négociations futures en modifiant le pouvoir des acteurs et leurs relations (Savage et al., 1989). L'épisode réfère à un ensemble d'évènements qui, pris un à un, représente un moment relatif d'équilibre (Singh et al., 2010). La négociation peut être associée à un processus fait d'une suite d'actions et d'évènements continus et interdépendants expliquant les origines, la continuité et les résultats des phénomènes observés (Pettigrew, 1987).

L'étude des processus de négociation s'appuie sur la théorie des jeux de négociation qui distingue la nature distributive ou intégrative de la négociation (Raiffa, 1982). Les processus de négociation sont liés aux stratégies de négociation adoptées par les parties pour arriver à un consensus entre les deux parties et à la distribution des ressources (Walton et al., 1994; Pruitt, 1983) Ces stratégies consistent en divers moyens pour arriver à une entente. Elles varient selon le continuum distributif/intégratif (Walton et al., 1994). Une négociation est considérée distributive lorsque les parties « s'arrachent » la plus grosse part d'un produit substantiel (Brett, 2000). Lorsque la négociation est distributive, les parties parviennent à des

accords qui peuvent être sous-optimaux car elles laissent tomber des ressources que ni l'une ni l'autre n'arrivent à récupérer (Walton et McKersie, 1965, dans Brett, 2000).

Les stratégies visant à forcer le processus (Walton et al., 1994) ou encore à persuader l'autre partie à céder ses ressources (Pruitt, 1983) sont associées à la négociation distributive (Brett, 2000). Elles entretiennent une dynamique de compétition entre les acteurs et peuvent influencer négativement leurs perceptions ainsi que leur niveau de confiance (Brett, 2000).

La négociation intégrative est associée à une entente permettant aux parties de se partager un produit plus important. Autrement dit, une négociation distributive divise un ensemble fixe de ressources entre les parties, forçant les parties à faire un compromis, alors que négociation intégrative distribue un ensemble amélioré de ressources pour les parties (Brett, 2000).

Les stratégies visant à favoriser le processus (Walton et al., 1994) et la collaboration entre les parties (Savage et al., 1989) sont associées à la négociation intégrative (Brett, 2000). Ces stratégies visent la résolution de la négociation en réconciliant les aspirations des deux parties (Brett, 2000). Les stratégies qui tendent à être collaboratives génèrent moins de conflits entre les acteurs et ont tendance à privilégier une division plus équitable des ressources (Adelson, 1999, Savage et al., 1989, Walton et al., 1994) en permettant aux acteurs de créer des solutions collaboratives dans lesquelles les parties seraient plus satisfaites (Adelson, 1999). La présence de structures d'interactions formelles favorisant des échanges fréquents et continus permet un processus de négociation plus efficace (Walton et al., 1994). De plus, la recherche de solutions participatives lors de négociation soutient la collaboration entre les parties (Singh et al., 2010).

Les stratégies de négociation sont souvent adoptées une à la fois (Pruitt, 1983) et peuvent se succéder à un rythme plus ou moins rapide. Le temps peut également décourager ou encourager l'adoption de certaines stratégies et ajouter une pression supplémentaire sur les processus de négociation (Pruitt, 1983). Les stratégies visant la coopération mènent habituellement plus rapidement à un consensus que les stratégies qui forcent une partie à adopter un changement ou que les stratégies de persuasion (Pruitt, 1983).

Comme nous l'avons vu, le système de soins et les organisations de santé sont caractérisés par un niveau élevé de pluralisme. L'interdépendance entre les divers acteurs exige un fonctionnement favorisant la coopération plutôt que la concurrence (Benson, 1975, dans Gilbert et al., 2007). Dans ce contexte, les stratégies cherchant à imposer les changements ont un potentiel limité. La négociation d'ajustements mutuels implique donc un processus de négociation qui dépend de la volonté et de la capacité des acteurs à développer une dynamique collaborative. Dans la prochaine section, nous aborderons plus précisément la dynamique plus ou moins collaborative entre les acteurs.

2.3 Processus de collaboration

La collaboration se définit comme « une mesure prise pour impliquer une forme positive de travail en association avec les autres pour arriver à une forme de bénéfice mutuel » (Huxham, 1996, p. 1). L'étude de Singh et al. (2010) conclue que la collaboration des acteurs est essentielle pour énergiser le processus de changement. Cette étude explique l'importance de la collaboration initiale institutionnelle ainsi que le développement de relations de collaboration avec les différents partenaires tout au long du processus de changement (Singh et al., 2010). Le niveau de collaboration peut toutefois varier. Ivey et al. (1988, dans D'Amour, 1997) identifient un continuum de collaboration interprofessionnelle selon les différents niveaux d'intensités de collaboration : la pratique parallèle, l'échange d'information, la consultation, la coordination, l'équipe multiprofessionnelle et l'équipe interprofessionnelle. La matrice d'Hattori et Lapidus (2004) nous permet de qualifier la collaboration en quatre types de dynamique de relations : l'adversité, la compétition, la coopération et la collaboration. La collaboration est associée au plus haut niveau. Ces types de relations sont déterminés par des qualificatifs observables chez les acteurs, soit : le niveau de confiance, le niveau de motivation, la vision, l'attitude et les résultats potentiels (Hattori et Lapidus, 2004). La matrice d'Hattori et Lapidus (2004) est présentée dans le tableau 2.2. Elle est expliquée par la suite.

Tableau 2. - Matrice de relations de collaboration, Hattori et Lapidus (2004)

Type de relation	Niveau de confiance	Motivation	Vision	Attitude	Résultats potentiels
Collaboration	Fort investissement	Dans l'intérêt de l'ensemble	Synergie	Responsable	Innovation révolutionnaire
Coopération	Orientation vers les résultats	Pour des résultats réussis	Gagnant-Gagnant	Disposé	Succès préconçu
Compétition	Prudent	Bien paraître	Gagnant dans les règles	Astucieux	Compromis
Adversité	Méfiant	Ne pas perdre	Gagner à tout prix	Impitoyable	Imprévisible

Selon Hattori et Lapidus (2004), les relations de collaboration représentent un investissement des acteurs dans le projet de changement. Les acteurs visent à trouver la meilleure solution qui va satisfaire l'ensemble des parties. Ils ont un sens de l'engagement et une attitude responsable envers le projet de changement.

Les relations de coopération visent également à soutenir le processus de changement. Les acteurs sont alors disposés à participer sans toutefois se sentir responsables du projet de changement.

Les acteurs en relations de compétition sont méfiants envers les autres parties. Ils sont disposés à atteindre un résultat potentiel mais en souhaitant favoriser leur position. Les acteurs seront astucieux dans leurs interventions afin de gagner le plus de terrain sur l'autre partie.

Les acteurs en relations adversariales sont impitoyables. Ils veulent retirer ce qui est bon pour eux à tout prix. Ils sont prêts à nuire à l'autre partie pour gagner.

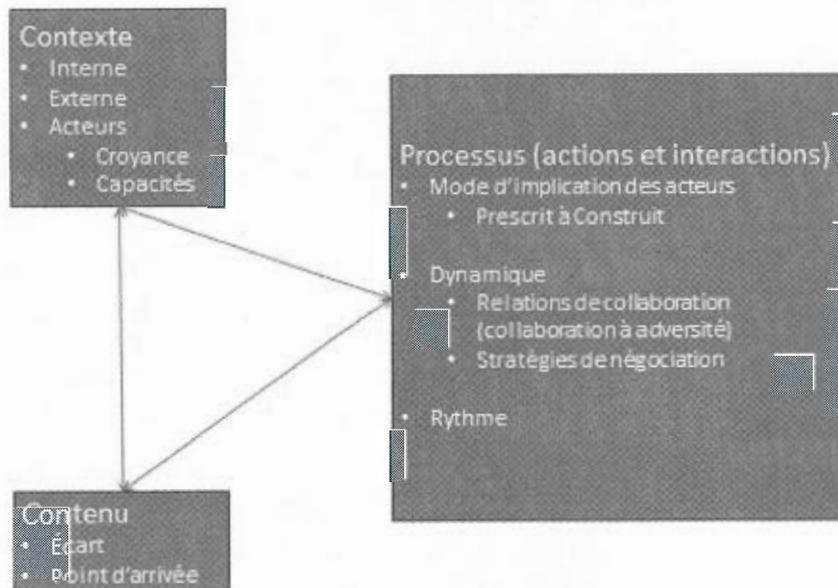
Les caractéristiques observables associées à chacun des types de relations identifiés dans cette matrice permettent de qualifier le niveau de collaboration entre les acteurs. La prochaine section présente le modèle conceptuel émergent de cette revue de littérature qui sera utilisé dans le cadre de cette recherche.

CHAPITRE III

MODÈLE CONCEPTUEL

Pour cette étude, nous proposons à partir de la revue de littérature le modèle conceptuel suivant (voir figure 3.1).

Figure 3.1 – Modèle conceptuel



*Inspiré de Hattori et Lapidus (2004), Mintzberg (1982), Pettigrew (1987), Van de Ven et Poole (1995), Walton et al. (1994).

Le modèle proposé développe les trois éléments du modèle de Pettigrew (1987) qui caractérisent le changement : le contenu, le contexte et le processus.

Le contenu est associé à l'écart entre la situation initiale du changement et la situation finale (Collerette et al., 2008). La situation finale est le point d'arrivée, soit le moment où le changement est implanté et devient pratique courante dans le temps (Buchanan et al., 2005, dans Gilbert, 2010).

Le contexte du changement est caractérisé par un contexte interne et externe à l'organisation (Pettigrew, 1987) ainsi que par les croyances et le pouvoir des acteurs, soit leurs capacités à élaborer le changement (Collerette et al., 2008).

Le processus de changement correspond à l'ensemble des actions et des interactions des acteurs impliqués dans le changement. Il est caractérisé par le mode d'implication des acteurs, la dynamique et le rythme. Le mode d'implication des acteurs dans le processus varie de prescrit (imposé) à construit (émergent) (Mintzberg, 1982, Van de Ven et Poole, 1995). La dynamique des relations est caractérisée par un niveau variable de collaboration et des stratégies de négociation adoptées. La collaboration caractérisant les relations prend différentes formes, variant de l'adversité à la collaboration sur un continuum (Hattori et Lapidus, 2004). Les stratégies de négociation varient en un continuum d'interactions entre forcer l'autre partie vers une issue ou favoriser la négociation avec elle (Walton et al., 1994). Finalement, le processus est caractérisé par le rythme de la progression du changement.

Cette conceptualisation a été mobilisée pour réaliser quatre études de cas. Dans la prochaine section, nous aborderons le cadre méthodologique adopté pour réaliser la présente étude.

CHAPITRE IV

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Ce chapitre vise à décrire et justifier le cadre méthodologique adopté afin de répondre à nos objectifs de recherche qui sont les suivants :

L'objectif principal est de :

- Mieux comprendre les différents processus de changement en contexte professionnel.

Nous poursuivons également les deux sous-objectifs suivants qui contribuent à l'atteinte de l'objectif général :

- Identifier les dynamiques de collaboration caractérisant les interactions liées aux processus de changement;
- Lier les stratégies de négociation aux dynamiques de collaboration identifiées.

Ce mémoire s'insère dans un projet plus vaste. Il s'agit du projet « Mettre en œuvre des pratiques innovantes d'organisation du travail pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre »¹ principalement financé par les Instituts de recherche en santé du Canada. Les données utilisées pour ce mémoire ont été recueillies dans le cadre de ce projet.

La première section du cadre méthodologique traitera de l'approche de la recherche, soit la position méthodologique, la stratégie et le devis de recherche utilisés. La deuxième section présentera le terrain de recherche, c'est-à-dire une courte description des cas à l'étude ainsi que des données composant ces cas. Finalement, la dernière section traitera de l'analyse de ces données et des critères de qualité.

¹ Dubois, Carl-Ardy, et al., 2009. « Mettre en œuvre des pratiques innovantes d'organisation du travail pour faire face à la pénurie de main d'œuvre », *Proposition de recherche*.

4.1 Approche de la recherche

Dans cette section, nous abordons d'abord le choix de la position méthodologique, le devis de recherche utilisé et nous terminons par une description du terrain de recherche.

4.1.1 Choix de la position méthodologique (processus du changement)

Dans le cadre de cette recherche, le changement est étudié selon le modèle conceptuel présenté. Cette approche peut être qualifiée de processuelle car elle permet d'observer les mécanismes « par lesquels les phénomènes se produisent dans le temps » (Langley, 1997, p. 39). Également, les processus mettent en évidence des événements séquentiels menant à un résultat. C'est la construction de ces événements que l'approche processuelle observe (Langley, 1997). Il a été démontré que l'étude de processus complexes, dont le changement, mobilise le plus souvent une collecte de données qualitatives (Pettigrew, 1992, Porter, 1991, Van de Ven, 1992).

4.1.2 Devis de recherche

Le devis d'étude de cas est approprié puisqu'il permet de faire une élaboration théorique à partir d'une description (Giroux, 2003). L'étude de cas permet également de « décrire un phénomène dans toute sa complexité » (Giroux, 2003, p. 43). L'étude de cas permet de capter la complexité des processus de changement en utilisant plusieurs techniques de collecte de données. Ce devis est utilisé pour mieux comprendre comment se déroule le phénomène étudié, lorsque le chercheur a peu de contrôle sur les événements étudiés (Yin, 2003). La démarche utilisée pour réaliser les études de cas peut être qualifiée de partiellement inductive et partiellement déductive (Denis et al., 2001). Le devis de recherche est partiellement inductif car il permet d'identifier les stratégies de négociation et les dynamiques de collaboration qu'impliquent les processus de changement organisationnel. Il est aussi partiellement déductif car l'identification et l'analyse s'appuie en partie sur le modèle conceptuel proposé.

4.2 Terrain de recherche

Dans cette section, nous expliquons le choix des cas et présentons une description sommaire de chacun. De plus, nous décrivons les sources de données utilisés et leur traitement initial.

4.2.1 Choix des cas et caractéristiques

Ce mémoire portera sur quatre études de cas. Ces cas ont été sélectionnés parmi ceux étudiés dans le cadre du projet « Mettre en œuvre des pratiques innovantes d'organisation du travail pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre ». Les cas correspondent à une réorganisation du travail implantée pour mieux faire face aux enjeux de main-d'œuvre. Les cas étudiés dans le cadre de ce mémoire correspondent à l'émergence et aux 18 premiers mois d'implantation de quatre projets de changement en CSSS. Ils ont été sélectionnés sur la base des critères suivants prévus au protocole de recherche du projet principal dans lequel s'insère ce mémoire (Dubois et al. 2009) : 1) l'objectif visé par le projet de changement (doit répondre à des enjeux associés à la disponibilité et à l'utilisation de la main-d'œuvre); 2) la portée du projet (doit être susceptible de concerner une masse critique de personnel et impliquer un transfert de tâches entre des catégories variées de personnel); 3) le degré de formalisation (doit être suffisamment défini par ses composantes, la démarche d'implantation et les résultats anticipés); 4) le degré d'implantation (l'implantation doit débuter au cours de l'année 2009, moment du début du projet) et 5) le caractère novateur du projet par rapport aux pratiques antérieures de l'organisation où il a été introduit. Les cas ont également été sélectionnés selon leur situation géographique (contexte urbain, semi-urbain ou rural).

4.2.2 Description sommaire des quatre cas

4.2.2.1 Cas A

Le projet de changement du cas A concerne principalement l'amélioration de la supervision. La directrice de la Qualité et de la promotion/prévention de la santé a initié un projet de changement au CSSS dans le cadre de sa formation pour les hauts gestionnaires du système

de santé canadien. Ainsi, elle a créé un comité de travail conjoint où participaient surtout des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme ainsi que certains professionnels, dans toutes les directions du CSSS. Ce comité a travaillé intensément sur une période de six mois. À la suite de diverses analyses de rôles et responsabilités des professionnels et de leurs besoins de supervision, le comité a fait plusieurs constats concernant la supervision clinique et identifia des réponses appropriées pour l'ensemble du CSSS.

Dans le cadre de la présente étude, nous avons étudié l'implantation du changement auprès de la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement. Au niveau de cette direction, le changement concerne la clarification de la supervision clinique, la modification de la structure de supervision et des équipes ainsi qu'une révision des rôles et responsabilités des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme. Ce modèle développé au niveau du CSSS devait ensuite être implanté dans chacun des programmes.

Pour implanter le changement, la directrice de la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement a d'abord organisé des comités et effectué un sondage auprès des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme pour valider les tâches à transférer et la réorganisation des équipes. Après un premier plan d'action, le projet de changement ne s'est pas matérialisé comme prévu. Un leadership inégal du projet lié au changement de poste de la personne responsable du projet, des départs et une épidémie de grippe qui a monopolisé temporairement les efforts de tous, sont des facteurs qui semblent avoir ralenti le processus.

L'implantation du changement a progressé davantage suite à plusieurs ajustements. Des sous-comités de travail ont été mis en place pour mieux soutenir le changement des rôles des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme. Ce travail en sous-groupes a permis de clarifier les processus de supervision. Ces deux groupes d'emplois à la fin de la période étudiée mettent en place graduellement leurs nouvelles tâches.

4.2.2.2 Cas B

Le changement du cas B concerne l'instauration de supervision clinique pour les intervenants psychosociaux qui n'avaient plus de superviseurs formels depuis quelques années.

Un comité de développement du changement a été mis en place en février 2010, au début de la période étudiée. Il est composé de la direction, du syndicat et de représentants d'intervenants. Le comité s'est réuni à plusieurs reprises pour définir et mettre en œuvre le projet de changement. Les membres du comité étaient en attente d'un financement du MSSS pour lancer le projet. Le financement est arrivé quelques mois plus tard et a confirmé le projet ainsi qu'un échéancier pour le mettre en œuvre.

Le comité de projet a embauché une formatrice externe pour planifier la suite du projet. Les membres décidèrent de la structure du projet : ce serait la formatrice externe qui formerait les superviseurs internes pour faire de la supervision de groupe. Ils ont établi les prochaines étapes : un affichage interne, une sélection de candidat et le début de la formation. Huit candidats ont postulé pour être superviseurs et ont tous été sélectionnés de prime abord, bien que le comité ait envisagé de réorganiser les équipes à la fin de la formation.

Selon les recommandations de la formatrice externe, une première réunion avec tous les intervenants et les candidats superviseurs s'est déroulée à la fin de la période étudiée. La formatrice externe et la responsable des ressources humaines ont présenté le projet. Elles ont demandé aux employés quelles étaient leurs attentes quant au projet, alors que ceux-ci posaient des questions pour connaître les prochaines étapes qui n'ont pas été dévoilées. À la fin de la période étudiée, une deuxième rencontre était prévue.

4.2.2.3 Cas C

Le changement du cas C concerne la réorganisation des pratiques et des ressources par l'intégration d'infirmières auxiliaires, d'infirmières mentors et de postes d'auto-remplacement pour réduire la main d'œuvre indépendante.

La première phase du changement du cas C se fit dans un contexte où la direction avait déjà amorcé des démarches pour harmoniser des pratiques de travail de ses trois sites Centres locaux de services communautaires (CLSC). La direction a créé un partenariat avec ses trois différents syndicats pour saisir une occasion de financement et s'assurer de la faisabilité du projet. La direction a présenté au MSSS l'esquisse du projet qu'elle a bâti avec l'appui des syndicats. Elle a reçu peu de temps après un financement pour réaliser le projet.

Dans un premier temps, la direction a élaboré un cadre prévoyant la vision et les différentes structures pour initier le projet. Un ensemble de comités de travail conjoints ont été mis en place pour réaliser un diagnostic précis de la situation. Des intervenants des différents groupes de travail (soit des infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, auxiliaires familiaux, nutritionnistes, inhalothérapeutes et des membres de soutien clérical), les syndicats, la direction ont volontairement fait partie des dix comités de travail. Les comités de travail ont recueilli pendant quelques mois les processus de travail des intervenants du service de soins à domicile ainsi que les difficultés et les solutions qui pourraient être envisagées. Ces informations ont servi à créer un rapport dressant les bases des pratiques réelles des intervenants. Cet outil a été utilisé par la suite pour préciser les changements organisationnels considérés souhaitables.

Comme l'échéancier fixé par le MSSS ne permettait pas d'implanter à temps tous les changements désirés pour tous les types d'emplois du programme Soins à domicile, les soins infirmiers ont alors été priorités par la direction avec l'appui des syndicats. Une cadre en charge du projet a développé avec deux comités (orientation et coordination) les changements à implanter. Des tests ont été effectués pour chacun des changements.

Les premières infirmières auxiliaires sont arrivées au printemps 2010 dans une équipe de travail. Après l'intégration d'une première infirmière auxiliaire, un modèle d'implantation a été créé par les comités d'orientation et de coordination et a été présenté à l'ensemble des intervenants du programme Soins à domicile.

À la fin de la période étudiée, l'intégration des infirmières auxiliaires se poursuivait. Les postes d'auto-remplacement ont été comblés mais le nombre d'absences de longue durée en

limite l'impact. Des infirmières mentors ont été identifiées pour les trois sites CLSC mais leur rôle demeure peu développé.

4.2.2.4 Cas D

Le cas D concerne un projet d'intégration d'infirmières auxiliaires dans les équipes du programme Soins à domicile

Le cas D a des pressions externes pour réduire sa main d'œuvre indépendante. Le CSSS a engagé une consultante externe qui avait le mandat de faire le portrait de la situation prévalente des soins infirmiers et de faire des recommandations à la direction. La consultante a poursuivi les travaux amorcés par la direction et a proposé l'intégration d'infirmières auxiliaires pour réduire la main d'œuvre indépendante. Tout au long des travaux, la direction a eu des discussions informelles sur l'avancement du projet avec les superviseuses des infirmières. Dans un premier temps, un poste d'infirmière laissé vacant a été remplacé par un poste d'infirmière auxiliaire pour tester la pertinence et le potentiel du projet.

Le test ayant été considéré concluant bien que les infirmières ne disposaient pas de balises pour intégrer les infirmières auxiliaires. La direction a informé les superviseuses que d'autres infirmières auxiliaires seraient embauchées. Toutefois, le cahier d'orientation pour former et intégrer les nouveaux postes d'infirmières auxiliaires n'était alors pas achevé par le comité conjoint chargé de l'implantation du changement.

En mars 2010, une deuxième infirmière auxiliaire a été ajoutée à l'équipe des soins infirmiers. La consultante externe a rencontré toutes les infirmières du programme Soins à domicile pour évaluer le fonctionnement des deux postes d'infirmières auxiliaires. La consultante a terminé son mandat en émettant les dernières recommandations pour harmoniser les pratiques des sites, qui n'ont pas eu de suites. Le comité conjoint chargé de l'implantation du changement a mis sur pied un comité d'intégration pour préparer un cahier d'orientation pour les infirmières auxiliaires. À la fin de la période étudiée, l'embauche de deux infirmières auxiliaires supplémentaires était prévue au moment des prochains départs d'infirmières.

Lorsqu'une infirmière quittera (p. ex., retraite), le poste laissé vacant sera transformé en un poste d'infirmière auxiliaire.

4.2.3 Sources de données utilisées

Les cas concernés ont été construits en combinant plusieurs sources de données. Les sources de données ont été principalement des entrevues avec des acteurs clés ainsi que des documents produits par les CSSS concernant le changement (description de leur projet, rapports, etc.) et des notes d'observation des chercheurs principaux du projet.

Les entrevues semi-dirigées ont été réalisées avec les répondants clés, c'est-à-dire les décideurs et les gestionnaires impliqués dans la conduite du projet, les praticiens et les membres du personnel directement touchés par les changements. Les entrevues ont été enregistrées sur dictaphone. Dans le cadre de ce mémoire, les entrevues analysées sont celles du temps un, soit les entrevues réalisées de janvier à mai 2010 (un deuxième temps de mesure a été réalisé dans le cadre du projet principal). Ces entrevues permettent de cerner la période sur laquelle nous nous concentrons dans le présent mémoire soit, l'émergence et les douze à vingt-quatre premiers mois d'implantation du projet de changement organisationnel. Les acteurs rencontrés occupent des postes à différents niveaux (tableau 4.1). Ils sont gestionnaires de haut niveau, chefs de programme, cadres intermédiaires (par exemples des superviseurs) ou intervenants de première ligne (infirmières, infirmières auxiliaires, travailleurs sociaux, psychologues, auxiliaires familiaux, etc.).

Tableau 4.1 – Répartition des répondants selon la catégorie de leur poste

Titre d'emploi	Cas A	Cas B	Cas C	Cas D
Gestionnaires et chefs de programme	3	3	7	2
Cadres intermédiaires	3	0	3	2
Intervenants de première ligne	4	7	3	5
Total	10	10	13	9

Les entrevues ont été réalisées par le groupe de chercheurs du projet principal. Pour chacune des entrevues, un ou deux chercheurs étaient présents et dirigeaient l'entrevue selon le canevas développé dans le cadre du projet principal. Il permet d'aborder l'ensemble des thèmes de mon cadre conceptuel. Le canevas d'entrevue utilisé se trouve à l'annexe B.

4.2.4 Respect des règles d'éthique

Toutes les données ont été recueillies conformément à l'approbation du comité éthique du projet principal. Les participants ont signé un formulaire de consentement les informant de la description du projet, de la nature de leur participation et la durée de l'étude, des conditions de participations, des avantages et bénéfices, des inconvénients et risques et de la confidentialité (voir Annexe A).

4.2.5 Retranscription des données

La retranscription des entrevues s'est faite de façon systématique en « verbatim » sur un logiciel de traitement de texte par un assistant de recherche du projet principal afin d'assurer la richesse et l'intégralité des données (Patton, 2002).

4.3 Analyse des données

Les prochaines sections expliquent comment les données ont été organisées et quels moyens ont été utilisés pour les analyser.

4.3.1 Codification

Les entrevues ont été codifiées selon les concepts sensibles (Patton, 2002, p. 456) du cadre conceptuel : contexte interne, contexte externe, croyances des acteurs, capacités des acteurs à mener le changement selon leur pouvoir, écart, point d'arrivée, mode de collaboration des acteurs, stratégie de négociation, dynamique de collaboration et rythme. Les concepts identifiés dans le cadre conceptuel constituent la référence pour analyser les données. Ils ont permis de donner une direction à la lecture des entrevues, de façon à identifier « les phrases clés, les termes et les pratiques spéciales » (Patton, 2002, p. 454). La codification a également été comparée avec celle d'un chercheur du projet, pour assurer la validité et la fiabilité de cette étape de l'analyse.

4.3.2 Préparation des bases de données et rédaction des histoires pour chaque cas

Les données brutes, soit le contenu des entrevues codées et la documentation, ont été regroupées par cas selon les thèmes de la conceptualisation.

Les données ont par la suite été organisées à l'aide de stratégies narrative, de décomposition temporelle et la stratégie synthétique ou comparative (Langley, 1997). La stratégie narrative sert à construire une histoire de cas à partir des données et la stratégie de décomposition temporelle visera à structurer ces histoires par des phases significatives (Oiry et al., 2010, Langley, 1997). Enfin, la stratégie synthétique ou comparative permettra de mettre en lumière le contenu des cas en lien avec les différentes composantes du modèle conceptuel et de comparer les cas entre eux. Des tableaux résumés de l'analyse synthétique réalisés pour chacun des cas sont présentés aux annexes C à F. Le tableau synthèse pour l'analyse transversale est présenté en annexe G.

À partir de ces données nous avons par la suite rédigé une histoire pour chacun des cas. L'écriture de l'histoire de cas est aussi nommée stratégie narrative, c'est-à-dire la construction organisée des événements (Langley, 1997). La stratégie narrative sert à contextualiser de façon abondante les cas, visant, à l'aide de ces descriptifs précis, une transférabilité des résultats (Langley, 1997). L'histoire est accessible au lecteur par toutes les

informations utiles pour comprendre le cas dans son unicité (Patton, 2002). Elle peut être présentée de façon chronologique, thématique, ou les deux (Langley, 1997). Dans notre cas, ils se présenteront dans la séquence chronologique, puisque nous suivons l'évolution de l'émergence du changement (Patton, 2002). Les histoires des cas sont présentées dans le chapitre 5.

4.3.3 Stratégies d'analyse des cas

Suite à une première rédaction des histoires de cas, une analyse intra cas (interne) a été réalisée pour clarifier le contenu, le processus et le contexte du changement pour chacun des cas (analyse intra cas). Pour favoriser la cohérence entre les analyses intra cas, chacune des analyses sera présentée selon la structure suivante : contexte initial, contenu et processus de changement. Les analyses intra cas sont présentées dans le chapitre 5 suite à chacune des histoires de cas.

L'analyse transversale a ensuite permis de mettre en lumière les similitudes et les différences observées dans l'analyse intra cas de chacun des cas, et ce pour chacun des concepts étudiés. La stratégie synthétique ou comparative permet de compléter l'analyse des données qualitatives en concevant des mesures globales pour analyser le processus dans son ensemble (Langley, 1997). Elle permet de comparer plusieurs processus du même type et d'arriver à faire ressortir des similarités (Langley 1997). La stratégie impose une définition des frontières des processus qui sont étudiés afin d'obtenir une comparaison de plusieurs cas (Langley, 1997).

4.4 Validités des études de cas

4.4.1 Validité interne

La validité interne permet globalement de répondre à la question suivante : « Sommes-nous en possession d'un portrait authentique de ce que nous avons observé? » (Miles et Huberman, 2003, p. 404). La validité interne des études de cas repose en partie sur la construction du

modèle conceptuel qui s'appuie sur quatre modèles reconnus (Hattori et Lapidus, 2004; Pettigrew, 1985, Van de Ven et Poole, 1995, Walton et al., 1994). Elle s'appuie également sur la qualité des données (canevas d'entrevue unique et retranscription systématique des entrevues) et celle des différentes étapes de l'analyse (codification, préparation des bases de données, etc.) décrites dans ce chapitre.

4.4.2 Validité externe (niveau de transfert externe)

La validité externe est déterminée par une description très précise du milieu dans lequel le cas du changement a été fait, entre autres à l'aide de la stratégie narrative utilisée pour chacun des cas. Une description claire et la plus détaillée possible rend possible une généralisation externe. Également, plusieurs cas sont à l'étude, ce qui favorise le niveau de transfert de ces cas (Yin, 2003).

CHAPITRE V

HISTOIRES DE CAS ET ANALYSE INTRA-CAS

Dans cette section, nous présentons pour chacun des cas son histoire, suivie de l'analyse intra-cas. L'histoire de cas est détaillée en trois sections : le contexte initial, les phases du changement ainsi que les prochaines étapes. Quant à l'analyse intra-cas, elle se subdivise également en trois sections : le contexte, le contenu et le processus. L'analyse transversale des quatre cas sera présentée dans le prochain chapitre.

5.1 Histoire de cas – cas A

Le changement observé dans le cas A concerne l'amélioration de la supervision clinique par la révision des rôles et responsabilités de deux types d'emplois clés, les spécialistes en activités cliniques et les chefs d'administration de programme. De plus, le changement touche le modèle de supervision (pour la rendre disciplinaire dans tous les sites) ainsi que la composition des équipes de travail (pour les rendre multidisciplinaires dans tous les sites).

5.1.1 Contexte initial

Le cas A comprend deux CLSC, un hôpital et quatre centres d'hébergement. Historiquement la supervision clinique était assurée en partie par des adjoints aux gestionnaires, nommés « adjoint au chef d'administration de programme ». Ce titre d'emploi a été renommé en 2006 « spécialiste en activités cliniques ». Le contenu de leur fonction est alors demeuré inchangé. Ils s'occupaient de la supervision clinique des intervenants professionnels en plus d'assumer beaucoup de tâches administratives. Le poste qui supervise les spécialistes en activités cliniques est le poste de chef d'administration de programme. Les chefs d'administration de programme n'ont pas changé de fonction ou de rôle à ce moment-là. Les intervenants de plusieurs professions, les spécialistes en activités cliniques et les chefs d'administration de

programme percevaient une confusion et une ambiguïté dans leurs rôles et un manque de ressources.

Le CLSC 1 avait un modèle de supervision disciplinaire, c'est-à-dire des chefs d'administration de programme et spécialistes en activités cliniques de même titre d'emploi pour un type d'intervenants. Par exemple, on retrouvait une chef d'administration de programme infirmière qui supervisait une spécialiste en activités cliniques infirmière qui, elle, supervisait les infirmières sur le terrain. Le modèle de supervision disciplinaire du CLSC 1 était considéré satisfaisant. Le besoin de changer était donc peu perçu par les intervenants de ce CLSC. Les équipes du CLSC 2 avaient un modèle de supervision multidisciplinaire. Par exemple, un chef d'administration de programme pouvait être travailleur social et superviser une spécialiste en activités cliniques infirmière. La spécialiste en activités cliniques à son tour supervisait autant des infirmières que des travailleurs sociaux. Le directeur du CLSC 2 avait développé le fonctionnement en équipe multidisciplinaire mais la supervision clinique de chacune des professions (infirmières, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, etc.) était considérée affaiblie. Le besoin d'amélioration de la supervision clinique du CLSC 2 était évident et perçu nécessaire par les acteurs rencontrés.

5.1.2 Phases

Phase un : émergence du projet au niveau de l'organisation (janvier 2008- juin 2008)

La directrice de la Qualité, de la promotion/prévention de la santé a conçu un projet de changement dans le cadre d'une formation spécialisée pour les hauts gestionnaires du réseau de la santé canadien. Son projet portait sur la mise en place d'un processus de changement participatif. Certaines balises de son projet ont été imposées par le directeur général; il voulait que le projet soit soumis pendant l'été pour l'implanter en automne.

Dans le cadre de ce projet, elle a créé un comité conjoint dont le but était d'analyser les tâches des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme. Lorsque le comité conjoint a été créé, il a été présenté aux employés pour recruter des participants. Il était représenté par une ou deux personnes des différentes directions du CSSS,

des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme, soit environ une vingtaine de personnes. Dans un premier temps, la directrice demanda des volontaires pour le comité (mais elle avait tout de même ciblé des gens avec ancienneté, ouverts au changement et ayant une facilité d'expression, s'il n'y avait pas eu assez de volontaires). Pour recruter des participants pour le comité conjoint, on leur disait de donner leurs noms et on mentionnait qu'on ferait la sélection la plus variée possible. Une spécialiste en activités cliniques a été recrutée parce que la directrice l'avait ciblée.

Il y a eu 10 à 12 réunions du comité conjoint sur 4 à 6 mois au début de l'année 2008. Le comité conjoint a tenté d'avoir une vision globale pour déterminer le budget et la main-d'œuvre nécessaires par rapport au nombre de clients. Les membres ont déterminé, par des échanges ouverts et des discussions, les fonctions des spécialistes en activités cliniques, des chefs d'administration de programme et les autres tâches à transférer vers un autre groupe d'emploi. Ils ont également collecté et analysé des données, travaillé en comité de travail et en sessions de rétroaction. Les intervenants professionnels ont également été consultés pour savoir s'ils connaissaient les rôles et responsabilités des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme. Ils ont été questionnés concernant le soutien qu'ils recevaient et pour savoir s'ils se sentaient soutenus. Le comité conjoint a permis aux participants de mieux comprendre le fonctionnement des autres programmes. L'analyse a entraîné le retrait d'une partie administrative aux spécialistes en activités cliniques, des responsabilités plus égales pour les gestionnaires et spécialistes, la réorganisation des responsabilités et finalement la révision de la structure interne.

À la suite de ce constat, la directrice proposa aux membres du comité un nouveau modèle qui réajustait les tâches des spécialistes en activités cliniques, avec validation de leurs supérieurs chefs d'administration de programme, et qui déterminait les approches disciplinaires. Le comité élaborait également un manuel des rôles généraux des spécialistes en activités cliniques de tous les programmes, qui contenait une définition trouvée par consensus par le comité de la supervision clinique. Cette définition suggère que le spécialiste en activités cliniques est responsable de la supervision des gens d'une même discipline, mais avec une approche interdisciplinaire, soit pour faire des liens et encourager les personnes à en faire avec d'autres disciplines. Le modèle prévoyait que les spécialistes en activités cliniques et les chefs

d'administration de programme changeraient et échangeraient certaines de leurs tâches. Les chefs d'administration de programme seraient multidisciplinaires et les spécialistes en activités cliniques, disciplinaires, c'est-à-dire qu'un spécialiste en activités cliniques qui est travailleur social s'occupe de toutes les équipes multidisciplinaires qui ont des travailleurs sociaux. Les spécialistes en activités cliniques seraient jumelés à un chef d'administration de programme superviseur de profession différente. À cause des contextes initiaux différents, le changement à implanter varie d'un CLSC à l'autre. Ainsi, le CLSC 1 a dû modifier les équipes pour qu'elles deviennent multidisciplinaires et a conservé sa supervision qui était déjà disciplinaire. Inversement, le CLSC 2 a adopté un modèle pour rendre la supervision disciplinaire. Ce nouveau modèle de supervision a dû être implanté dans chacun des programmes qui ont la responsabilité de faire leurs propres plans d'implantation, à partir d'un document contenant le modèle, le manuel des rôles et la vision du plan de l'organisation. Tous les programmes du CSSS étaient visés. Les rencontres avec toutes les directions des programmes débutèrent au printemps 2008. Ensuite, le modèle de supervision fut accepté par l'ensemble des directions en juin 2008.

Dans le cadre de ce mémoire, nous étudions l'implantation de ce changement à la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement.

Phase deux : planification initiale par direction (juin 2008 – février 2010)

Une fois le modèle de supervision établi au niveau de l'établissement, chacune des directions devaient planifier l'implantation du changement. Alors que la phase précédente ayant permis de définir le changement avait été soutenu intensément par la haute direction, chaque direction de programme devait planifier et réaliser la mise en œuvre. Au niveau de l'établissement, le comité conjoint a cessé ses rencontres. Au niveau de l'organisation, seul un comité inter programme composé des spécialistes en activités cliniques des différentes directions a été formé pour soutenir l'actualisation de leurs rôles.

Au niveau de la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement dans lequel l'implantation a été étudiée, une chef d'administration de programme de cette direction fut chargée de l'implantation en novembre 2008. Elle a d'abord mis en place deux comités de travail. L'un servait à la clarification des rôles des spécialistes en activités cliniques et des chefs

d'administration de programme concernant les aspects administratifs de la supervision (demandes de formation, de vacances, etc.). L'autre était chargé de clarifier leurs rôles en ce qui a trait à la performance au travail. Les réunions se déroulaient en échanges ouverts.

La chef d'administration de programme responsable du projet a soumis en novembre 2008 un questionnaire aux spécialistes en activités cliniques et chefs d'administration de programme au sujet de leurs rôles et responsabilités. Ils devaient y indiquer l'ensemble de leurs tâches ainsi que qui, à leur avis, devrait réaliser ces tâches. La chef d'administration de programme responsable de l'implantation demanda l'implication des employés pour créer un comité d'analyse des résultats du questionnaire; un spécialiste en activités cliniques et un chef d'administration de programme y ont participé. L'analyse a révélé que des tâches totalisant environ 20 heures par semaine de chacun des deux titres d'emploi gagneraient à être réalisées par l'autre titre d'emploi. Certains spécialistes en activités cliniques ont affirmé avoir ressenti de la frustration puisque la précision de leur rôle les amenait à être considérés davantage comme des professionnels et moins comme des gestionnaires. Certaines tâches pouvant être réalisées par un poste clérical ont aussi été identifiées.

En novembre 2008, il y a eu une journée de retraite incluant les spécialistes en activités cliniques de la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement pendant laquelle la responsable de l'implantation a présenté le plan d'organisation et le premier plan d'action. Selon ce plan, certaines tâches administratives des spécialistes en activités cliniques devaient être transférées à un commis. La chef d'administration de programme suggéra l'ajout d'un poste administratif à la direction afin de décharger les spécialistes en activités cliniques de certaines tâches administratives. La haute direction a initialement refusé d'ajouter des ressources administratives à cause du budget. Au premier plan d'action, l'appui des gestionnaires dans les changements au programme de soutien à domicile n'était pas unanime. Il y a eu beaucoup d'échanges entre eux et la chef d'administration de programme chargée de l'implantation pour les aider à assimiler le changement. Malgré les échanges et le consensus apparent sur les tâches à transférer, la révision des rôles et responsabilités des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme ne s'est pas réalisée comme prévu dans les mois qui ont suivi.

En janvier 2009, la chef d'administration de programme responsable du projet de changement a été nommée directrice de la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement. Elle a choisi de garder le mandat du projet tout en assumant ses nouvelles responsabilités. Son ancien poste de chef d'administration de programme n'a pas été remplacé. Finalement, en mars 2009, un poste administratif a été approuvé pour répondre aux suggestions de transfert de tâches des spécialistes en activités cliniques. Ce poste est temporaire et non budgété. La majorité des acteurs du comité conjoint initial ont appuyé cette décision pour que la haute direction la réalise.

En mai 2009, un gestionnaire qui, semble-t-il, n'appuyait pas le projet de changement, a quitté. À l'été 2009, le projet n'était toujours pas considéré comme implanté. Plusieurs événements expliquent cette situation. Il y a eu quelques départs de spécialistes en activités cliniques et de chefs d'administration de programme qui ont dû être remplacés. Également, à l'automne 2009, le CSSS a été affecté par l'épidémie de grippe, ce qui occupa considérablement les spécialistes en activités cliniques, les chefs d'administration de programme et tous les intervenants.

En octobre 2009, la directrice constatait toujours la faible progression du changement au niveau de la nouvelle répartition des rôles et responsabilités des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme. Un deuxième plan d'action a été préparé afin de réaffirmer ce qui avait déjà été fait dans le premier plan. Toutefois, les nouveaux spécialistes en activités cliniques et chefs d'administration de programme n'ont pas réalisé au quotidien l'implantation du changement. Les spécialistes en activités cliniques et les chefs d'administration de programme n'ont pas tracé systématiquement les balises de leur nouveau rôle avec les intervenants. Certains nous ont expliqué que, par souci d'efficacité au quotidien, ils ont continué de répondre aux questions bien qu'elles auraient maintenant dû être répondues par quelqu'un d'autre.

Phase trois : implantation du changement pour la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement (février 2010 – juin 2010)

Constatant que la mise en œuvre du projet stagnait malgré le second plan adopté, la directrice a organisé une journée de réflexion en février 2010 pour faire le point sur le sujet avec les

spécialistes en activités cliniques. Lors de cette journée, les professionnels ont identifié les principaux freins à l'implantation et ont décidé de créer plusieurs sous-comités pour y faire face. Il en est ressorti un choix de structure de six sous-comités de travail de trois personnes volontaires.

Le travail en sous-comités a permis de clarifier le transfert de tâches et d'organiser ce transfert en détail à l'aide d'un troisième plan d'action. La présentation des résultats des travaux réalisés par les sous-comités au personnel de la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement s'est faite en avril 2010. Le plan d'action final a été produit en juin 2010. Il prévoyait en détail l'organisation du transfert des rôles; les sous-comités ont créé des fiches de procédures pour clarifier les communications à venir.

De ce plan d'action, les spécialistes en activités cliniques ont retenu que leur rôle doit être centré sur la supervision clinique. Certains ont affirmé que la directrice et leurs chefs d'administration de programme les ont encouragés à être plus autonomes et à prendre l'initiative de lire les politiques et les documents qui les concernent.

Pour ce qui est de la structure des équipes, il n'a pas été évident pour les intervenants de savoir de quels spécialistes en activités cliniques ils relèvent, particulièrement pour les intervenants qui sont moins nombreux, comme les nutritionnistes, les organisateurs communautaires ou encore les auxiliaires familiaux. De plus, les besoins de supervision varient selon les types de professionnels, ce qui a demandé des ajustements au quotidien qui n'étaient pas nécessairement prévus dans le plan d'action. Tous les spécialistes en activités cliniques n'ont pas non toutes les mêmes responsabilités, ainsi les titres d'emplois de certains vont être évalué à nouveau pour déterminer s'ils conservent l'appellation « spécialistes en activités cliniques ». Il semble difficile sur le terrain de polariser les titres d'emplois avec les particularités de chacune des équipes et des programmes, malgré le plan d'action prévu.

À la fin de la période étudiée, en juin 2010, le changement est partiellement implanté pour les sites. Pour le CLSC 1, le changement des rôles et responsabilités des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme est implanté et clair pour les intervenants. Ils savent à qui s'adresser lorsqu'ils ont des questions et qui est responsable de quoi. Les équipes multidisciplinaires au CLSC 1 fonctionnent, sans être optimales encore,

puisque les chefs d'administration de programme ne sont pas habitués à gérer les dossiers transversaux, c'est-à-dire les dossiers qui nécessitent le travail de plusieurs intervenants de professions différentes. Avant le changement, les chefs d'administration de programme du CLSC 1 géraient leur partie disciplinaire d'un dossier; maintenant qu'ils sont responsables d'équipes multidisciplinaires, les chefs d'administration de programme s'occupent à eux seuls de ce genre de dossiers. Le changement du CLSC 2 est moins bien implanté. Bien que le CLSC 2 a établi un lien très clair entre le chef d'administration de programme et les équipes multidisciplinaires, le rôle du spécialiste en activités cliniques y est moins bien défini pour les intervenants. Le CLSC 2 avait une structure de supervision multidisciplinaire, le changement de supervision y est donc plus difficile qu'au CLSC 1, qui était déjà organisé de cette façon. Le changement des rôles et responsabilités des spécialistes en activités cliniques et chefs d'administration de programme a été plus facile à intégrer au CLSC 1 pour les équipes disciplinaires à cause de leur organisation centrée sur la pratique clinique comparativement aux équipes multidisciplinaires du CLSC 2.

5.1.3 Prochaines étapes

Certains chefs d'administration de programme considèrent leur rôle redéfini par le projet de changement comme étant plus complexe : ils gèrent la structure et le budget du travail des intervenants alors que le spécialiste en activités cliniques gère le contenu du travail, la coordination et les objectifs. D'autres chefs d'administration de programme trouvent que ce changement les a aidés à clarifier leur rôle et à déléguer certaines tâches aux spécialistes en activités cliniques. Les avis des intervenants sont mitigés quant au changement, certains ont dénoté un changement positif dans le soutien des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme, d'autres n'ont rien noté.

Plusieurs intervenants rencontrés ont l'impression de savoir qui aller consulter pour quelle tâche, et ce, malgré le changement. Quelques intervenants ont également exprimé percevoir un manque de soutien entre les professions à cause du fonctionnement en équipes multidisciplinaires. Selon certains, les collègues d'autres professions ne peuvent pas les aider, et le spécialiste en activités cliniques n'est pas souvent présent.

Malgré tout, plusieurs spécialistes en activités cliniques ont l'impression d'être plus présents qu'avant pour assurer la supervision clinique sur le terrain. Finalement, les employés avec moins d'ancienneté accepteraient plus facilement le changement et s'adaptent mieux à la nouvelle structure.

5.2 Analyse intra cas – cas A

Tableau 5.1 – Synthèse de l'analyse intra cas A

Contexte – interne (initial)	<p>Problématique : ressources d'encadrement réparties de façon inégale / accès limité à la supervision perçue. Modèles de supervision et d'équipes différents des deux CLSC.</p> <p>Acteurs : Consensus entre les acteurs sur le besoin d'améliorer la supervision clinique.</p>
Contexte – externe	Contexte de bonne entente avec les parties prenantes du changement : la direction, les cadres, le MSSS et les syndicats.
Contenu du changement	<p>Révision du modèle de supervision clinique (disciplinaire) et des équipes (multidisciplinaire).</p> <p>Révision des rôles et responsabilités des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme afin que les spécialistes en activités cliniques se concentrent sur la supervision clinique.</p>
Processus – Modes d'implication	<p>Phase 1 : Démarche imposée (processus de changement prescrit) par la directrice (mise en place d'un comité conjoint qui a permis de développer un consensus sur la forme que devra prendre la supervision clinique (contenu du changement construit, stratégie de négociation intégrative visant à favoriser le changement).</p> <p>Phase 2 et 3 : Le cadre de supervision développé en phase 1 doit maintenant être implanté dans chacune des directions du CSSS (contenu du changement prescrit).</p> <p>Direction de la Perte d'autonomie liée au vieillissement : Le processus a été défini par la directrice et son équipe (mise en place de structures pour soutenir l'implantation (journées de réflexions, plans d'actions, comités et questionnaires) et stratégies de négociation visant la résolution de problèmes et la persuasion.</p> <p>Des ajustements ont été apportés pour relancer l'implantation suite à une autre journée de réflexion réunissant l'ensemble des spécialistes en activités cliniques/chefs d'administration de programme (mode d'implication des acteurs construit). Ce travail collectif permet de revoir le processus d'implantation à l'aide de six sous-comités. Le transfert des tâches voulues se poursuit (stratégie de négociation visant la résolution de problème).</p>
Processus – Dynamiques de collaboration	<p>Les acteurs du comité conjoint collaborent tout au long du développement du contenu du changement.</p> <p>Les acteurs de la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement coopèrent avec la directrice lors de la planification de l'implantation du changement. Lorsque la directrice initie une réflexion concernant les difficultés d'implantation, les acteurs coopèrent avec elles pour améliorer le processus et poursuivre le transfert des rôles et responsabilités.</p>
Processus - Rythme	<p>Phase 1 : Rythme soutenu par la directrice au niveau de l'établissement.</p> <p>Phase 2 et 3 : Ralentissement et progression inégale au niveau de la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement. La directrice manque de temps à consacrer au projet avec ses nouvelles fonctions. Les employés du programme sont en surcharge de travail et ne perçoivent pas toujours disposer des ressources nécessaires pour soutenir le rythme du changement. Malgré qu'ils appuient le contenu du changement, les spécialistes en activités cliniques et les chefs d'administration de programme peinent à l'actualiser. L'implication large des spécialistes en activités cliniques et chefs d'administration de programme permet d'apporter des ajustements au processus qui relancent l'implantation.</p>

5.2.1 Contexte

Le cas A est caractérisé par un contexte où un manque de supervision est perçu pour les intervenants et une disparité des pratiques est présente entre les deux CLSC. Le premier CLSC connaît un modèle de supervision et des équipes disciplinaires tandis que le deuxième connaît plutôt un modèle de supervision et d'équipes multidisciplinaires. Une directrice de haut niveau dispose de ressources (financières, soutien, etc.) grâce à une formation pour implanter un changement dans l'organisation. Son but est de développer un modèle de supervision pour l'ensemble du CSSS. Un contexte de bonne entente entre le syndicat et l'employeur est présent.

5.2.2 Contenu

Le contenu de ce changement est la révision des tâches et responsabilités de deux titres d'emplois, les spécialistes en activités cliniques et les chefs d'administration de programme. Ce changement vise à dégager les spécialistes en activités cliniques de certaines tâches et ainsi les rendre plus disponibles pour superviser les intervenants. De plus, un modèle unique de supervision disciplinaire et d'équipe multidisciplinaire est mis en place dans les deux CLSC.

5.2.3 Processus

5.2.3.1 Mode d'implication des acteurs

La première phase du cas est caractérisée par un processus prescrit par la direction. En effet, la directrice a mis sur pied un comité conjoint pour construire le contenu du changement : réfléchir sur les rôles et responsabilités des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme et établir un modèle de supervision et d'équipe. Le comité est composé d'intervenants, spécialistes en activités cliniques et chefs d'administration de programme de chaque programme qui se sont portés volontaires et de représentants

syndicaux. Des discussions entre toutes ces parties ont permis de développer un consensus sur un modèle de supervision clinique à implanter (stratégie de négociation visant à favoriser le changement). La directrice a proposé un modèle appuyé sur ce consensus. Ce modèle a été retravaillé en collaboration avec les membres du comité conjoint. Un modèle final à implanter dans chacune des directions a émergé. Cette phase est essentiellement caractérisée par un processus proposé par la directrice (processus prescrit) qui a permis de développer un cadre de supervision clinique à implanter (contenu du changement construit).

Dans les phases suivantes du cas, le modèle de supervision développé au niveau de l'organisation a été implanté au niveau des programmes (contenu du changement prescrit). Chacune des directions a été responsable de planifier et d'opérationnaliser l'implantation (processus du changement construit). Dans le programme étudié (Perte d'autonomie liée au vieillissement), un comité formé de la directrice du programme et de quelques représentants volontaires ont consulté par questionnaires les intervenants pour actualiser le changement au niveau du programme (stratégies de négociation visant la résolution de problèmes). Initialement, les acteurs ne se sont conformés que partiellement aux nouveaux rôles et responsabilités. Malgré le consensus sur le projet de changement, la progression de l'implantation du changement était faible. La directrice a alors tenté de convaincre les spécialistes en activités cliniques et les chefs d'administration de programme d'intégrer le changement, sans réel succès (stratégie de négociation visant à persuader). Des structures participatives ont alors été mises en place par la directrice pour faire le point et mieux soutenir l'implantation. Les membres de l'équipe se sont donc entendus pour soutenir l'actualisation à l'aide de plusieurs comités conjoints (six sous-comités de trois spécialistes en activités cliniques et chefs d'administration de programme chacun). Ces comités peuvent être associés à une stratégie de négociation visant la résolution de problèmes.

5.2.3.2 Dynamique de collaboration des acteurs

Pendant la première phase, les membres du comité conjoint ont collaboré tout au long du développement du contenu du changement. En phase deux, les acteurs de la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement ont coopéré avec la directrice lors de la planification de

l'implantation du changement. Lorsque la directrice a initié la précision du processus au niveau du programme, les acteurs ont coopéré avec elle et sont arrivés à réviser les rôles et responsabilités.

5.2.3.3 Rythme

Le rythme a été soutenu par la directrice de la Qualité, de la promotion/prévention de la santé pendant la phase un. Un ralentissement important a été observé en phase deux : la nouvelle directrice du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, anciennement chef d'administration de programme, manque de temps à consacrer au projet avec ses nouvelles fonctions. Les intervenants n'arrivent pas à soutenir l'implantation du changement. Le rythme toutefois s'est accéléré lorsque des nouvelles structures participatives ont été mises en place, tel que discuté précédemment.

5.3 Histoire de cas – cas B

Le changement observé dans le cas B concerne la mise en place d'un système de supervision clinique pour les intervenants psychosociaux du CSSS.

5.3.1 Contexte initial

Le CSSS du cas B comprend un hôpital, deux CLSC et deux centres d'hébergement. Ses services s'étendent sur un vaste territoire de rural à urbain. Le premier CLSC se situe dans un milieu rural et le deuxième CLSC, dans un milieu semi-urbain.

Lors de la création du CSSS en 2004, plusieurs acteurs des deux CLSC étaient opposés à cette fusion. Un sentiment de compétition entre les deux sites semblait présent. L'un et l'autre souhaitaient conserver ses méthodes de travail. Cette fusion a nécessité des ajustements des deux CLSC. Par exemple, au CLSC 1, les intervenants qui avaient des patients assignés pour des soins avaient entre 40 et 50 charges de cas chacun. Le CLSC 2, quant à lui, comptait environ une trentaine de charges de cas par intervenant. Suite à la fusion, le deuxième CLSC fut donc contraint d'augmenter ses charges de cas par intervenant pour augmenter sa performance. Une intervenante résume le sentiment vécu par des intervenants en 2010, année où le changement étudié a été initié :

La fusion comme telle, je ne peux pas dire qu'elle n'est pas acceptée, mais du monde de l'autre CLSC, je ne le connais pas, c'est aussi simple que ça. Que cela existe ou non [la fusion], cela ne fait aucune différence pour moi et je crois que pour eux, c'est sensiblement la même chose.

Vers 2008, le MSSS imposa un redressement budgétaire au CSSS. Le CSSS, à cette époque, était considéré comme moins performant par rapport à d'autres CSSS. Il fut sous la loupe du MSSS et dut lui faire des comptes rendus réguliers. Suite à ce redressement budgétaire, les sessions de supervision clinique des intervenants psychosociaux, soit les psychologues, travailleurs sociaux, nutritionnistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychoéducateurs et orthophonistes, avaient cessé. L'arrêt des sessions de supervision est aussi lié au roulement élevé du personnel et à la charge de travail élevée des intervenants.

En 2010, on remarquait dans les deux CLSC un manque de supervision clinique. La majorité des intervenants psychosociaux réclamaient depuis deux ans un retour de la supervision clinique. Leur syndicat, l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS), réclamaient aussi une supervision clinique pour ses membres. Le principal changement étudié dans le cas B sera le développement de la supervision clinique pour les intervenants psychosociaux.

5.3.2 Phases

Phase un : émergence du projet de supervision (février 2010 – juin 2010)

Le syndicat et la direction ont créé un partenariat pour obtenir une subvention du MSSS afin de financer leur projet de supervision clinique pour les intervenants psychosociaux. La direction a présenté le projet aux intervenants par mémo interne. Elle a demandé aux intervenants s'ils étaient intéressés à participer au comité de projet dans une réunion d'équipe. Trois intervenantes ont choisi d'y participer. Ces trois intervenantes volontaires, une représentante des ressources humaines, une représentante syndicale de l'APTS, une chef d'administration de programme mandatée et la directrice du volet Social du CSSS composaient le comité de projet. En février 2010, le comité de projet a tenu quelques réunions pour donner forme au projet. Les premières réunions ont porté sur les types de superviseurs à former. Les participants ont collaboré et donné leurs points de vue selon leur expertise. Certains membres se sont demandés: le superviseur des intervenants aura-t-il un profil général ou sera-t-il jumelé aux intervenants qui ont la même spécialité que lui? Les membres du comité ont choisi d'adopter un mode de supervision disciplinaire. Les superviseurs ont donc été choisis par spécialité. Le comité a choisi de former des superviseurs à l'interne à cause des coûts trop importants d'une embauche de superviseurs externes. Le projet a été soumis au MSSS vers mars 2010.

Le projet n'a pas avancé à un rythme aussi rapide que la direction et le syndicat l'auraient souhaité. Puisque le CSSS ne disposait pas du budget nécessaire pour initier le projet, le financement provenant du MSSS a été attendu. Le financement a été accordé en juin 2010. Ce budget a servi à embaucher une formatrice externe qui a pu former des superviseurs

internes. Le MSSS a aussi imposé une échéance qui semblait serrée pour le CSSS : on devait avoir formé des superviseurs internes autonomes pour le 1^{er} avril 2011. Des comptes rendus ont dû être produits à tous les trois mois du projet.

Phase deux : mise en candidature des superviseurs internes (juin 2010- août 2010)

Dès que le budget a été accordé, la direction a envoyé un mémo interne pour annoncer aux intervenants que le projet avait été accepté par le MSSS. Le projet a aussi été annoncé dans les réunions syndicales de l'APTS. Le comité a embauché une formatrice externe durant l'été 2010. Rapidement, la formatrice externe a intégré le comité de projet et y a proposé des structures, tels des grilles d'horaires et des groupes pour déterminer les prochaines étapes du projet. La formatrice externe a proposé des séances de supervision en groupe, et non individuelles, à cause des courts délais de réalisation du projet, de la charge de travail importante des intervenants et du nombre important d'intervenants à superviser.

Le comité de projet a envoyé une note de service pour un appel de candidatures pour des superviseurs internes. Le comité exigeait que les candidats aient un minimum de trois ans d'expérience dans leur poste actuel et cinq ans d'expérience au sein du CSSS. Selon ce qui avait été établi avec la formatrice externe, les candidats devaient passer des entrevues de sélection avec le comité de projet. Huit candidats internes ont déposé leur candidature. La direction s'attendait à avoir plus de candidatures. Avant l'affichage, elle avait ciblé quelques superviseurs qui lui semblaient crédibles aux yeux des employés. Certaines des candidatures de superviseurs qui avaient déposé leurs candidatures étaient considérées comme peu crédibles aux yeux des intervenants. Tous les candidats ayant postulé ont été sélectionnés sans passer d'entrevues vu leur faible nombre (huit candidats pour huit postes de superviseurs internes).

Lorsque le choix final des superviseurs sera fait à la suite de la formation, la direction a réorganisé les équipes de supervision. L'objectif de cette réorganisation est de mélanger par équipe les deux CLSC pour créer des liens et démontrer la volonté de la direction que tout le CSSS vise un même objectif. Selon plusieurs intervenants, ces informations sur les suites du processus n'ont pas été divulguées aux intervenants ni aux candidats superviseurs.

C'est en août 2010 que les huit intervenants candidats aux postes de superviseurs ont appris par le comité de projet que leur candidature avait été retenue. Ils ont été présentés aux autres intervenants dans le journal interne du CSSS.

Phase trois : première réunion du projet de supervision (septembre 2010- octobre 2010)

En septembre 2010 a eu lieu une réunion avec tous les intervenants touchés par le projet de supervision. Le comité de projet a fait l'annonce de cette réunion par mémo interne le vendredi pour une rencontre le mercredi suivant. Les intervenants ont été convoqués dans un des deux groupes, soit le matin ou l'après-midi. L'avis de convocation ne mentionnait pas qu'il y avait un autre groupe que celui pour lequel ils avaient été convoqués. Plusieurs intervenants n'ont pas apprécié ce processus.

Les deux groupes incluaient des intervenants des deux CLSC. Lors de cette rencontre, la formatrice externe a présenté le projet avec la personne responsable des ressources humaines. Le but de la rencontre était de prendre le pouls de leurs attentes. La rencontre prévoyait une période de travail en sous-groupes pour définir la notion de superviseur. Grâce à la méthode de remue-méninges, ils ont pu définir certains paramètres du projet. Les candidats superviseurs et les intervenants ont appris, dans cette réunion, que les séances de supervision allaient être faites par groupes. Les candidats superviseurs étaient surpris, et deux d'entre eux parlaient même de se désister car ils ne s'attendaient pas à faire de la supervision de groupe.

Certains intervenants ont demandé s'ils allaient pouvoir choisir leurs superviseurs, ce qui a été interprété par la direction comme un doute des intervenants à l'égard du potentiel de certains des candidats. Une intervenante résume :

Avec mes trois ans dans le réseau, et sans être hautaine, je me considère plus apte à superviser des collègues que cette personne-là qui a l'expérience mais qui est controversée tout le temps dans ses interventions.

Les superviseurs ont également demandé si les cadres (les chefs d'administration de programme, direction) assisteraient aux séances de supervision. Les personnes responsables ont mentionné que les cadres avaient l'intention d'y assister pour ne pas que les séances de supervision en groupe se transforment en séances pour se décharger émotionnellement, comme il avait déjà été observé dans le passé.

Le défi pour le comité de projet était de bien faire comprendre la supervision. Avant la mise en place du projet de supervision, plusieurs des candidats superviseurs assumaient informellement environ 90 % de la supervision. Des équipes ont bâti leurs propres structures de supervision et façon de faire, pour pallier le manque de supervision clinique. Le projet visait donc à formaliser la supervision clinique.

Malgré les idées mises de l'avant par les deux groupes lors de la rencontre, la suite du processus ne semble pas avoir été expliquée clairement par la formatrice externe. Après cette rencontre, certains intervenants se posaient des questions sur la suite et sur la façon de faire de la direction : « Ils auraient dû nous rencontrer avant et nous faire part de leur vision et obtenir notre intérêt. Il ne faut pas être formé pendant 30 heures si on n'est pas intéressé. »

5.3.3 Prochaines étapes

Pour la suite, une rencontre était prévue à la fin octobre avec les candidats superviseurs. Le comité avait prévu la suite du processus du projet sans toutefois le communiquer aux intervenants et aux candidats superviseurs. À ce moment, le comité souhaitait rencontrer les candidats qu'il n'avait pas ciblés et qui ne se seraient pas désistés par eux-mêmes avant cette rencontre à la fin d'octobre. Le comité prévoyait peut-être réafficher les postes de superviseurs internes avec des exigences moins élevées si le nombre de superviseurs n'était pas suffisant à la suite de la rencontre de la fin octobre (considérant les désistements et l'élimination des candidats non ciblés). Ensuite, le comité a planifié le début des séances de supervision avec la formatrice externe (6 groupes de 9 ou 10 intervenants). Les futurs superviseurs internes allaient assister aux séances de supervision. Finalement, les superviseurs internes doivent suivre une formation de deux jours en décembre sur la supervision. De plus, ils doivent prendre graduellement la relève des sessions de supervision données par la formatrice externe en janvier et février, jusqu'au moment où ils seront devenus autonomes, en avril 2011.

5.4 Analyse intra cas – cas B

Tableau 5.2 – Synthèse de l'analyse intra cas B

Contexte – interne (initial)	<p>Problématique : Manque de supervision clinique perçue par les acteurs et leurs syndicats qui en font la demande à la direction.</p> <p>Acteurs : Employés et Syndicats perçoivent le besoin de changement.</p>
Contexte – externe	<p>Contexte budgétaire difficile. Le CSSS dispose d'un financement externe (MSSS-APTS) pour mettre de l'avant son projet de changement.</p>
Contenu du changement	<p>Implantation d'un programme de supervision clinique pour les intervenants psychosociaux : psychologues, travailleurs sociaux, nutritionnistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychoéducateurs et orthophonistes.</p>
Processus – Modes d'implication	<p>Phase 1 : Comité de développement du projet formé de la direction et des représentants syndicaux, mais peu d'implication des intervenants, qui a permis de développer un projet au MSSS</p> <p>Embauche d'une formatrice externe qui assure le leadership.</p> <p>L'employeur, le syndicat et la formatrice externe s'entendent sur le processus (échancier, mise en candidature, choix, formation) et le contenu (supervision de groupe) (processus et contenus principalement prescrits, stratégie de négociation visant à forcer le changement).</p> <p>Phase 2 et 3 : Des ajustements sont faits au processus dans le projet lors d'une rencontre avec tous les intervenants (processus partiellement construit, stratégie de négociation visant à persuader).</p> <p>La direction donne des directives minimales sur ce qui s'en vient et les employés ont exprimés avoir été déçus et ont eu l'impression d'être peu rassurés. Une dernière réunion est planifiée (mode d'implication prescrit) après la période étudiée pour rencontrer les candidats superviseurs une première fois.</p>
Processus – Dynamiques de collaboration	<p>Phase 1 : Dynamique initiale de coopération/compétition lié aux tensions entre les sites et aux perceptions négatives des acteurs à l'égard du processus (peu d'implication, convocation de dernière minute sans choix de groupe, rencontre peu structurée, etc.).</p> <p>Phase 2 et 3 : Dynamique tendant vers de la coopération développée suite à la rencontre (sentiment des intervenants qu'ils sont sur la bonne voie pour bénéficier de supervision).</p>
Processus - Rythme	<p>Rythme lent. Peu de rencontres du comité du projet au début du processus. Le financement donne l'impulsion au projet en offrant des ressources et en imposant un échancier. La formatrice externe soutiendra le rythme en définissant les étapes du processus de changement.</p> <p>Progression limitée due au faible nombre de rencontres du comité et du fait que le projet était soutenu majoritairement par une seule personne, la formatrice externe.</p>

5.4.1 Contexte

Selon plusieurs, l'intégration des CLSC en un CSSS n'était pas désirée en 2004. Les CLSC ont peu d'interactions entre eux. Toutefois, une problématique similaire est observée dans les CLSC : il y a un manque de supervision perçu par les intervenants psychosociaux et leurs syndicats qui en font la demande à la direction. Le CSSS connaît quelques difficultés : un contexte budgétaire difficile, un roulement important de personnel et des postes vacants qui ne sont pas comblés par manque de budget. Pour offrir des sessions de supervision, l'employeur s'entend avec le syndicat APTS pour demander un financement au MSSS.

5.4.2 Contenu

Le contenu du changement consiste à implanter un programme de supervision clinique pour le personnel des intervenants psychosociaux : psychologues, travailleurs sociaux, nutritionnistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychoéducateurs et orthophonistes. Le changement consiste en la nomination et la formation de superviseurs internes et la mise en place de groupes de supervision clinique pour les intervenants.

5.4.3 Processus

5.4.3.1 Mode d'implication des acteurs

Le changement a été demandé à la direction par la grande majorité des employés et du syndicat. Le processus a été prescrit par le comité de développement du projet formé de la direction et des représentants syndicaux. Les intervenants sont peu impliqués dans le projet de changement. Ils se rencontrent une fois par mois pour mettre sur papier les grandes lignes du projet de supervision à présenter au MSSS. Compte tenu des délais serrés, le comité a décidé des prochaines étapes (processus prescrit) : faire une mise en candidature des superviseurs, faire un choix parmi eux et les former par la formatrice externe. Le comité de

direction du projet a prescrit également le contenu (stratégies de négociation visant à forcer le changement pour le processus et le contenu). La formatrice externe, avec l'accord du comité, a proposé un modèle de supervision de groupe, donc un contenu qui est prescrit et aide à la définition du modèle de supervision: nombre de rencontres, entrevues, réorganisation des groupes, échéancier, etc. Les employés ont ensuite été impliqués formellement lorsque le comité a envoyé un mémo invitant les employés intéressés à être superviseurs à soumettre leur candidature. La formatrice externe et la directrice ont rencontré les employés des deux CLSC pour discuter du projet de supervision (stratégie de négociation visant en partie la résolution de problème et en partie à persuader du changement). La direction donne des directives minimales sur ce qui s'en vient et veut recueillir les attentes des employés (stratégie de négociation visant à persuader). Les employés ont exprimés avoir eu l'impression d'être peu rassurés et avoir été déçus car ils ont perçu la démarche de la direction comme étant peu planifiée.

5.4.3.2 Dynamique de collaboration des acteurs

La dynamique initiale des acteurs est perçue comme en partie de coopération (les acteurs coopèrent minimalement). La dynamique est aussi associée en partie à la compétition due à une certaine rivalité entre les sites. Dans les phases suivantes, les acteurs qui ne sont pas impliqués directement dans la planification du projet ont une dynamique en partie de coopération (coopération minimale à ce qui est demandé par l'employeur) et de compétition (l'employeur planifie le processus d'implantation et le contenu du changement, les intervenants ne se sentent pas impliqués dans le changement et n'ont pas la vision de ce qui est planifié par l'employeur).

Certaines perceptions négatives exprimées par les intervenants à l'égard du processus prescrits par l'employeur semblent avoir contribué à une dynamique en partie de coopération et en partie de compétition. Par exemple, la convocation de dernière minute sans choix de groupe et le fait qu'une rencontre ait été perçue comme étant peu structurée sont des éléments qui auraient contribué négativement à leur perception et à leur implication dans le processus.

Les acteurs ont coopéré minimalement ensemble suite à la réunion, malgré certaines insatisfactions à l'égard du processus.

5.4.3.3 Rythme

Rythme relativement lent. Les membres du comité du projet se rencontrent peu au départ malgré que ces rencontres soient structurées. Le financement a donné l'impulsion au projet en dégageant des ressources supplémentaires (embauche de la formatrice externe). La formatrice externe a soutenu le rythme en définissant les étapes du projet de changement mais n'était pas arrivée à le faire progresser de façon significative à la fin de la période étudiée.

5.5 Histoire de cas – cas C

Le changement observé dans le cas C concerne l'optimisation des rôles et responsabilités des intervenants offrant les soins à domicile afin de réduire l'utilisation de la main d'œuvre indépendante, c'est-à-dire des travailleurs qui proviennent principalement d'agences externes. Cela se traduit par plusieurs mesures dont l'intégration d'infirmières auxiliaires, d'infirmières mentors, la réorganisation des équipes et la mise en place d'un poste d'auto-remplacement dans chaque équipe.

5.5.1 Contexte initial

Le cas C concerne un projet de changement implanté dans un CSSS comprenant trois CLSC : un site urbain, un semi-urbain et un site rural. Il comprend également un hôpital, trois centres d'hébergement de soins longue durée, cinq centres de réadaptation et un centre jeunesse. La population sur le territoire du cas C est vieillissante et nécessite de plus en plus de soins. Ainsi, l'efficacité du personnel est très importante, notamment en considérant le contexte de pénurie de main-d'œuvre auquel le CSSS est confronté.

Le CSSS comporte trois directions sous le directeur général et la directrice générale adjointe. La direction administrative comprend les ressources humaines, techniques et financières. La direction clinique comprend les directions des différents services qu'offre le CSSS. Finalement, les directions professionnelles intègrent les directions des soins infirmiers et des services multidisciplinaires. Sous ces deux dernières directions se retrouvent les coordonnateurs, les chefs de services, le soutien administratif, les intervenants des services : infirmières, infirmières auxiliaires, auxiliaires familiaux, psychothérapeutes, physiothérapeutes, ergothérapeutes et nutritionnistes. En parallèle des directions, il y a aussi les différents syndicats d'intervenants et professionnels qui influencent les pratiques et l'organisation du travail. Ces catégories de personnels se sont regroupées en trois syndicats différents.

Le changement observé pour le cas C consiste en une réorganisation des pratiques de travail dans le programme Soins à domicile qui comprend tous les types de postes nommés ci-haut. Les différentes phases du changement sont présentées ci-dessous.

5.5.2 Phases

Phase un : l'émergence du projet de changement (2004 – décembre 2008)

Le cas C vivait certaines difficultés. Il y avait pénurie de personnel dans plusieurs services et l'appel à la main-d'œuvre indépendante, principalement des agences de placement, prenait des proportions importantes. Également, les pratiques des trois CLSC variaient considérablement. En 2004, lors de la fusion des CLSC en CSSS, des travaux d'harmonisation des pratiques avaient été amorcés pour certains services, dont les soins infirmiers du programme Soins à domicile. Dans le cadre d'un projet de financement sur de nouvelles pratiques pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre par le MSSS, la direction et les syndicats ont présenté au MSSS le projet d'harmonisation des pratiques. Ces fonds avaient été négociés au niveau national avec les principaux syndicats du secteur de la santé. La direction a envisagé son projet de façon à intégrer ses trois syndicats pour ainsi obtenir le financement. Après un premier contact avec ses syndicats, la direction a présenté les bases de son projet à son conseil d'administration.

La direction a ensuite rencontré ses trois syndicats pour formaliser leur appui dans le projet et pour créer un partenariat intersyndical. La direction a convaincu le syndicat représentant le personnel clérical qu'elle retirerait des bénéfices du projet. Pour cela, il devait y avoir un projet qui changerait les pratiques de tous les professionnels afin de les réorganiser.

Les objectifs du projet du MSSS, de la direction et des syndicats ont été dans le sens des problématiques que vivait le CSSS, c'est-à-dire de réduire la main d'œuvre indépendante et les coûts du système. Pour répondre à ces objectifs, les changements proposés ont été de réorganiser la manière de travailler et d'optimiser les services pour accroître l'efficacité et la performance dans un contexte de pénurie. Ces changements ont aussi été proposés pour harmoniser les pratiques au sein des différents points de services. Pour arriver à harmoniser

également les pratiques internes entre les intervenants, les modes de fonctionnement interdisciplinaires ont aussi été revus afin d'établir un cadre de référence pour les pratiques des intervenants. Le CSSS a reçu ainsi une subvention du MSSS en novembre 2008 pour mettre le projet en œuvre.

Phase deux : planification du projet de changement (janvier 2009 – septembre 2009)

Dans le cadre du financement reçu, en janvier 2009 le CSSS devait participer à une formation en gestion de projet offerte par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). Les directeurs, les représentants des syndicats et les coordonnateurs de différentes divisions de services ont participé à cette formation. Les chefs de service ont été exclus de la formation par une personne de la direction et certains ont affirmé qu'ils auraient dû y participer. La formation a été utile pour consolider la collaboration entre les parties, à l'exception des chefs de service.

Par la suite, les membres de la direction du CSSS ont fait quelques rencontres pour établir les grands principes du projet et commencer à élaborer une structure du projet. Ils ont utilisé les outils de l'AQESSS, qui ont été imposés par le MSSS dans le cadre du financement. Ils ont rédigé un manuel d'organisation du projet qui comprenait les structures, un échéancier des prochaines étapes, ainsi que les rôles et responsabilités de chacun.

Pour gérer le projet de changement à venir, différents comités ont été mis en place. Le comité d'orientation et le comité de coordination géraient les différents comités de travail des disciplines du programme Soins à domicile. Huit comités de travail correspondant aux disciplines présentes au programme Soins à domicile ont été mis en place : le comité en soins infirmiers, le comité en inhalothérapie, le comité en ergothérapie, le comité en physiothérapie, le comité en service psychosocial, le comité en nutrition, le comité des auxiliaires en santé et services sociaux et le comité de l'administration. Les intervenants de différents services ont été sollicités de façon volontaire pour faire partie de ces comités. Les intervenants intéressés à y participer ont rempli un formulaire afin de décrire leurs motivations et intérêts. Une sélection était prévue, mais comme le nombre de candidats correspondait au nombre de postes disponibles, tous ont été sélectionnés. Il y eut au total 50 intervenants participants dans les comités pendant quatre mois, soit jusqu'en avril 2009.

De janvier à avril 2009, ces comités ont collecté des données sur le travail des intervenants. Cette phase a permis de mettre à jour le portrait des processus de travail, des rôles et responsabilités de tous les professionnels œuvrant au programme Soins à domicile dans les trois CLSC. Les membres des comités se sont adressés aux gens directement sur le terrain dans des groupes de discussion et leur ont demandé des renseignements au sujet de leurs rôles et responsabilités. Les membres du comité ont utilisés un canevas de réflexion créé lors de la formation donnée par l'AQESSS. Des groupes de discussion ont aussi été mis en place. Dans les premiers groupes de discussion, les intervenants parlaient plus d'histoires de cas que de processus de travail. Les coordonnateurs des différents services ont joué un rôle de facilitateurs pour les interventions de la direction et des intervenants. Il y a eu un effort de la part de la direction pour recentrer le tout, à l'aide de questions précises, vers l'objectif de mise en lumière des processus. Par exemple, lors d'une demande de soin, comment est-elle résolue, qui la fait et comment est-elle priorisée?

Les renseignements obtenus ont dépeint la réalité d'une certaine façon par les réponses des intervenants sans l'approbation des chefs de services, qui ne participaient pas aux groupes de discussion. Les chefs de service ont dû, par la suite, continuer le projet avec ces pratiques et ces façons de faire sans avoir pu y apporter certaines nuances puisqu'ils n'ont pas participé à la discussion. Après une longue collecte de données, la mise en commun des informations par les comités a été longue vue la quantité d'informations recueillies. Un rapport a ensuite été rédigé en avril 2009 par la direction avec l'approbation des intervenants participants. Cette phase a été dépeinte comme allant beaucoup dans les détails pour la majorité des acteurs, et malgré tout, le travail qui a été fait était perçu comme utile pour le présent, et même pour les années à venir. Malgré cela, certains acteurs affirment que la haute direction ne semblait pas avoir perçu l'ampleur de ce qu'il y avait à faire comme changement. Certains intervenants ont également perçu que le changement leur était imposé par la haute direction, malgré qu'ils aient participé aux groupes de discussion.

L'annonce aux différents services du projet de modernisation a été faite en avril/mai 2009. Le travail a été fait en collaboration avec le syndicat. En septembre 2009, les intervenants ont été rencontrés pour la présentation du portrait et les suites du projet.

Phase trois : transformations dans le programme Soins à domicile (octobre 2009 – septembre 2010)

À cause de l'épidémie de grippe survenue à l'automne 2009, l'implantation du projet a été retardée. Le délai d'implantation du projet a été prolongé par le MSSS jusqu'en décembre 2010. Malgré l'extension, les délais ne permettaient pas d'améliorer les pratiques de tous les services. Les soins infirmiers du programme Soins à domicile ont été priorités car la main d'œuvre indépendante y était plus nombreuse que chez les autres professionnels. La conseillère cadre responsable d'élaborer le manuel d'organisation du projet a ensuite quitté en décembre et a été remplacée au début de 2010. Cette personne, qui proposa certains ajustements, a suggéré de commencer par implanter graduellement les changements aux soins infirmiers à domicile, c'est-à-dire de tester une partie des processus de la visite à domicile. Il était prévu au départ par la haute direction un site pilote plutôt que de faire un déploiement visant l'ensemble des titres d'emplois. Les tests visaient, tout comme le site pilote initial, à atteindre les objectifs de cette phase : déterminer un nouveau mode d'organisation du travail à la suite du portrait, réviser les rôles et les champs de pratiques et réviser certains outils de travail.

Au printemps 2010, l'annonce de la priorisation des soins infirmiers a été faite. Quelques acteurs disaient que le comité directeur avait décidé de prioriser les soins infirmiers et d'arrêter les autres disciplines. Malgré cette priorisation, plusieurs acteurs ont considéré le soutien de la direction comme généreux. Le comité directeur a créé un comité de pilotage qui voyait aux premiers essais décrits ci-haut. Il était composé des syndicats partenaires et des directions des ressources humaines et des soins infirmiers. Le rôle du comité était de voir à l'avancement des travaux de prototypage instaurés lors des visites à domicile. Le comité de pilotage assurait aussi la communication avec les autres comités lorsque les étapes du prototypage étaient franchies. Ce comité de pilotage devait soumettre la structure des changements à venir au comité de coordination.

Malgré cela, certains gestionnaires sur leur terrain étaient réticents à l'arrivée des infirmières auxiliaires. Ils ne transmettaient pas l'information à leurs équipes, qui trouvaient que l'arrivée des infirmières auxiliaires n'était pas planifiée, alors que les comités de direction la préparaient depuis quelques mois déjà.

L'arrivée des infirmières auxiliaires dans les équipes de travail a eu lieu au printemps 2010. Les postes ont été affichés en premier, puis les infirmières auxiliaires ont été intégrées et ensuite, le comité directeur a fait une tournée pour déterminer les rôles et responsabilités des infirmières et infirmiers auxiliaires. Les infirmières auxiliaires rencontrées en entrevue ont expliqué qu'à leur arrivée, leurs rôles n'étaient pas établis. Au début, elles allaient voir elles-mêmes les infirmières et leur demandaient des patients. Le test d'introduction des infirmières auxiliaires a eu lieu avant que le modèle soit implanté. Grâce à ce test, le comité directeur a réalisé que d'autres intervenants étaient touchés par l'arrivée des infirmières auxiliaires, par exemple les auxiliaires familiaux. À l'été 2010, après le premier essai d'implantation d'infirmières auxiliaires, le modèle a été réalisé par les comités de coordination; il a d'abord été écrit, puis il a été présenté aux équipes et on a ensuite procédé au découpage en équipes. Ceci s'est avéré un changement important pour les infirmières, puisque, auparavant, elles avaient une grande autonomie dans la réalisation de leurs tâches, alors qu'elles devaient dorénavant déléguer une partie de leurs tâches à l'infirmière auxiliaire et superviser celle-ci.

Également, pendant la même période, trois infirmières ont fait un essai en utilisant des ordinateurs portables chez leurs patients. Ces infirmières avaient reçu une formation de trois jours du service informatique. Elles ont rapidement signalé la perte de temps attribuable aux différents problèmes informatiques. Deux des trois infirmières étaient nouvelles dans leur rôle d'infirmières auxiliaires, elles ont donc dû apprendre leur nouveau rôle en même temps que l'utilisation des ordinateurs portables, et ce fut difficile. Une infirmière explique :

Le système informatique pouvait être performant, mais le nôtre n'arrêtait pas de boguer, car nous n'arrivions même pas à avoir Internet chez le patient, et souvent il y a un gros pourcentage de patients où c'est malpropre, insalubre, donc rentrer un ordinateur dans tout cela pouvait être difficile.

Les trois infirmières ont été suivies de près par le service informatique pendant deux mois et demi. Après cette période d'essai, les ordinateurs portables ont été retirés comme prévu.

Phase quatre : bilan et suites du projet (octobre 2010 – janvier 2011)

À l'automne 2010, la direction a dressé un bilan des expérimentations de changement et elle a fait une tournée générale auprès de l'ensemble des intervenants du programme Soins à domicile. Les infirmières ont rencontré leur chef de service pour identifier celles qui seraient intéressées à être les nouvelles infirmières mentors. À ce moment, la nouvelle structure a été présentée aux infirmières, c'est-à-dire le nombre d'équipes, les secteurs qui ont été changés et le nombre d'infirmières par équipe. Quelques infirmières ont fait la remarque que ces ajustements ont été établis par rapport à ce qui avait moins bien fonctionné dans le premier test de leur introduction.

L'intégration du changement a débuté à l'automne 2010 avec l'arrivée des infirmières auxiliaires, la création des postes d'auto-remplacement et les nouvelles infirmières mentors pour les trois CLSC. Cela a créé de nouveaux postes à l'interne et une mobilité de la main-d'œuvre au sein du CSSS. Il y a eu deux nouveaux postes d'infirmières auxiliaires pour le site urbain, deux pour le site semi-urbain et un nouveau poste pour le site rural. En janvier 2011, la direction a fait une tournée auprès des intervenants pour connaître leurs impressions quant aux changements amorcés. Le travail au niveau de l'identification des rôles et des présentations à l'ensemble des équipes se continuait toujours à la fin de la période étudiée.

Également, à la fin de la période étudiée, les niveaux d'intégration du nouveau modèle de travail dans les trois sites étaient différents. Également, certains intervenants affirmaient que c'était « déjà comme cela », qu'ils ne remarquaient pas de changements d'actes mais plutôt une perte de temps à former des gens qui avaient déjà beaucoup d'ancienneté.

5.5.3 Prochaines étapes

Au début de l'an 2011, le changement était implanté pour les soins infirmiers. Un travail similaire à l'évaluation des rôles et responsabilités des soins infirmiers a été fait pour les professionnels de la majorité des autres catégories d'emplois. Les changements pour les autres catégories d'emplois suivront.

5.6 Analyse intra cas – cas C

Tableau 5.3 – Synthèse de l'analyse intra cas C

Contexte – interne (initial)	<p>Problématique : ressources du programme Soins à domicile non optimales, présence de main d'œuvre indépendante.</p> <p>Acteurs : Consensus entre tous les acteurs afin de revoir les façons de faire. Implication des syndicats et relation de confiance avec l'employeur.</p>
Contexte – externe	<p>Financement du projet de de changement du CSSS par le MSSS. Contexte de bonne entente entre l'employeur et ses syndicats.</p>
Contenu du changement	<p>Phase 1 : Réorganisation et optimisation de toutes les ressources de chacun des 8 titres d'emplois du programme Soins à domicile.</p> <p>Phase 2 à 4 : Priorisation des soins infirmiers : Réorganisation des équipes (de 6 à 5), intégration de postes d'infirmières auxiliaires, d'infirmières mentors, postes d'auto-remplacement dans chaque équipe et essais informatiques dans les soins à domicile.</p>
Processus – Modes d'implication	<p>Phase 1 : L'employeur détermine une imposante structure (10 comités) pour faire un diagnostic précis (stratégie de négociation visant à favoriser le changement). À la fin des études de tous les groupes d'emplois, il s'appuie sur ce contenu développé collectivement (contenu construit) pour déterminer les principaux changements à implanter et décider des étapes à venir (processus prescrit) (stratégie de négociation visant à favoriser le changement).</p> <p>Phase 2 à 4 : L'employeur a convaincu les syndicats de prioriser les soins infirmiers. Il a imposé les structures pour mettre en place les changements aux soins infirmiers (comités et formules de « tests pilotage ») de même que les contenus du changement (infirmières auxiliaires, mentors, auto-remplacement, etc.) (stratégie de négociation visant la résolution de problèmes). La direction a continué de soutenir l'implantation dans les soins infirmiers.</p>
Processus – Dynamiques de collaboration	<p>Les acteurs des comités de la première phase collaborent et coopèrent ensemble. Une fois le changement aux soins infirmiers, la présence continue de comités a permis aux acteurs de continuer à collaborer aux nombreux tests. Des efforts importants pour convaincre et maintenir l'appui des intervenants et des syndicats au projet de changement ont été déployés, principalement par les comités de direction.</p>
Processus - Rythme	<p>Phase 1 : Rythme soutenu et long. Diagnostic à grand déploiement, beaucoup de ressources investies (temps et personnel impliqué).</p> <p>Phase 2 à 4 : Longue phase 1 impose la priorisation d'un groupe d'emploi (soins infirmier) pour arriver à respecter le délai associé au financement. Implantation des contenus prévus prend forme à un rythme soutenu.</p>

5.6.1 Contexte

Le cas C est caractérisé par des variations importantes des pratiques d'un CLSC à l'autre. Quelques tentatives d'harmonisation des pratiques ont été faites par la direction depuis la fusion de 2004. De plus, le cas C fait face à une importante pénurie de main d'œuvre qu'il comble par de la main d'œuvre indépendante. La direction et les syndicats présents perçoivent ces enjeux au sein du CSSS. Ils ont disposé d'un financement du MSSS pour soutenir le projet.

5.6.2 Contenu

Au départ, la réorganisation et l'optimisation de toutes les ressources devait se faire pour chacun des 8 titres d'emplois du programme Soins à domicile. La priorisation des soins infirmiers a amené un contenu précis : réduction du nombre d'équipes (de 6 à 5), intégration de postes d'infirmières auxiliaires, mise en place d'infirmières mentors, et mise en place de postes d'auto-remplacement dans chaque équipe.

5.6.3 Processus

5.6.3.1 Mode d'implication des acteurs

Dans la première phase, l'employeur a déterminé l'imposante structure pour faire le portrait des tâches et responsabilités des emplois par un processus prescrit, soit 10 comités conjoints (stratégie de négociation visant à favoriser le changement). Ces 10 comités conjoints ont été composés de cette façon : 2 comités de direction et huit pour chacune des disciplines du programme Soins à domicile. 50 intervenants participent pendant 4 mois à une collecte de données des processus de travail, des rôles et responsabilités de tout le programme Soins à domicile. Leur travail collectif a permis de dresser un portrait de l'ensemble des groupes d'emplois de ce programme. Ce portrait exposait les pratiques, rôles et responsabilités de tous les professionnels en place au moment de l'étude et visait à construire le contenu à implanter (contenu du changement construit).

En phase deux, le comité de direction a dû prioriser les changements pour les soins infirmiers au programme Soins à domicile où l'utilisation de main d'œuvre indépendante était plus problématique, afin de respecter les échéanciers associés au financement obtenu du MSSS. Le comité de direction a prescrit le processus à nouveau (comités et formules de « tests pilotage ») pour mettre en place les changements aux soins infirmiers de même que les contenus du changement. Ces processus peuvent être associés à des stratégies de négociation visant la résolution de problèmes car ils permettent aux acteurs de travailler collectivement afin de mener à bien le processus de changement. Deux personnes ont ensuite été responsables de mettre en place les éléments de pilotage (tests graduels des contenus planifiés). Des comités sont formés à nouveau pour soutenir l'implantation. Ils sont composés d'intervenants, de représentants syndicaux et de membres de la direction qui ont collaborés pour implanter le contenu qui a été prescrit.

5.6.3.2 Dynamique de collaboration des acteurs

Les acteurs ont collaboré pendant la première phase pour faire un portrait du programme Soins à domicile. Les acteurs se sont appropriés le changement et se sont investis en participant intensivement aux multiples comités. Une fois le changement priorisé aux soins infirmiers en phase deux, la présence et le travail en comités ont permis aux acteurs de continuer à collaborer à la mise en œuvre des différentes composantes du projet de changement, et ce jusqu'à la phase quatre.

5.6.3.3 Rythme

Le rythme a été soutenu et long en phase un. Le portrait du programme Soins à domicile a impliqué un grand nombre d'acteurs qui ont participé aux différents comités. Ce processus à grand déploiement a exigé beaucoup de ressources en temps. Cette phase a eu un impact sur le rythme de la phase suivante car l'implantation du changement pour le personnel des soins infirmiers a dû être priorisée pour respecter le délai prévu au projet financé. Les tests pour

implanter les autres changements prévus étaient en cours à la fin de la période étudiée et leur rythme est soutenu.

5.7 Histoire de cas – cas D

Le changement observé dans le cas D est l'implantation d'infirmières auxiliaires dans les équipes offrant les soins à domicile. Le but était de réduire l'utilisation de main d'œuvre indépendante.

5.7.1 Contexte initial

Le cas D est un CSSS qui comporte deux CLSC et cinq centres d'hébergement. Les deux CLSC sont très différents dans leurs pratiques. Une personne qui occupe le même titre d'emploi au CLSC 1 n'a pas nécessairement les mêmes tâches et responsabilités qu'une autre au CLSC 2.

Le cas D a fait face à une problématique de surcharge de travail qui a entraîné une pénurie d'infirmières. Pour y remédier, il a fait appel à de la main-d'œuvre indépendante, ce qui a contribué à un déclin des suivis des patients à domicile et entraîné des coûts importants. Il y avait beaucoup de demandes externes pour que le cas D réduise la main d'œuvre indépendante par l'ajout d'infirmières auxiliaires. L'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) a demandé au CSSS de réduire la main d'œuvre indépendante quelques années avant la période de changement étudiée. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a invité les infirmières à déléguer leurs tâches à des infirmières auxiliaires (ce que leur permettait la loi 90). La direction considérait que ce problème était particulièrement criant au programme Soins à domicile, où elle souhaitait optimiser l'organisation du travail. L'ajout d'infirmières auxiliaires dans les équipes du programme Soins à domicile est le changement observé dans le cas D.

5.7.2 Phases

Phase un : projet pilote (juillet 2009 – mars 2010)

La direction du CSSS souhaitait remédier à la problématique de la pénurie et ainsi réduire son utilisation de main d'œuvre indépendante. Ce CSSS était proactif pour l'embauche d'infirmières mais voyait la charge de travail des infirmières presque doubler depuis quelques années, d'où la pénurie. Une consultante externe a été engagée en juillet 2009, date où le projet a débuté. Elle avait le mandat initial de faire un portrait global des soins infirmiers et de préparer des recommandations à la directrice et à une chef d'administration de programme qui avaient initié le travail. Jusque-là, elles étaient les seules personnes impliquées formellement dans le projet d'introduction d'infirmières auxiliaires. Toutefois, elles avaient régulièrement des discussions informelles avec les assistantes au supérieur immédiat et les infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat. Ces deux types d'emplois sont les premiers répondants des infirmières pour tout ce qui a trait à des questions sur leur emploi ou leurs fonctions cliniques. Ainsi, ces répondantes avaient une communication constante avec les infirmières et les informaient au fur et à mesure de l'avancement du projet.

À la suite des travaux du comité, à l'automne 2009, la consultante a recommandé l'ajout d'infirmières auxiliaires au programme Soins à domicile, ce qui, selon elle, allait alléger la tâche des infirmières de 40 %. Par contre, ce programme vivait en même temps une réorganisation, ce qui a eu pour effet de ralentir considérablement l'émergence du projet. De plus, la direction préférait implanter un changement à la fois pour pouvoir garder un lien de coopération avec le syndicat et observer les réactions de ce dernier par rapport aux changements.

À la fin de l'année 2009, un premier poste laissé vacant par une infirmière a été remplacé par un poste d'infirmière auxiliaire. La direction souhaitait ainsi évaluer la contribution potentielle de l'infirmière auxiliaire au fonctionnement des équipes du programme Soins à domicile. Le poste a été affiché et la chef d'administration de programme a ensuite annoncé aux équipes d'infirmières du programme l'arrivée officielle d'une infirmière auxiliaire. Initialement, certaines infirmières avaient peur de déléguer leurs tâches et elles craignaient de moins voir leurs patients. Les assistantes au supérieur immédiat et les infirmières cliniciennes

assistantes au supérieur immédiat ont joué le rôle de modératrices pour les infirmières; elles communiquaient l'information provenant de la direction. Malgré tout, elles ne considéraient pas disposer de toutes les informations pertinentes pour soutenir les infirmières. Comme l'a expliqué une assistante au supérieur immédiat, certaines auraient souhaité un leadership plus encadrant :

Le chef de programme doit faire un bout dans la structure : qu'est-ce qui arrive? combien? quel modèle choisir? Qu'elle consulte l'équipe ou pas, mais il faut prendre la décision. [...] C'est clair qu'il manque d'information pour les aider [les intervenantes].

Quelques infirmières ont eu l'impression qu'elles n'étaient pas prêtes à accueillir l'infirmière auxiliaire :

Ils disaient [la direction] que nous allions avoir une infirmière auxiliaire, que ça va commencer, et lundi l'infirmière auxiliaire arrive et elle se retrouve avec toi. [...] Nous n'avions pas de base.

La première infirmière auxiliaire est arrivée en février 2010. Elle était employée par une agence mais était attitrée à temps plein au CSSS. Elle a reçu une formation sur les façons de faire du CSSS par une infirmière de son équipe de travail immédiate. Toujours en hiver 2010, la chef d'administration de programme a créé un comité d'intégration des infirmières auxiliaires, elle a organisé six rencontres avec les infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat pour documenter un futur cahier d'orientation pour les infirmières et les infirmières auxiliaires.

Phase deux : intégration (mars 2010 – août 2010)

Le test de l'infirmière auxiliaire a été concluant pour la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement. Les infirmières du programme Soins à domicile ont appris par leurs assistantes au supérieur immédiat en mars 2010 que d'autres infirmières auxiliaires se joindraient à leurs équipes. Le cahier d'orientation n'était alors pas encore finalisé. Une assistante au supérieur immédiat a demandé aux infirmières deux volontaires pour accueillir deux nouvelles infirmières auxiliaires, une par équipe, dans les soins à domicile offerts aux patients en centres d'hébergement. Pour ces infirmières, ce contexte n'a pas été favorable à leur implication volontaire. Elles avaient l'impression de ne toujours pas savoir comment intégrer

l'infirmière auxiliaire et de ne pas avoir de soutien formel pour le faire. Une assistante au supérieur immédiat résumait la situation ainsi : « Personne ne s'est encore proposé et je les comprends un peu, car ils ne connaissent pas le modèle, alors comment peuvent-ils y adhérer? »

Finalement, après quelques semaines, deux infirmières se sont portées volontaires. Toutefois, l'une des deux s'est désistée par la suite. Pour la remplacer, l'assistante au supérieur immédiat a fait appel, en avril, à une infirmière qui avait déjà travaillé dans le dernier mois avec l'infirmière auxiliaire d'agence. Elle lui a demandé de prendre une nouvelle infirmière auxiliaire dans son équipe, ce qu'elle a accepté de faire.

Phase trois : développement du projet (août 2010 – mars 2011)

Le poste d'infirmière auxiliaire comblé par le biais d'une agence a été remplacé par un poste permanent dans le CSSS. Il a été affiché à l'été 2010 et comblé en août 2010. L'infirmière d'agence est restée en poste mais n'était plus assignée à une équipe en particulier. Elle a apporté une aide sporadique pour des remplacements et des surcharges de travail comme ajout de ressource au CSSS. Une infirmière auxiliaire a été affectée à un des centres d'hébergement et a été formée par l'infirmière ayant accepté de l'intégrer dans son équipe. Le cahier d'orientation n'était toujours pas terminé au moment de l'arrivée de cette infirmière auxiliaire. N'étant pas informée des limites imposées pour les tâches pouvant être déléguées en vertu de la loi 90, l'infirmière auxiliaire a été formée en partie comme si elle était en fait une infirmière. Une assistante au supérieur immédiat et une infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat ont aidé l'infirmière dans la formation sans toutefois fixer des balises claires quant aux tâches à accomplir pour la nouvelle infirmière auxiliaire. Au départ, en plus de la formation, l'infirmière gérait le travail de l'infirmière auxiliaire. Elle a souvent rencontré l'infirmière auxiliaire au début de façon formelle, les premières semaines, puis de façon de plus en plus informelle dans les mois suivant son arrivée.

La consultante externe a rencontré toutes les infirmières du programme Soins à domicile pour évaluer le fonctionnement des deux infirmières auxiliaires dans les centres d'hébergement en place. La première rencontre a eu lieu en septembre 2010, avec les infirmières des deux CLSC (un peu plus d'une quinzaine dans le CLSC 1 et une trentaine dans le CLSC 2). La

consultante a recueilli les commentaires, mais la majorité des infirmières n'étaient pas directement touchées par ce changement. Seules deux équipes d'infirmières le vivaient au quotidien et faisaient tous les jours des ajustements dans les tâches et les rôles et responsabilités de chacune à l'aide de leurs superviseuses. Malgré que leurs rôles n'étaient pas encore clarifiés, cette collaboration permettait les ajustements nécessaires afin de favoriser leur intégration.

Phase quatre : formalisation du rôle de l'infirmière auxiliaire (mars 2011 – mai 2011)

En mars 2011, la consultante a rencontré de nouveau toutes les infirmières dans le but d'effectuer des dernières recommandations afin d'harmoniser les pratiques et les outils de travail des deux CLSC pour le programme Soins à domicile. Ses recommandations devaient servir au comité, entre autres pour compléter le cahier d'orientation des infirmières auxiliaires.

La directrice, avec l'aide d'un comité d'intégration (formé des infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat, de la chef d'administration de programme et d'une coordonnatrice du travail des infirmières), a finalisé un cahier à présenter aux infirmières sur les tâches à déléguer aux infirmières auxiliaires, leurs responsabilités et une brève présentation de la loi 90. Également, à ce moment, l'embauche d'infirmières auxiliaires supplémentaires était prévue. On prévoyait deux postes pour chacun des CLSC, mais il ne s'agissait pas de ressources additionnelles. Les postes allaient combler des départs « naturels » d'infirmières, par exemple, lors d'un départ à la retraite. À la fin de la période étudiée, au printemps 2011, le modèle contenant le cahier d'orientation pour former les infirmières auxiliaires et le nombre de nouveaux postes n'avait pas encore été présenté de façon formelle aux infirmières. Le modèle et le cahier étaient très attendus des infirmières. Plusieurs ont affirmé qu'elles auraient aimé connaître les détails de ce changement plus à l'avance.

Comparativement au plan initial, l'implantation du projet était en retard d'environ un an. D'autres projets de réorganisation ainsi les nombreuses étapes supplémentaires de la direction pour s'assurer de la collaboration du syndicat ont en grande partie contribué à ce retard.

5.7.3 Prochaines étapes

À la fin de la période étudiée, au printemps 2011, l'accueil des deux infirmières auxiliaires associées à des équipes de soins à domicile en centres d'hébergement était positif. Une infirmière auxiliaire a dit : « Une des raisons qui m'a fait choisir de rester ici, c'est justement l'accueil que j'ai eu. » Les infirmières se disaient satisfaites de la communication ouverte dont elles ont bénéficié avec leurs assistantes au supérieur immédiat et infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat mais auraient aimé connaître la vision de la direction dans le projet et avoir plus de soutien et d'outils sur l'intégration des infirmières auxiliaires.

Des membres de la direction ont indiqué que l'impact financier a été positif et visible. Il restait encore pour le programme Soins à domicile l'évaluation du nombre de visites que les infirmières auxiliaires pouvaient effectuer et ce qui était réellement délégué par les infirmières. La direction, en collaboration avec les membres du comité d'intégration, continuait à travailler sur les outils de travail harmonisé. Les infirmières auxiliaires ont bien perçu le soutien offert par les infirmières avec qui elles collaboraient.

5.8 Analyse intra cas – cas D

Tableau 5.4 – Synthèse de l'analyse intra cas D

Contexte – interne (initial)	<p>Problématique : Utilisation importante de main d'oeuvre indépendante, problème de disponibilité de la main d'oeuvre.</p> <p>Acteur : le contexte externe fait pression pour réduire la main d'oeuvre indépendante, les acteurs désirent peu le changement</p>
Contexte – externe	Pression externe de l'ASSS, le MSSS, l'OIIQ pour instaurer des infirmières auxiliaires au lieu de la main d'oeuvre indépendante (source du changement). Pas de financement reçu pour le projet de changement.
Contenu du changement	Les six équipes du programme Soins à domicile ont accueilli une infirmière auxiliaire par équipe. 3 des 6 postes d'infirmières auxiliaires ont été affichés et comblés. Les trois autres postes d'infirmières auxiliaires vont être affichés lors de départs d'infirmières.
Processus – Modes d'implication	<p>Phase 1 : Le comité d'intégration décide de la structure du changement (comité formé par la direction, de représentants des intervenants et des syndicats) et embauche d'une consultante) et du processus (au fur et à mesure, test d'implantations) et du contenu (transformations de postes d'infirmières en postes d'infirmières auxiliaires) (processus et contenu du changement prescrit, stratégie de négociation visant à persuader).</p> <p>Phases 2 à 4 : Pendant l'intégration d'une première infirmière auxiliaire, le comité développe à la fois un cahier d'orientation pour fixer les balises d'intégration en réaction aux infirmières et infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat. L'actualisation du projet (nouveaux postes, cahier d'orientation) se construit au fur et à mesure par la direction qui développe le changement et les infirmières qui intègrent les infirmières auxiliaires (stratégie de négociation visant la résolution de problèmes). À la fin de la période étudiée, trois postes d'infirmières auxiliaires sont implantés.</p>
Processus – Dynamiques de collaboration	Phases 1 à 4: La dynamique est neutre pour ce cas : l'employeur impose le changement sans donner de vision du changement mais les échanges fréquents entre intervenants et leurs superviseurs permettent un climat de coopération.
Processus - Rythme	Rythme relativement lent tout au long du processus; le changement ne semble pas priorisé par la direction. La consultante a soutenu le rythme en prenant en charge le premier test d'implantation d'infirmières auxiliaires et la suite.

5.8.1 Contexte

Le cas D connaît une pression externe de l'ASSS, du MSSS et de l'OIIQ pour réduire la main d'oeuvre indépendante dans le CSSS. Les deux CLSC de ce CSSS ont des pratiques très différentes. Le même titre d'emploi d'un site à l'autre ne fait pas les mêmes tâches. Ce cas n'a pas reçu de financement pour le projet de changement.

5.8.2 Contenu

Le cas D a désiré optimiser les ressources en place en transformant des postes d'infirmières en postes d'infirmières auxiliaires pour réduire la main d'œuvre indépendante. Les six équipes du programme Soins à domicile ont accueilli une infirmière auxiliaire par équipe. Trois des six postes d'infirmières auxiliaires ont été affichés et comblés. Les trois autres postes d'infirmières auxiliaires vont être affichés lors de départs d'infirmières. Le cahier d'orientation pour intégrer les infirmières auxiliaires n'est pas présenté à la fin de la période étudiée.

5.8.3 Processus

5.8.3.1 Mode d'implication des acteurs

Le contenu et le processus du changement du cas D sont formalisés par le comité mis en place par la direction. Ce comité implique quelques représentants des intervenants et des syndicats. Leur implication est minimale et leur pouvoir décisionnel est très limité. Une consultante externe est embauchée pour être en charge du projet et se rapporte à la direction. Le comité d'intégration décide du processus de changement (au fur et à mesure, test d'implantations, processus prescrit) et du contenu (transformations de postes d'infirmières en postes d'infirmières auxiliaires, contenu prescrit). Le comité a aussi impliqué les superviseuses des infirmières (les assistantes au supérieur immédiat et les infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat) pour certaines étapes. Les membres du comité ont eu beaucoup de discussions avec les superviseuses qui elles-mêmes ont des échanges avec les infirmières (stratégies de négociation visant à persuader). Les infirmières ont semblé peu engagées dans le projet. Par contre, elles ont suivi de façon informelle l'évolution du projet par des discussions fréquentes et transparentes avec leurs superviseuses. Le comité a fait progresser le changement pour un premier poste en faisant un essai. Un poste qui était occupé par une infirmière est devenu vacant et a été transformé en poste d'infirmière auxiliaire. Une infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat a convaincu une infirmière de son équipe d'intégrer la première infirmière auxiliaire (stratégie de négociation visant à

persuader). L'infirmière a formé la nouvelle infirmière auxiliaire sans balise pour ses tâches dès son arrivée. L'actualisation du projet (nouveaux postes, cahier d'orientation) s'est construite au fur et à mesure par le comité et les infirmières qui ont intégré les infirmières auxiliaires (stratégies de négociation visant la résolution de problèmes).

5.8.3.2 Dynamique de collaboration des acteurs

La dynamique de collaboration était neutre pour ce cas. Certaines infirmières ont été inquiètes du projet et de son déroulement et cela a suscité un engagement limité de leur part dans le projet de changement. Toutefois les échanges fréquents avec leurs superviseuses ont permis un climat qui n'est pas compétitif ni adversarial mais plutôt coopératif.

5.8.3.3 Rythme

Le rythme a été relativement lent tout au long du processus; le changement ne semble pas priorisé. Le projet a été initié par la direction et le comité mais c'est surtout la consultante qui a soutenu le rythme en prenant en charge le premier test d'implantation d'infirmières auxiliaires et la suite.

CHAPITRE VI

ANALYSE TRANSVERSALE

Plusieurs auteurs s'intéressant au changement organisationnel ont soulevé des lacunes en compréhension des dynamiques et des effets du temps, des processus, des discontinuités et du contexte (Pettigrew et al., 2001). L'analyse intra-cas a permis d'analyser chacun des cas à l'aide des concepts du modèle présenté dans le chapitre « Modèle conceptuel ». L'analyse transversale met en évidence les similitudes et les variations observées dans chacun des cas à l'égard du contexte, du contenu et du processus de changement (Pettigrew, 1985). Tout d'abord, l'analyse comparée du contexte initial a permis d'apprécier les caractéristiques du contexte, dont les problématiques et les particularités de chacun des milieux ayant mené à l'adoption des changements étudiés. Ensuite, l'analyse du contenu a permis de clarifier les changements planifiés pour contrer les problématiques des CSSS. L'analyse des processus nous a mis en lumière les dynamiques (collaboration et stratégies de négociation) et les modes (prescrit à construit) qui ont caractérisé l'implantation du changement. Finalement, l'analyse du contenu implanté a permis d'identifier l'écart véritable entre le contexte initial et le changement implanté à la fin de la période étudiée (Collerette et al., 2008). Cette analyse a permis de répondre aux objectifs de recherche proposés, soit de mieux comprendre les différents processus de changement en contexte professionnel, d'identifier les dynamiques de collaboration caractérisant les interactions liées aux processus de changement et de lier les patterns de négociation aux dynamiques de collaboration identifiées dans un processus de changement.

6.1 Contexte du changement

Le contexte du changement réfère à l'environnement interne et externe de l'organisation (Walker et al., 2007). L'analyse transversale du contexte initial des cas a mis en lumière les principales problématiques à l'origine des changements ainsi que les contextes internes dans

lesquels les CSSS ont débuté leurs projets de changements. Elle permet de comparer certaines caractéristiques des acteurs qui sont parties prenantes au changement, entre autres leurs croyances et capacités (Collerette et al., 2008) ainsi que leur autonomie (Denis et al., 1999).

Les changements étudiés ont tous été implantés dans des CSSS. Les CSSS sont composés de plusieurs établissements (CLSC, des centres hospitaliers, des centres d'hébergements, etc.) fusionnés en 2004 par le MSSS. Les quatre CSSS étudiés comptent plusieurs établissements dont au minimum deux sont directement touchés par les projets de changement étudiés. Ceci correspond à la présence d'entités multiples expliquées par le modèle de Van de Ven et Poole (1995) dont nous nous sommes inspirés (voir chapitre 3 « Modèle Conceptuel »).

L'analyse transversale du contexte des cas révèle certaines problématiques. Le tableau 6.1 résume les enjeux spécifiques aux quatre cas pour les principales problématiques observées. Comme tous les établissements de santé publics (voir chapitre 1, « Problématique »), les CSSS à l'étude font face à des pressions constantes pour améliorer leurs pratiques afin de mieux faire face à la demande dans un contexte de ressources humaines et financières limitées. En effet, certaines ressources étaient limitées. Les acteurs de chacun des cas avaient, dans ce contexte, des capacités différentes pour implanter le changement. Nous observerons plus en détail ces capacités dans la section 6.3 qui traite du processus. Ainsi, les ressources financières étaient limitées, la supervision clinique a souvent été considérée insuffisante (cas A, B et C) et la faible disponibilité de la main-d'œuvre a engendré une utilisation importante de main d'œuvre indépendante (cas C et D). Des disparités de pratiques entre les établissements fusionnés ont également été remarquées dans tous les cas étudiés.

Tableau 6.1 – Principales problématiques pour chacun des cas

Problématiques /Cas	A	B	C	D
Disparité des pratiques	Modèles de supervision et d'équipes différents dans les sites	Pratiques de travail et outils différents dans les établissements	Pratiques de travail et outils différents dans les établissements	Pratiques de travail et outils différents dans les établissements
Enjeux de supervision	Besoin de supervision clinique pour les professionnels	Besoin de supervision clinique pour les professionnels	Besoin de supervision clinique pour les professionnels	
Rareté des ressources		Postes vacants	Utilisation importante de main d'œuvre indépendante	Utilisation importante de main d'œuvre indépendante

Au début de la période étudiée, les employés, les syndicats, les gestionnaires et la direction ne partageaient pas tous la même vision à l'égard du besoin de changer. Aux cas A, B et C, tous s'entendaient pour affirmer que le besoin de supervision grandissant n'était pas comblé. En effet, l'employeur, les employés et les syndicats percevaient des manques au niveau de la supervision clinique. L'employeur et les syndicats du cas C étaient préoccupés par l'utilisation importante de la main-d'œuvre indépendante dans le service des soins à domicile. Pour le cas D, la direction semble pressée par des acteurs externes (ASSS, MSSS, OIIQ) d'introduire des changements pour réduire son utilisation de main d'œuvre indépendante.

Finalement, trois cas sur quatre (les cas A, B et C) ont disposé de financement de la part du MSSS pour mener à bien leur projet de changement. Comme nous le verrons dans l'analyse du processus de changement, le financement a influencé le mode et le rythme du changement.

Dans la prochaine section, nous analyserons la nature des changements planifiés par les CSSS pour faire face à leurs enjeux spécifiques.

6.2 Contenu du changement

Ce mémoire se concentre sur les processus liés à l'émergence du changement. Les changements des quatre cas étudiés n'étaient pas complétés à la fin de la période étudiée. Le

retour à l'équilibre (Tushman et Romanelli, 1985, dans Champagne, 2002) n'a donc pas été observé. Malgré tout, nous notons dans la section ci-dessous que plusieurs composantes des changements prévus ont été implantées.

Le contenu du changement est perçu comme l'écart entre la situation initiale et celle qui suit l'implantation du changement (Collerette et al., 2008). Il est associé au « quoi » du changement (Walker et al. 2007). Il est spécifique à l'organisation et réfère au changement qui est mis en œuvre (Walker et al. 2007).

Les changements envisagés ont pris différentes formes selon les problématiques de chacun des cas à l'étude. Dans tous les cas, les problématiques observées ont amené les CSSS à se questionner sur les pratiques et l'organisation du travail des professionnels.

Pour faire face aux problématiques identifiées dans chacun des milieux, deux principales cibles de changement ont été envisagées: améliorer la supervision clinique et réorganiser le travail entre professionnels. Des changements variés ont été envisagés dans chacun des cas pour atteindre ces cibles (voir tableau 6.2)

Tableau 6.2 – Principaux contenus de changement pour chacun des cas

Changement	Cas A	Cas B	Cas C	Cas D
Améliorer la supervision clinique	Décharger les spécialistes en activités cliniques de tâches afin de superviser de façon plus soutenue. Ajuster le modèle de supervision afin qu'il soit disciplinaire	Créer une relève de superviseurs internes.	Créer un poste de mentor par équipe qui agirait comme superviseur.	Non planifié
Réorganiser le travail des professionnels	Optimiser les tâches des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme. Ajouter un poste clérical pour soutenir les spécialistes en activités cliniques. Ajuster le modèle d'équipes afin qu'il soit multidisciplinaire.	Non planifié	Planter des postes d'infirmières auxiliaires. Réduire le nombre d'équipes et créer des postes d'auto-remplacement dans chacune des équipes.	Planter des postes d'infirmières auxiliaires.

Comme nous l'avons vu, les cas A, B et C ont identifié des lacunes au niveau de la supervision clinique. La supervision clinique est un service essentiel à offrir aux professionnels car elle vise directement à améliorer les pratiques des professionnels dans les CSSS. L'amélioration de la supervision clinique a donc été visée par les cas A, B et C. Les changements visant cet objectif ont pris plusieurs formes. Certains ont cherché à rendre davantage disponibles des ressources existantes. Par exemple, les spécialistes en activités cliniques du cas A assuraient déjà la supervision des professionnels. Toutefois, les spécialistes en activités cliniques n'étaient pas perçus comme étant suffisamment disponibles pour cette tâche car ils étaient trop occupés par d'autres fonctions. Le transfert de certaines des tâches des spécialistes en activités cliniques à d'autres professionnels visait à les dégager afin qu'ils soient davantage disponibles pour offrir de la supervision clinique. D'autres cas (B et C) ont choisi d'attribuer le rôle de superviseur à des professionnels déjà en place. Pour ces cas, la transformation visait à systématiser et formaliser une supervision auparavant assumée de façon informelle par quelques professionnels.

Pour réorganiser le travail des professionnels et mieux utiliser les ressources en place, deux changements ont été projetés : le transfert de tâches et la modification de structures. Les cas A, C et D ont planifié transférer des tâches des professionnels vers d'autres professionnels ayant des rôles moins stratégiques au sein du CSSS. Par exemple, dans les cas C et D, certaines tâches des infirmières considérées comme étant moins stratégiques ont dû être transférées aux infirmières auxiliaires. Ce changement visait à ainsi réduire l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante. La direction Perte d'autonomie liée au vieillissement du cas A a mis en place un poste administratif pour transférer certaines tâches administratives auparavant effectuées par les spécialistes en activités cliniques.

De plus, certains cas ont envisagé d'ajuster leurs structures pour réorganiser le travail des professionnels. Le cas A a envisagé de rendre uniformes les modèles de supervision et d'équipe de ses établissements. Le cas C a envisagé de réduire le nombre d'équipe d'infirmières au programme Soins à domicile en place et de créer un poste d'auto-remplacement par équipe pour mieux répondre à ces besoins de remplacement et ainsi limiter l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante.

Nous avons expliqué préalablement que les changements majeurs ou radicaux sont considérés comme des épisodes révolutionnaires dans un environnement sensiblement constant (Weick et Quinn, 1999). L'analyse des quatre cas nous a permis d'observer des changements qualifiés de convergents (mineurs ou incrémentiels) (Langley et Denis, 2006, Champagne, 2002) plutôt que des changements radicaux ou révolutionnaires (Langley et Denis, 2006, Champagne, 2002). Malgré tout, les quatre cas ont envisagé des changements d'ampleurs différentes. Certains sont très circonscrits alors que d'autres abordent plusieurs aspects. Par exemple, le cas B a planifié uniquement d'ajouter un rôle de supervision clinique pour quelques intervenants tandis que le cas C a envisagé l'introduction de mentor mais aussi plusieurs changements pour réorganiser le travail des professionnels (transfert de tâches, modification des équipes, création de postes d'auto-remplacement). Le contenu du changement ainsi que les contextes sont étroitement liés au processus de changement qui sera abordé dans la section suivante.

6.3 Processus du changement

Le processus de changement réfère aux capacités, aux actions (analysées à l'aide des stratégies de négociation), aux réactions et aux interactions des acteurs afin de déplacer l'organisation actuelle vers un état futur (Pettigrew, 1987). Le processus de changement est vu comme une séquence d'actions et d'évènements continus et interdépendants qui sont utilisées pour expliquer les origines, la continuité et les résultats des phénomènes de changement observés (Collerette et al., 2008; Pettigrew, 1987). L'analyse du processus permet de comprendre comment le changement a été implanté.

L'analyse des processus est complexe car certains changements sont composés de plusieurs sous-changements. Une analyse plus détaillée pourrait révéler davantage la complexité des cohabitations de processus multiples au niveau des organisations. Dans le cadre de ce mémoire, nous nous sommes concentrés sur les processus globaux liés aux projets de changement étudiés.

Conformément au modèle conceptuel proposé, l'analyse du processus est organisée autour de quatre éléments : le mode d'implication des acteurs (prescrit ou construit) (Mintzberg, 1982, Van de Ven et Poole, 1995), les stratégies de négociation adoptées selon le continuum distributif/intégratif, comprenant les stratégies suivantes : forcer, favoriser, persuader, céder, résolution de problème et collaboration (Walton et al., 1994), la dynamique de collaboration des acteurs (variant du type « collaboration » à « adversité ») (Hattori et Lapidus, 2004) et l'évolution temporelle (rythme) (Champagne, 2002, Weick et Quinn, 1999).

6.3.1 Mode d'implication des acteurs

Le mode d'implication caractérise comment les acteurs ont participé au processus de changement. Il peut varier de « prescrit » à « construit » (Van de Ven et Poole, 1995; Mintzberg, 1982). Dans un mode construit, les changements émergent d'un consensus développé collectivement. Le mode prescrit réfère à des changements imposés à la majorité par une minorité d'acteurs. L'analyse transversale des modes révèle deux particularités 1) l'implication des acteurs varie (modes prescrit ou construit) tant pour l'élaboration des

contenus que des processus de changement 2) les transitions entre les modes comportent des enjeux.

6.3.1.1 Implication des acteurs variée (mode prescrit ou construit)

L'analyse transversale révèle que l'implication des acteurs varie (mode prescrit ou construit) tant pour l'élaboration des contenu que des processus de changement (voir tableau 6.3).

Au niveau du mode d'élaboration des contenus de changement, les contenus du changement des cas A et C ont été élaborés en impliquant les principaux acteurs, ce qui peut être associé à un mode construit. Ces cas ont très tôt mis en place des processus collectifs qui ont permis d'établir les frontières du changement à implanter. À ce stade l'implication des travailleurs a été faite par le biais de leur syndicat mais surtout par la participation de certains d'entre eux à des comités spéciaux mis en place pour coordonner le changement. Par exemple, des comités impliquant la direction, des représentants d'intervenants et des représentants syndicaux (cas A et C) ont permis aux parties de développer une solution aux problématiques rencontrées, soit le contenu du changement et un consensus sur les étapes à venir, selon une stratégie de négociation visant à favoriser le changement

Tableau 6.3 – Résumé des modes d'implication des acteurs pour chacun des cas

Élaboration des Modes / Cas étudiés	Cas A	Cas B	Cas C	Cas D
Élaboration des contenus (processus pour définir ce qui change)	Phase 1 : Contenu construit (comité conjoint) Phases 2 et 3 : Contenu prescrit (provient du comité conjoint)	Phases 1 à 3 : Contenu prescrit (comité directeur) mais contenu demandé par les professionnels et syndicats	Phase 1 : Contenu construit (le portrait) Phases 2 à 4 : Contenu prescrit (soins infirmiers)	Phases 1 à 4 : Contenu prescrit (pressions externes et comité directeur)
Élaboration des processus (processus pour définir comment on s'y prend)	Phase 1 : Processus prescrit (mis en place par la direction) Phases 2 et 3 : Processus construit (direction du programme et professionnels)	Phases 1 à 3 : Processus prescrit (comité directeur)	Phase 1 : Processus prescrit (comité directeur) Phases 2 à 4 : Processus prescrit (comité directeur)	Phases 1 à 4 : Processus prescrit (comité directeur)

Au contraire, dans les cas B et D, le contenu du changement a été déterminé par l'employeur (mode prescrit). Pour ces deux cas, des comités initiaux ont été formés mais ils impliquaient peu d'intervenants. Ce sont les comités qui ont décidé du contenu du changement : donner des rôles de superviseurs aux intervenants déjà en place pour le cas B et remplacer certains postes d'infirmières aux soins à domicile par des postes d'infirmières auxiliaires pour le cas D. Ces comités ont utilisé des stratégies de négociation variant de forcer le changement à persuader du changement. Bien que ces changements ont été développés en réponse à une demande des employés et des syndicats (Cas B – amélioration de la supervision clinique) ou qu'il ait été appuyé par leurs syndicats (Cas D – implantation d'infirmières auxiliaires pour réduire la main d'œuvre indépendante), leurs frontières ont été essentiellement définies par l'employeur.

Nos résultats démontrent une variation similaire au niveau des modes d'élaboration des processus. Alors que le mode d'élaboration des contenus fait référence à l'implication variable des acteurs pour définir le changement, les modes d'élaboration des processus concernent l'implication variable des acteurs dans la mise en place du processus permettant

de définir le changement. Par exemple, le processus ayant permis la construction du contenu du changement a parfois été imposé (mode prescrit) par la direction (cas A pour la phase 1, cas C). Dans les cas A et C, les comités de projet chargés de définir le changement ont été mis en place par la direction. D'autres processus ont plutôt été développés par les acteurs (mode construit), (cas A pour la phase 2) ou encore ils ont été imposés au départ par la direction mais ont nécessité des ajustements avec les intervenants (cas B et D). Dans ces cas, un processus initialement prévu par le comité directeur a toutefois été ajusté pour faire progresser le changement en impliquant davantage les intervenants qui utilisaient leur autonomie considérable sans égard à ce qui était prescrit (Denis et al., 1999). À ce stade, les comités ont modifié leurs stratégies de négociation initiales pour une stratégie de résolutions de problèmes (Mintzberg, 1982). Pour le cas B, ceci s'est concrétisé par une rencontre avec tous les intervenants qui a permis d'ajuster les étapes à venir du changement. Pour le cas D, une implication de quelques équipes de travail pour accueillir des infirmières auxiliaires a permis de mieux les soutenir à leur arrivée.

En bref, le mode caractérise le contenu (le changement implanté est prescrit ou construit) et le processus d'implantation lui-même (le processus pour définir le changement est prescrit ou construit).

6.3.1.2 Transitions entre les modes d'implication des acteurs

L'analyse processuelle des différents modes d'implication des acteurs met en lumière des enjeux particuliers au niveau de la transition entre les modes. Ces transitions sont expliquées par le passage d'un niveau organisationnel à un autre.

L'analyse des cas A et C ont connu un enchaînement de processus similaire. Dans ces deux cas, le processus de changement étudié peut être scindé en deux phases distinctes. L'analyse de ces phases met en lumière les processus associés aux différents niveaux organisationnels (soit la direction et les groupes d'emplois) de gestion du changement. Dans les deux cas, la direction a d'abord mis en place un processus permettant d'élaborer un seul contenu pour tous les sites et tous les groupes d'emplois. Ces processus ont été prescrits par la direction mais ils ont permis d'impliquer plusieurs acteurs dans la définition du contenu du

changement. En d'autres mots, le processus initial a été imposé (mode prescrit) mais il a mené à définir collectivement le contenu du changement (mode construit). Après avoir été défini ainsi au niveau de l'organisation, les modes se sont inversés dans la phase d'implantation au niveau des programmes. Le contenu du changement ayant été défini au niveau de l'organisation, les équipes des différents programmes ont dû élaborer un processus pour procéder à la mise en œuvre.

Nous avons vu que le mode d'implication des acteurs caractérise le processus ayant mené à la définition du contenu du changement. Le processus pour définir le changement est plus ou moins imposé (prescrit) ou construit par les acteurs. Comme nous l'avons vu, les processus observés varient en terme de mode et révèlent une implication variable des acteurs tant dans la définition du changement que dans sa mise en œuvre, tel qu'observé également dans la littérature (Mintzberg, 1982; Van de Ven et Poole, 1995). Dans la prochaine section, nous aborderons la dynamique caractérisant ces processus.

6.3.2 Dynamique de collaboration et stratégies de négociation

Comme nous l'avons vu dans la revue de littérature, la dynamique caractérisant la relation entre les acteurs est analysée à l'aide d'une typologie présentant quatre types de dynamique sur un continuum : la collaboration, la coopération, la compétition et l'adversité (Hattori et Lapidus, 2004). La dynamique du processus est étroitement associée au continuum de négociation distributif – intégratif et aux stratégies de négociation qui y sont positionnées (favoriser, forcer, céder, persuader, collaborer, résolution de problème) (Walton et al., 1994; Savage et al., 1989, Adelson, 1999) et qui sont adoptées par les acteurs. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2 « Revue de littérature », dans le contexte du système de santé, l'introduction de changements dépend souvent de la volonté et de la capacité (du pouvoir) des acteurs à développer une dynamique collaborative permettant la négociation et le développement de consensus. Dans ce contexte, les stratégies dites intégratives (favoriser, collaborer et résoudre des problématiques) ont été privilégiées pour faire progresser le changement (Adelson, 1999; Savage et al., 1989; Walton et al., 1994). Ces résultats

confirment que la collaboration n'est pas naturelle pour les acteurs mais qu'elle peut être soutenue (Huxham et Vangen, 2005).

Dans les quatre cas étudiés, la dynamique varie principalement entre la collaboration et la coopération. La collaboration représente le plus haut niveau de synergie entre les acteurs. Elle a été présente lorsque les acteurs se sont investis davantage dans le changement et qu'ils se sont sentis responsable de son actualisation. La coopération caractérise une dynamique dans laquelle les acteurs soutiennent le changement sans toutefois se sentir responsables de sa mise en œuvre (Hattori et Lapidus, 2004).

Nous rencontrons peu de situations dans les quatre cas de dynamique qui tendent vers la compétition et aucune dynamique adversariale. La compétition représente une méfiance des parties les unes envers les autres et une attitude perfide en vue d'obtenir des gains (Hattori et Lapidus, 2004). Le tableau 6.4 présente un résumé des principales dynamiques observées dans chacun des cas :

Tableau 6.4 – Principales dynamiques de collaboration observées pour chacun des cas

Cas	A	B	C	D
Dynamique	Phase 1 : Collaboration	Phase 1 : Compétition/ Coopération	Phases 1 à 4 : Collaboration	Phases 1 à 4 : Coopération
	Phases 2 et 3 : Coopération	Phases 2 et 3 : Coopération		

Pour arriver à développer une dynamique collaborative, deux éléments ont été déterminants pour les quatre cas à l'étude. Premièrement, la présence d'une dynamique collaborative dépend des relations passées entre les acteurs. Deuxièmement, elle est liée aux actions prises en cours de processus pour arriver à favoriser de la collaboration. Les sous-sections ci-dessous traiteront de ces deux éléments.

Une dynamique qui tend vers la collaboration a été plus longue et difficile à construire lorsque le contexte initial était caractérisé par une dynamique de compétition ou neutre de coopération. Par exemple, dans le cas B où le contexte initial tendait vers la compétition, la coopération s'est développée tout au long du processus suite à certaines périodes

d'ajustements ayant permis de renoncer aux stratégies de négociation visant à persuader. Premièrement, le comité d'intégration du changement composé de l'employeur, du syndicat et de représentants des employés a collaboré pour définir le contenu et le processus. Deuxièmement, la principale implication des employés a été lors d'une réunion entre le comité et les employés. Cette réunion visait à tenter de développer une dynamique tendant vers la collaboration en favorisant l'implication des employés par une stratégie de négociation de résolution de problèmes. Idem pour le cas D, où le contexte initial a connu une dynamique initiale assez neutre entre les intervenants et l'employeur. Toutefois, les implications des superviseurs dans certaines discussions du comité ont créé une coopération pendant le processus de changements. Par exemple, un premier groupe d'infirmières a été impliqué pour intégrer une infirmière auxiliaire. Ce travail en groupe a permis à l'employeur de tenter de persuader (stratégie de négociation : persuader) les groupes d'infirmières du bien-fondé du changement, ce qui a été partiellement réussi.

Le développement d'une dynamique qui tend vers la collaboration est étroitement associé à l'implication des acteurs dans les différents processus (prescrit ou construit) de changement et aux structures qui la favorisent ou qui la permettent. Comme nous l'avons vu dans la section 6.3.1 « Processus – mode d'implication des acteurs », certains employeurs ont impliqués davantage les professionnels dans le processus que d'autres. Nous observons que l'implication des acteurs dans le processus de changement a été essentielle pour amener la dynamique vers de la collaboration, et ce, par le biais de stratégies de négociation intégrative (Walton et al., 1994). Par exemple, dans le cas C, les employeurs ont impliqué les acteurs pendant tout le processus. Une dynamique de collaboration plus soutenue a été observée dans ce cas. Une dynamique similaire a été observée lors de la première phase du cas A pendant laquelle la directrice a impliqué considérablement les acteurs pour développer un consensus sur le contenu du changement. Nous observons dans ces exemples que l'implication des acteurs a favorisé leur investissement dans le projet et le développement d'une synergie favorisant le développement d'un contenu innovant, ce qui définit une dynamique de collaboration (Hattori et Lapidus, 2004). Ces structures mises en place par les initiateurs ont rendu possible ces processus. C'est le cas des comités qui ont permis aux acteurs d'échanger pour définir le changement.

Lorsque les acteurs participaient initialement moins au processus (mode prescrit par l'employeur), nous avons observé des ajustements par les employeurs pour favoriser l'implication des acteurs et ainsi développer une dynamique différente. Malgré ceci, ces initiatives mises en place n'ont permis qu'une collaboration d'intensité minimale. Elles ont en effet permis un échange d'information et une consultation sans toutefois développer une intégration importante des acteurs face au changement (Ivey et al., 1988, dans D'Amour, 1997). Ces ajustements ont tout de même contribué à impliquer davantage les employés touchés par le changement, ce qui a permis de développer des dynamiques qui ont pu tendre vers la collaboration. Par exemple, le cas B a initialement peu impliqué les intervenants qui ont été rencontrés à une seule occasion pour aborder le changement. Un comité d'intégration du changement a ensuite été mis en place pour impliquer les acteurs et créer un consensus sur le projet de supervision. Également, en phase deux du cas A, la directrice a impliqué les intervenants concernés après quelques tentatives infructueuses. Cette implication a permis d'élaborer comment le changement pouvait être mieux soutenu. De plus, les professionnels du cas D ont été peu impliqués formellement dans le processus initial. Lorsqu'une première infirmière auxiliaire a été intégrée, un premier groupe d'infirmières a été impliqué pour développer les balises de son intégration. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude de Singh et al. (2010) qui soutient que la collaboration des acteurs est essentielle pour énergiser le processus de changement.

Par contre, nous avons aussi observé que l'implication des acteurs ne se traduit pas nécessairement par le développement d'une dynamique de collaboration. Comment les acteurs sont impliqués semble tout aussi déterminant. Le cas B illustre cette observation. Une tentative d'implication initiée par l'employeur visait à permettre aux professionnels de s'exprimer sur le changement envisagé dans le cadre d'une rencontre. Plusieurs professionnels ont critiqué cette initiative, reprochant à l'employeur son manque de préparation et le manque de clarté pour les étapes à venir. Également, la deuxième phase du cas A est similaire. Initialement, le processus pour mettre en place les nouvelles tâches des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme n'était pas détaillé. La directrice a présenté le changement pour s'assurer que tous le comprennent et l'appuyaient. Cette stratégie semblait chercher à convaincre les professionnels de transférer certaines de leurs tâches. Malgré plusieurs échanges et tentatives, l'implantation du

changement ne se concrétisait pas. Ce n'est qu'après avoir abordé l'implantation limitée du changement lors d'une journée de retraite que des ajustements au processus (identification d'objectifs et mise en place de comité) ont été mis en place pour soutenir l'implantation. Cette nouvelle stratégie de résolution de problème (Pruitt, 1983) a permis d'impliquer les acteurs qui ont pu développer un consensus avec la directrice sur les moyens nécessaires pour poursuivre l'implantation du changement. Ainsi, certaines tentatives d'implication ont été mal perçues et des ajustements ont parfois été nécessaires pour développer des dynamiques qui tendent vers la collaboration. Ces résultats concordent avec l'étude de Best et al. (2012) qui associent la capacité à implanter un changement à la disponibilité des ressources déployés.

Les dynamiques de collaboration initiales sont déterminantes pour le processus de changement mis en place. Une dynamique de collaboration initiale facilite la confiance des parties les unes envers les autres, tel que démontré dans la matrice d'Hattori et Lapidus (2004). D'un autre côté, les dynamiques de coopération et de collaboration semblent avoir été favorisées par des stratégies de négociation intégratives (favoriser le changement, collaborer et résolution de problème) impliquant les acteurs dans le processus de changement tout en permettant aux acteurs de négocier des ajustements mutuels (Mintzberg, 1982). Bref, ceci nous indique que les processus de changement sont étroitement liés au contexte initial de collaboration, mais qu'une dynamique de collaboration plus intense peut être créée par des stratégies de négociation favorisant l'implication efficace des acteurs.

6.3.3 Rythme

L'évolution temporelle est caractérisée par le rythme du processus de changement. Le temps est étroitement lié au processus de changement (Champagne, 2002, Pettigrew, 1987).

L'analyse transversale révèle que les variations observées au niveau du rythme sont liées à trois aspects principaux : le niveau d'élaboration du processus, le soutien de l'employeur pendant le processus et certains éléments du contexte.

Les variations au niveau du rythme observées dans les différents cas semblent liées au niveau d'élaboration du processus. Pour les cas B et D, ils sont plutôt caractérisés par un rythme inégal lorsque le processus est peu élaboré. Dans ces cas, le processus a été construit au fur et à mesure de la progression du changement, tel qu'observé dans la section Processus – Mode d'implication des acteurs. Le développement graduel du processus prend un certain moment à s'effectuer, ce qui explique en partie le rythme plus lent observé. Le financement de trois cas (A, B et C) par le MSSS semble aussi avoir eu un effet sur le rythme du changement. Dans ces cas, un échéancier avait été convenu avec le MSSS. Certains cas ont semblé imposer davantage le processus pour soutenir le rythme d'implantation. Par exemple, le comité de changement du cas C a précisé le projet de changement. Ainsi, moins de consultations ont eu lieu, ce qui a permis d'accélérer le rythme et de tenter de rencontrer plus facilement les délais imposés.

Le rythme d'implantation a semblé également plus rapide lorsque le processus était davantage soutenu par l'employeur. Un soutien plus intense a été observé dans les cas C et A (phase 1). L'employeur du cas C a soutenu le processus de façon constante pendant les différentes phases du changement grâce à la mise en place de structures fonctionnelles. En effet, la présence de comités dédiés à la mise en œuvre ainsi qu'un suivi constant de la progression par la direction semblent avoir contribué à la progression significative de chacun des sous-changements. Les stratégies de l'employeur de « favoriser » le changement, tel développer un consensus, résoudre collectivement les problèmes rencontrés, ont aussi contribué au soutien du processus. L'employeur du cas A a lui aussi soutenu de façon plus intense le processus de changement pendant la phase initiale (stratégie de négociation de favoriser) mais la deuxième phase a été caractérisée par un rythme inégal (stratégies de négociation de persuader). En effet, pour le cas A, le processus n'est plus aussi soutenu par l'employeur qui a laissé l'élaboration de la mise en œuvre à la discrétion de chacun des programmes. Nous avons pu observer que le rythme a alors considérablement ralenti comparativement à la première phase. Tel que décrit plus haut dans la section 6.3.2 « Processus – Dynamique de collaboration et stratégies de négociation », la mise en place de mécanismes au fur et à mesure de la progression du changement pour soutenir les échanges (journée de retraite, comités, etc.) ont permis de mieux définir le processus, contribuant ainsi à faire progresser l'implantation.

Les variations de rythme des quatre cas peuvent également être expliquées par certains éléments du contexte externe et interne. Ces éléments ont en quelque sorte fait concurrence au projet de changement. Certaines priorités internes ont ralenti le rythme. Par exemple, à la deuxième phase du cas A, la directrice chargée du projet n'a pas pu soutenir le rythme souhaité car elle avait plusieurs priorités à gérer (concurrence des ressources). De plus, l'employeur du cas D ne semble pas avoir considéré le changement comme une priorité interne. Finalement, l'épisode de grippe paralysa les opérations de tous les CSSS pendant plusieurs mois en 2009.

Le rythme des changements est donc en partie lié à l'élaboration et au soutien du processus. Les cas où les comités initiateurs des changements soutiennent le processus et dégagent les ressources nécessaires pour permettre des processus construits présentent une progression plus rapide. Dans ces cas où le processus a été davantage soutenu, nous observons une implication plus grande des employés et la présence de stratégies visant à développer des dynamiques collaboratives, tel que nous l'avons vu dans la section précédente.

Ainsi, des dynamiques collaboratives exigent du temps mais soutiennent également le rythme. Finalement, certains éléments contextuels rencontrés peuvent expliquer en partie les variations de rythme pendant le processus, par exemple l'épisode de grippe.

6.4 Analyse transversale - Conclusion

L'analyse transversale a mis en lumière les particularités des trois axes de changement étudiés, soit le contexte, le contenu et le processus.

Les problématiques du contexte de chacun des cas étaient en partie similaires. Elles peuvent être regroupées sous trois thèmes : la disparité des pratiques, des enjeux de supervision et la rareté des ressources. Pour y remédier, les organisations ont élaboré deux contenus de changement principaux : l'amélioration de la supervision clinique et la réorganisation du travail des professionnels.

La période de changement étudiée dans le cadre de ce mémoire a permis d'observer l'émergence et le début de la mise en œuvre du changement. Globalement, nous avons observé que les changements prévus ont été implantés bien que certains n'étaient pas complétés à la fin de la période étudiée.

Les processus observés varient en terme de mode et révèlent une implication variable des acteurs tant dans la définition du changement que dans sa mise en œuvre. Lorsque le processus a connu une implication moins importante des acteurs et qu'il était en grande partie prescrit, des ajustements ont été nécessaires pour faire progresser le changement. Ces processus étaient liés à des stratégies de négociation distributive ayant été utilisées initialement. À l'inverse, lorsque le processus a été soutenu par l'employeur et en partie construit, l'implication des acteurs a été plus grande. Ces processus peuvent être associés à des stratégies de négociation intégrative favorisant la collaboration, ce qui a contribué à faire progresser le changement de façon plus significative.

La prochaine section présente la conclusion du mémoire.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Dans le cadre de ce mémoire, nous poursuivions l'objectif principal suivant:

- Mieux comprendre les différents processus de changement en contexte professionnel;

Nous poursuivions également les deux sous-objectifs suivants :

- Identifier les dynamiques de collaboration caractérisant les interactions liées aux processus de changement;
- Lier les stratégies de négociation aux dynamiques de collaboration identifiées.

Nous discutons ici dans quelle mesure ces objectifs ont été atteints.

Premièrement, nos résultats permettent de mieux comprendre les différents processus de changement en contexte professionnel. L'implication des professionnels est souvent présentée comme étant primordiale pour arriver à faire progresser le changement (Denis et al., 1999). Nos résultats permettent de mieux comprendre l'implication des intervenants lors de l'implantation de changements. En d'autres mots, ils permettent de mieux comprendre la cohabitation des modes construits et prescrits observés dans chacun des cas, tant pour définir le contenu que le processus du changement. Le mode d'implication des acteurs a donc suivi un continuum de prescrit à construit (Van de Ven et Poole, 1995, Mintzberg, 1982), et ce, distinctement pour le contenu et pour le processus. L'implication des employés est associée à des processus construits qui peuvent être plus ou moins soutenus par l'employeur. Lorsque l'implication des employés a été commandée et soutenue par l'employeur, comme par exemple par des comités, le changement a semblé progresser plus rapidement et ce soutien a favorisé le développement d'une dynamique tendant vers la collaboration.

Le deuxième objectif visait à identifier les dynamiques de collaboration caractérisant les interactions liées aux processus de changement. Le modèle type utilisé (Hattori et Lapidus,

2004) nous a permis de qualifier les dynamiques. La dynamique de collaboration est celle qui est associée aux stratégies de négociation qui favorisent le changement (Adelson, 1999). Cette dynamique est associée à la progression du processus de changement puisqu'elle favorise l'implication des acteurs permettant d'arriver à un consensus. Ainsi, les acteurs malgré des ressources et des intérêts variés, peuvent créer des solutions collaboratives desquelles les parties sont satisfaites (Adelson, 1999).

Les dynamiques tendant vers la collaboration ont été observées dans nos cas lorsque le mode d'implication des acteurs permettait des processus construits. Le processus construit lié à la mise en place de certaines structures (comité de travail et de pilotage, rencontre d'échanges, etc.) ont été essentiels pour développer une dynamique collaborative favorisant la négociation d'ajustements mutuels entre les parties (Mintzberg, 1982).

Le troisième objectif visait à lier les stratégies de négociation aux dynamiques de collaboration identifiées. Les stratégies de négociation mobilisées sont aussi étroitement liées aux dynamiques et aux modes observés. Lorsque les employés sont peu impliqués, des stratégies visant à les impliquer davantage pour favoriser leur compréhension du changement et à développer un consensus ont été observées. La mise en place de ces nouvelles stratégies visant le consensus ont été nécessaires pour arriver à faire progresser le changement. Ces nouvelles stratégies de négociation telles : la résolution de problème, favoriser un consensus pour développer une plus grande implication, ont permis de créer des espaces où des ajustements ont pu être négociés (comité, journée, etc.). Donc les stratégies ont été modifiées pour favoriser la négociation d'ajustements mutuels (Mintzberg, 1982) et ainsi favoriser des dynamiques plus positives tendant vers la collaboration.

Comme nous l'avons vu dans l'analyse transversale, les stratégies de négociation sont étroitement associées aux dynamiques de collaboration. Les stratégies qui visent à persuader l'autre partie ou forcer l'autre partie ont suscité des réactions plus négatives limitant le potentiel de coopération et de collaboration. Ainsi, ces stratégies semblent être associées à une plus faible progression du changement. À l'inverse, nous avons observé que des stratégies favorisant une négociation intégrative, comme celles visant à résoudre collectivement des problématiques, favoriser le changement ou collaborer en vue de

développer un consensus, ont soutenu le développement d'une dynamique tendant vers la collaboration.

L'analyse combinant les stratégies de négociation et les dynamiques de collaboration est utile pour mieux comprendre l'implication des intervenants dans les processus de changements organisationnels. Les stratégies de négociation et les dynamiques de collaboration démontrent comment un changement peut être soutenu par un mode d'implication des acteurs (processus prescrit) permettant leur participation et la négociation d'ajustements mutuels.

Des recherches futures gagneraient à être menées afin de préciser certains aspects. Par exemple, l'analyse des interactions entre les processus spécifiques aux sous-changements de chacun des cas permettrait d'aborder de façon plus détaillée la complexité des processus. Également, les données utilisées dans le cadre de ce mémoire ne permettaient pas de lier les processus à l'expérience vécue par les intervenants, il aurait été intéressant pour cette analyse transversale d'observer les comités rencontrés sous l'angle de communautés stratégiques (Roy et al., 2010) afin de poursuivre le travail d'analyse de nouvelles pratiques de collaboration.

Également, il serait pertinent d'observer plus finement chacun des « micro-changements » au niveau des acteurs qui prennent au quotidien des initiatives pour les faire progresser. Nous pourrions ainsi mieux saisir l'étendue de leurs collaborations et des processus de négociations qu'elles impliquent. Une telle analyse serait complémentaire aux résultats observés par Audet (2010). Selon cette auteure, des micro-changements réalisés par des acteurs ont fait en sorte que l'écart entre la situation initiale et la situation finale est important. Comme d'autres l'ont proposés (Langley et Denis, 2006), nos résultats suggèrent que des changements qui semblent partielles peuvent malgré tout favoriser la transformation des organisations.

Malgré ses limites, la présente étude permet de mieux comprendre l'émergence et la mise en œuvre de changements organisationnels en étudiant les processus (modes d'implication des acteurs, dynamiques des relations et rythme) en lien avec le contenu et le contexte des changements. Nos résultats mettent en lumière les variations des modes d'implication des acteurs tant pour élaborer les processus que les contenus de changement. Nous avons aussi pu illustrer le potentiel des notions de dynamiques de collaboration et de stratégies de

négociation pour mieux comprendre les processus construits et prescrits qui caractérisent la conduite du changement en contexte pluraliste.

ANNEXE A

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

Formulaire de consentement – Entrevue

Titre de l'étude : Mettre en œuvre des pratiques innovantes d'organisation du travail pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre

Organismes finançant le projet : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ainsi que par une contribution du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, CSSS Cavendish, de l'Alliance du personnel professionnel et technique des services de santé et des services sociaux (APTS), du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et les Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ).

CHERCHEUR PRINCIPAL		
Dubois, Carl-Ardy	Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal	2375 ch. de la Côte-Ste-Catherine, bureau 5103 Montréal, Québec (H3T 1A8) (514) 343-7293 carl.ardy.dubois@umontreal.ca
CO-CHERCHEURS		
Bédard, Jean-Luc	Institut national de recherche scientifique Urbanisation culture et société	385, rue Sherbrooke Est Montréal (Québec) (H2X 1E3) (514) 499-8272 jean-luc.bedard@ucs.inrs.ca
Bentein, Kathleen	École des sciences de la gestion de l'Université du Québec à Montréal	315, rue Sainte-Catherine Est, local R-3490 Montréal, Québec (H2X 3X2) (514) 987-3000 #1717 bentein.kathleen@uqam.ca
Gilbert, Frédéric	École des sciences de la gestion de l'Université du Québec à Montréal	315, rue Sainte-Catherine Est, local R-3490 Montréal, Québec (H2X 3X2) (514) 987-3000 poste 1753 gilbert.frederic@uqam.ca
Lamothe, Lise	Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal	1430, boul Mont-Royal, Suite 2384 Montréal, Québec (H2V 4P3) (514) 343-7983 lise.lamothe@umontreal.ca
AGENTS DE RECHERCHE		
Dupuis, Martin	Université de Montréal	2375 ch. de la Côte-Ste-Catherine Montréal, Québec (H3T 1A8) (514) 343-6111 #37121 m.dupuis@umontreal.ca

Introduction :

Dans un contexte où le système de santé est aux prises avec d'importantes difficultés de recrutement et de rétention de ses effectifs, cette étude vise à fournir des indications utiles quant aux leviers sur lesquels les décideurs peuvent agir pour implanter des projets de réorganisation du travail, tout en améliorant l'expérience au travail du personnel. Nous vous demandons de participer à ce projet de recherche parce que vous êtes directement impliqué ou touché par une démarche de réorganisation du travail de votre organisation.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous informe du but de cette étude, des procédures, des avantages, des risques et des inconvénients, de même que des personnes à contacter au besoin.

Description du projet :

Les objectifs visés par cette recherche sont:

1. d'examiner la nature d'un projet de réorganisation du travail mis en place dans votre organisation.
2. de comprendre les conditions de développement et la dynamique de mise en œuvre de ce projet dans son contexte.
3. de comprendre comment la nature de ce projet et les conditions de son implantation influencent l'expérience de travail et la rétention du personnel.

Pour ce faire, cinq projets de réorganisation du travail sont évalués à travers le Québec. L'étude s'échelonne sur une période de trois ans. La collecte de données s'effectue en plusieurs vagues à l'aide d'entrevues, de questionnaires et d'un recueil de documentation.

Nature de la participation et durée de l'étude :

Votre participation consiste à rencontrer un chercheur ou un agent de recherche pour une entrevue de 60 à 90 minutes. Elle se déroulera à votre convenance quant au lieu, à la date et à l'heure du rendez-vous. Cette entrevue portera sur la nature, la mise en œuvre et votre expérience face au projet de réorganisation du travail dans lequel vous êtes impliqué. Les entrevues seront enregistrées, puis transcrites.

Le partenariat avec votre établissement prévoit des modalités pour soutenir votre participation au projet.

L'entrevue se déroulera donc durant vos heures de travail. Dans l'éventualité où il serait impossible de vous libérer, l'entrevue se déroulera juste avant ou juste après vos heures de travail afin de vous accommoder le plus possible.

Conditions de participation :

- Avoir 18 ans et plus
- Être directement touché ou impliqué dans le projet de réorganisation du travail ciblé par l'étude
- Avoir au moins 3 mois d'expérience dans votre organisation
- Être dans l'un des groupes cibles : a) gestionnaires (équipe de direction, chef de projet, chef de programme), b) professionnels de la santé, c) intervenants.

Avantages et bénéfices :

En participant à cette recherche, vous contribuerez à améliorer l'état des connaissances sur l'implantation des pratiques de réorganisation du travail au sein des établissements de santé. Les connaissances issues de cette recherche seront utiles aux décideurs, dans différents contextes, pour identifier les leviers sur lesquels ils peuvent agir en vue de faciliter l'implantation des projets de réorganisation du travail pour favoriser la satisfaction et la rétention du personnel.

Inconvénients et risques :

Cette étude ne comporte pas d'inconvénients ni de risques pour l'intégrité des participants de recherche. Le principal désagrément que l'on puisse envisager est lié au temps demandé pour votre participation. Aussi, il est possible que certains individus soient mal à l'aise de participer à une entrevue.

Confidentialité :

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Afin de garder la confidentialité de vos données, vous ne serez identifié que par un numéro de code auquel seule l'équipe de recherche aura accès. La clé du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par le chercheur responsable. La liste des participants à la recherche ne pourra être utilisée qu'à des fins de protection des personnes participant à la recherche et de vérification de cette dernière, tel que prévu par le ministère de la Santé des

Services sociaux, dans le cadre de l'application de la mesure 9 du *Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique*.

Pendant la durée de l'étude, les données papier seront entreposées dans un classeur sous clé à l'Université de Montréal. Seuls les chercheurs mentionnés plus haut, les agents de recherche autorisés, ayant signé le formulaire d'engagement à la confidentialité, pourront avoir accès à ces données. Toutefois, le comité d'éthique principal et universitaire, ainsi que l'organisme subventionnaire (IRSC) pourraient devoir accéder à ces données à des fins de surveillance et de contrôle seulement. Les données informatisées (dont l'enregistrement audio) seront placées dans un dossier créé à cet effet sur le serveur du système informatique de l'Université de Montréal. L'accès à ce dossier sera possible au moyen d'un code d'accès fourni aux membres de l'équipe. La confidentialité des informations recueillies au cours de cette recherche sera garantie dans les limites prévues par la loi. Les données de recherche seront conservées pendant sept ans après la fin de l'étude et seront détruites ou effacées par la suite.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détient ces informations. Les résultats de cette étude feront l'objet de communications et de publications dans des revues scientifiques. Tous les efforts seront faits pour présenter les résultats de manière à ce que l'organisation ne puisse être identifiée. En ce sens, aucun nom d'intervenant, nom d'établissement, ou d'information permettant d'identifier directement une organisation ne sera mentionné. Il est toutefois possible que des professionnels impliqués dans les projets, ou ayant une connaissance de ce qui se passe dans les organisations concernées puissent tenter de faire des déductions à partir de l'information qui sera donnée.

Participation volontaire et possibilité de retrait :

La participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous êtes tout à fait libre d'accepter ou de refuser d'y contribuer en totalité ou en partie. Dans le cas où vous acceptez, vous êtes également libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation, et ce, sans explication. Vous avez également le droit de ne pas répondre à certaines questions. Votre retrait n'entraînera aucune forme de pression de la part des chercheurs, ni aucun préjudice dans l'exercice de vos fonctions.

En cas de retrait, les renseignements (données personnelles et de recherche) qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits et ne seront donc pas utilisés.

Compensation et indemnisation :

Vous ne recevrez pas d'argent ou autre forme de compensation pour votre participation à ce projet de recherche.

Responsabilité :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits. ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

Communication des résultats :

Une activité de diffusion des résultats est prévue dans chacun des établissements participants. Aussi, une copie du rapport final, des communications ou des articles pourra être obtenue sur demande au chercheur.

Questions :

Si vous avez des questions vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'étude) avec :

Carl-Ardy Dubois, Ph.D. Chercheur principal Faculté des sciences infirmières Université de Montréal (514) 343-7293	Martin Dupuis, M.A. Agent de recherche Université de Montréal 514-343-6111 #37121
--	--

Pour des questions d'ordre éthique et concernant les droits des participants, contactez l'une ou l'autre des personnes ou instances suivantes :

- le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal par téléphone au 514-528-2400, poste 3262 ou bien par courriel à : ethique@santepub-mtl.qc.ca;
- la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé de l'Université de Montréal, Mme Marie-France Daniel au 514-343-5624;
- l'ombudsman de l'Université, Madame Pascale Descary au 514-343-2100;
- la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services de votre CSSS (voir liste en annexe);

- pour le centre montérégien de réadaptation, Me Anick Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR au 514-527-4527, poste 2949 ou par courriel à anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca.

Consentement :

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions à ma satisfaction et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise.

Nom du participant

Date

Signature du participant

Engagement et signature du chercheur :

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, qu'on a répondu aux questions que le participant avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans aucune conséquence négative. Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom du chercheur responsable du projet de recherche

Date

Signature du chercheur responsable du projet de recherche

Nom de l'intervieweur

Date

Signature de l'intervieweur

ANNEXE B

CANEVAS D'ENTREVUE

Titre de l'étude : Mettre en œuvre des pratiques innovantes d'organisation du travail pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre

GUIDE D'ENTREVUE

Code du participant		
Poste ou profession		
Établissement		
Date		
Durée de l'entrevue	Début (heure) :	Fin (heure) :
Nom de l'intervieweur		

A. Introduction

Contexte du projet

Dans un contexte où le système de santé est aux prises avec d'importantes difficultés de recrutement et de rétention de ses effectifs, cette étude vise à comprendre la manière dont se mettent en place des projets de réorganisation du travail visant à répondre à ces problèmes. Il vise aussi à comprendre l'influence de ces projets sur l'expérience au travail du personnel. Nous vous demandons de participer à ce projet de recherche parce que vous êtes impliqués ou touchés par une démarche de réorganisation du travail de votre organisation.

Revoir avec les participants les grandes lignes du formulaire de consentement.

- *Anonymat, confidentialité*
- *Enregistrement*

Jusqu'à présent, est-ce que tout est clair? Des questions?

L'entrevue devrait prendre au plus **60 minutes** (*ou 1h30 avec chargé de projet*).

Commencer l'enregistrement

B. Informations sur le répondant et contexte organisationnel général

1. Quel est votre poste et quel a été votre cheminement au sein de cet établissement/département/service (*Nombre d'années dans ce poste, autres postes occupés*).
2. Quel est votre rôle et quelles sont vos responsabilités au sein de cet établissement / département / service?
3. Pouvez-vous me décrire ce que vous considérez comme traits distinctifs de l'établissement / département / service dans lequel vous travaillez?
 - *Par exemple, structure, culture, principales forces, faiblesses éventuelles, principaux défis auxquels vous devez faire face*

C. Le projet, ses objectifs, et sa nature

4. À quels problèmes propose-t-on de s'attaquer via ce projet?
5. Quels sont les objectifs visés?
6. Comment décririez-vous les changements proposés dans le cadre de ce projet?
 - Quels titres d'emplois sont visés par ce projet de réorganisation du travail?
 - Y-a-t'il des changements des rôles et responsabilités, de structure organisationnelle, de conditions de travail, d'organisation des ressources?
7. Selon vous, comment ce projet de réorganisation du travail va-t-il contribuer à l'atteinte des objectifs visés?

D. Les étapes de conception et d'implantation

8. Racontez-moi comment s'est développé le projet ?
 - a) *Émergence du projet :*
 - Quel rôle avez-vous joué et jouez-vous actuellement dans la conception du projet?
 - Qui d'autre a été impliqué dans la conception de ce projet?
 - Quel fut le processus pour que le projet soit accepté et financé? (Temps requis, par qui)
 - Quels ont été les obstacles rencontrés?
9. Une fois que le projet a été élaboré/accepté, quelles ont été les principales étapes qui ont suivi (ou les grandes actions qui ont été entreprises) jusqu'à aujourd'hui?
 - a) *Pour chaque étape, questionner sur :*
 - Qui a fait quoi, quand et comment?
 - Structure de mise en œuvre du projet (*ex. comités*)
 - Dynamique des acteurs (voir bloc E)
 - Obstacles et éléments facilitants (*ex. contexte, culture, type de gestion, leadership*)
 - Moyens / mécanismes / outils mis en place pour soutenir la mise en œuvre ou pour gérer des obstacles (*ex. formation, coaching, incitatifs pour mobiliser le personnel, comités, guide de pratique*)

E. Perception des acteurs face au projet

10. Quel est la perception du groupe de professionnels visés face au projet de réorganisation du travail?
11. Observez-vous de manière générale autour de vous des craintes, des inquiétudes, ou des oppositions par rapport à ce projet?
 - Quels sont les points d'accord ou de divergences entre les acteurs?
 - Quels mécanismes ont été mis en œuvre pour résoudre les divergences ou aplanir les oppositions?
12. Est-ce que la perception du groupe de professionnels visés à évoluer depuis le début?
 - Si oui, quand? Comment? Pourquoi?

F. Support au changement et contexte stratégique

13. Comment décririez-vous la capacité (compétence, support, ressource) des personnes impliquées dans le projet à :
 - S'appropriier ce projet ou l'appliquer? (*ex. compétence technique, clinique, etc.*)
 - L'implanter? (*ex. gestion de projet*)
 - Votre (*organisation/service/département*) a-t-elle les moyens nécessaires selon vous, pour mettre ce projet en place, de le mener à terme?
14. Comment définiriez-vous l'implication des leaders (*direction ou autres leaders informels*) de votre organisation face au projet? Comment se manifeste concrètement ce support? (*ex. syndicat, DSI, CMDP*)
15. Quels soutiens/supports avez-vous d'acteurs à l'extérieur de l'organisation?
16. Quelle est votre appréciation du niveau de ressources disponibles pour implanter le projet? (*ex. argent, temps, RH, etc.*)
 - Quelles autres ressources auraient été nécessaires?

G. Effets de l'implantation du projet d'organisation du travail

17. Jusqu'à présent, êtes-vous en mesure d'observer certains effets positifs ou négatifs de l'implantation du projet d'organisation du travail?
- Si oui, quels sont-ils?
 - Comment expliquez-vous ces effets?
 - Avez-vous été surpris par ces effets? Pourquoi?
 - Croyez-vous que ces effets correspondent aux objectifs poursuivis
18. De manière générale, pensez-vous que ce projet soit un succès, à ce stade-ci?
- Comment expliquez-vous ce constat?
 - Qu'est-ce qui pourrait-être amélioré dans la mise en place de ce projet?

H. Conclusion

19. Quelles sont les étapes/activités envisagées au cours des 12 prochains mois pour avancer dans le processus d'implantation du projet?
20. Avez-vous certaines préoccupations en regard de la suite de l'implantation du projet? Si oui, lesquelles?
21. Avez-vous des commentaires ou questionnements que vous aimeriez partager à propos d'éléments spécifiques qui n'ont pas été abordés lors de l'entretien ?

Merci pour votre collaboration

ANNEXE C

REPRÉSENTATION PAR CONCEPTS ET PAR PHASE DU CAS A

Concepts/ Temps	Initial Phase un (janvier 2008 – juin 2008) Phase deux (juin 2008 – février 2010) Phase trois (février 2010 – juin 2010)
Contexte	2 CLSC, un hôpital et quatre centres d'hébergement. Beaucoup d'employés, difficile de tous les joindre et de communiquer efficacement.
Interne	Initial : Les titres d'emplois des adjoints au chef d'administration de programme ont été changés en, 2006 pour « spécialistes en activités cliniques » mais le contenu de leur fonction demeurerait inchangé. Ils faisaient déjà de la supervision clinique, mais beaucoup de tâches administratives. Budget limité du CSSS. Phase 2 : Changement de poste de la chef d'administration de programme responsable du comité conjoint pour la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement. Elle devient directrice et conserve le projet en plus de ses nouvelles responsabilités.
Externe	Initial : Le gouvernement imposa en 2006 au CSSS de changer les titres d'adjoints au chef d'administration de programme.
Acteurs	Phase 1 : Comité conjoint composé d'intervenants et de gestionnaires de toutes les directions. Phase 2 : Directrice et intervenants de la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement.
Croyances	Phase 1 : Perceptions d'un manque de supervision clinique, même au CLSC1 qui en avait déjà plus que le CLSC 2.
Capacités	Initial : Le CLSC 2 a un directeur qui a influencé le multidisciplinaire, mais la supervision clinique des infirmières en a été affaiblie. Le CLSC 1, dans son modèle disciplinaire, avait une forte supervision et un moins grand besoin de changer. Phase 2 : Soutien de la haute direction pour la vision du changement, mais pas pour les outils d'implantation, ni pour ressources financières, ni pour un plan d'action. Comité Inter programme pour spécialistes en activités cliniques a voulu aller de l'avant avec tous les spécialistes en activités cliniques alors que leurs rôles n'étaient pas encore définis. Phase 3 : Avant le troisième plan d'action, les acteurs ne prenaient pas la responsabilité pour implanter le changement.

Concepts/ Temps	Initial Phase un (janvier 2008 – juin 2008) Phase deux (juin 2008 – février 2010) Phase trois (février 2010 – juin 2010)
Processus Mode et dynamique	<p>Phase 1 : Comité conjoint afin de revoir la structure interne. Représentation d'une ou deux personnes par programme, spécialistes en activité clinique, chefs d'administration de programme, directeur, représentante des intervenants. Au début, groupes spécialistes en activités cliniques et chefs d'administration de programme, puis ensuite, groupes spécifiques. Le réajustement des tâches de spécialistes en activités cliniques ne semblait pas problématique, la communication a été moins évidente. Directrice rédige avec l'aide du comité un manuel qui a émergé du contenu construit sur le rôle du spécialiste en activités cliniques.</p> <p>Premières communications aux différents programmes. Comité conjoint : détermination des fonctions des spécialistes en activités cliniques et chefs d'administration de programme et de qui fait les autres tâches. Chaque programme avait la responsabilité de faire son propre plan d'implantation, à partir d'un document qui contenait la vision du plan de l'organisation, en étant conscient que le rythme d'implantation différerait d'un programme à l'autre. collaboration du comité</p> <p>Phase 2 : Observation du cas pour la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement. Questionnaire en novembre 2008 pour les spécialistes en activités cliniques et chefs d'administration de programme, l'un et l'autre transférait environ 20 heures de ses tâches à un autre groupe.</p> <p>Demande d'implication pour le comité d'analyse des résultats du questionnaire : un spécialiste en activités cliniques et un chef d'administration de programme y participent.</p> <p>Novembre 2008 : journée de retraite, présentation du plan d'organisation et premier plan d'action. Refus de la direction d'ajouter des ressources administratives à cause du budget.</p> <p>Séminaire en mai 2009 pour informer les spécialistes en activités cliniques et chefs d'administration de programme du transfert de leurs tâches.</p> <p>Coopération, la chef d'administration de programme devenue directrice doit persuader les acteurs de mettre en place le changement</p> <p>Phase 3 : Février 2010 : 3 nouveaux chefs d'administration de programme qui étaient anciennement des spécialistes en activités cliniques.</p> <p>Février 2010 : journée de réflexion avec seulement les spécialistes</p> <p>Juin 2010 : troisième plan d'action pour le troisième plan d'action la directrice jumela les spécialistes en activités cliniques et les chefs d'administration de programme pour y arriver.</p> <p>Journée de retraite. Février 2010 : choix des 6 sous-comités de 3 personnes pour faire une revue des processus de travail.</p> <p>Collaboration pour mettre en place les nouveaux processus de travail.</p>
Rythme	<p>Phase 2 : Lent à implanter parce que beaucoup de départs de spécialistes en activités cliniques et de chefs d'administration de programme.</p> <p>Ralentisseurs = H1N1 automne 2009, pas de leader pour le suivi de l'implantation du comité conjoint à la suite du changement de poste de la directrice.</p> <p>Phase 3 : Les sous-comités ont permis d'accélérer les décisions.</p>
Écart	<p>Phase 1 : déplacement des responsabilités pour le même nombre total d'effectifs.</p> <p>Phase 2 : Création d'un poste administratif en mars 2009 pour répondre aux suggestions de transfert de tâches. Il est temporaire et non budgété.</p> <p>Phase 3 : Plus facile à intégrer pour les équipes disciplinaires à cause de leur organisation concentrée sur la pratique clinique plutôt que les équipes interdisciplinaires.</p>

Concepts/ Temps	Initial Phase un (janvier 2008 – juin 2008) Phase deux (juin 2008 – février 2010) Phase trois (février 2010 – juin 2010)
Arrivée	<p>Phase 1 : Balance des tâches de chacun afin d'enlever une partie administrative aux spécialistes des activités cliniques, responsabilités plus égales pour les gestionnaires et spécialistes. Modèle = Les chefs d'administration de programme seront multidisciplinaires et les spécialistes en activités cliniques, disciplinaires. Les spécialistes en activités cliniques sont jumelés dans une équipe à des chefs d'administration de programme de profession différente, leurs superviseurs.</p> <p>Phase 2 : À ce jour, CLSC 1 : supervision claire, équipe multidisciplinaire en place, pas totalement terminé. CLSC 2 : chefs d'administration de programme clair, équipes multi, supervision difficile. Déménagement à venir et implantation d'une structure de nouvelle équipe, le territoire sera divisé est/ouest et en 4 équipes.</p>

ANNEXE D

REPRÉSENTATION PAR CONCEPTS ET PAR PHASE DU CAS B

Concepts	<p>Initial Phase 1 (février 2010 – juin 2010) Phase 2 (juin 2010 – août 2010) Phase 3 (août 2010 – octobre 2010)</p>
Contexte	<p>Initial : Développement de supervision clinique pour les intervenants psychosociaux. Phase 1 : Fusion = moins de supervision, les intervenants et le syndicat le demandaient. Phase 3 : Été 2010 - Fin octobre 2010 Embauche d'une formatrice externe. Réunion formelle avec les intervenants.</p>
Interne	<p>Initial : 2 CLSC : 1 plus rural; 2 semi-urbain. Grosse compétition entre les deux CLSC, mentalités très différentes. Sites opposés à la fusion des CSSS. Fusion difficile pour l'harmonisation, 2 ne voulait pas utiliser les méthodes de 1 pour ne pas être comme eux. La fusion a été difficile sur le sentiment d'appartenance des deux sites, beaucoup de distance : « Nous étions une équipe et contre la fusion. [...] On avait préparé un plan de match mais on n'a pas été entendu. » Phase 1 : CLSC 1 : anciennement, supervision externe individuelle et de groupe. Cessé il y a deux ans CLSC 2 : anciennement, supervision de groupe qui est devenue sessions de « chialage » et a cessé. Arrêt des sessions de supervision à cause du roulement de personnel, de la charge de travail des intervenants. Phase 2 : Objectif supervision : mélanger par équipe les deux CLSC pour créer des liens et démontrer la volonté de la direction que tout le CSSS vise un même objectif. Phase 3 : Des équipes se sont bâti leurs propres structures de supervision et façon de faire, pour pallier le manque de supervision clinique. L'objectif est de formaliser la supervision selon une façon de faire.</p>
Externe	<p>Initial : Redressement budgétaire imposé par le MSSS (comptes rendus demandés). Phase 3 : Formatrice externe embauché</p>
Acteurs	<p>Initial : Direction du service à la communauté, services sociaux et de réadaptation. Phase 1 : Psychologues, travailleurs sociaux, nutri, ergos, physios, psychoéducateurs, orthophonistes, sauf infirmières. Phase 3 : Pénurie de psychologue, 1 par CLSC, contact difficile pour échange d'informations + distance.</p>

Concepts	<p>Initial Phase 1 (février 2010 – juin 2010) Phase 2 (juin 2010 – août 2010) Phase 3 (août 2010 – octobre 2010)</p>
Croyances	<p>Initial : « La fusion comme telle, je ne peux pas dire qu'elle n'est pas acceptée, mais du monde de l'autre CLSC, je ne le connais pas, c'est aussi simple que ça. Que cela existe ou non [la fusion], cela ne fait aucune différence pour moi et je crois que pour eux c'est sensiblement la même chose. »</p> <p>Phase 2 : La direction croyait avoir plus que 8 candidatures.</p> <p>Phase 3 : Les candidats superviseurs ne s'attendaient pas à faire de la supervision de groupe ni de superviser des gens avec plus d'ancienneté qu'eux. Deux parlent de se désister car ils ne se sentent pas à l'aise de faire de la supervision clinique.</p> <p>Défi de bien faire comprendre aux intervenants la supervision et non une séance pour se décharger émotionnellement.</p> <p>Certains acteurs ne veulent pas être jumelés à des candidats superviseurs qu'ils ne trouvent pas crédibles. <i>« Avec mes 3 ans dans le réseau, et sans être hautaine, je me considère plus apte à superviser des collègues que cette personne-là qui a l'expérience mais qui est controversée tout le temps dans ses interventions. »</i></p> <p>L'approche de la réunion des intervenants est controversée en sens où l'approche n'explique rien de la suite, certains se demandent.</p> <p><i>« Ils auraient du nous rencontrer avant et nous faire part de leur vision et obtenir notre intérêt. Il ne faut pas être formé pendant 30 heures si on n'est pas intéressée. »</i></p>
Capacités	<p>Initial : CLSC 1: charge de cas pour un intervenant = 40-50, CLSC 2 = 30. CLSC 2 était moins performant, plus grande résistance.</p>

Concepts	<p>Initial Phase 1 (février 2010 – juin 2010) Phase 2 (juin 2010 – août 2010) Phase 3 (août 2010 – octobre 2010)</p>
Processus Mode et Dynamique	<p>Initial : Demande de subvention Phase 1 : Projet monté en partenariat avec le syndicat pour obtenir une subvention. Demande aux intervenants s'ils sont intéressés à participer au comité de projet par une réunion d'équipe. 3 intervenants choisissent d'y participer. Février 2010 : le projet commence à prendre forme grâce aux réunions du comité de projet. Au début des réunions, discussions par rapport au type de superviseur à mettre en place : par spécialité (p. ex. : maintien à domicile vs santé mentale) ou général. Le maintien à domicile aura des superviseurs en maintien. Inquiétude de la chef d'administration de programme à ce propos, avait été demandé par son équipe en rencontre préliminaire, explication du projet. Phase 2 : Formatrice externe embauchée été 2010 pour former superviseurs internes. La formatrice externe a été recrutée par le site du CSSS et des journaux, avec des critères identifiés par la direction. La formatrice externe propose des structures (grilles d'horaires, agencement des groupes) au comité de projet. Demande interne de superviseurs : note de service à tous, exigences de trois ans d'expérience et 5 ans d'ancienneté au CSSS. Les candidats ayant postulé devaient passer des entrevues avec le comité projet pour le choix. À cause des délais, ils n'ont pas été rencontrés et ont tous fait la formation de superviseur. 8 candidats internes ont déposé leur candidature pour être superviseurs. Ils ont tous été formés et évalués à la fin de leur formation pour savoir qui serait retenu comme superviseur. Août 2010 : Les candidats apprennent que leur candidature est retenue. Une fois le choix fait, les équipes seront réorganisées en fonction du nombre de superviseurs choisis. Nombreux changements de postes : comité de projet au départ, seule la personne RH est la même. La chef d'administration de programme en santé mentale arrive après 3 départs consécutifs de chefs d'administration de programme. Phase 3 : Fin septembre 2010 : Première réunion avec la soixantaine d'intervenants sociaux : la formatrice externe prend le pouls de leurs attentes. Elle présente le projet avec la personne des RH présente depuis le début. Le groupe est divisé, un le matin un en pm, intervenants mélangés. Ils ne sont pas au courant qu'il y a deux groupes. Dans la rencontre, ils définissent en sous-groupes ce qu'est un superviseur, le contexte du projet et certains paramètres de ce qu'ils veulent avoir pour baliser et définir la structure. Genre remue-ménages. Pas de commentaires sur la suite du processus. Les intervenants ne veulent pas certains superviseurs internes qui ont déposé leur candidature. Ils ont demandé s'ils pouvaient choisir leurs superviseurs. Les intervenants demandent si les cadres assisteront aux réunions de supervision. La directrice et les cadres vont y aller pour ne pas que ça redevienne une séance de « chialage » contre les charges de cas, par exemple au CLSC 2, où ils ont été forcés d'en prendre plus.</p>
Rythme	<p>Phase 1 : Le MSSS accorde le budget en juin 2010 et conserve l'échéancier du 1^{er} avril. Phase 3 : Octobre 2010 : le comité se rencontre une fois par mois pour faire les suivis. Très structuré. Les chefs d'administration de programme font des suivis plus réguliers entre eux pour les réunions avec les intervenants.</p>
Écart	<p>Phase 1 : La subvention a permis d'embaucher une formatrice externe pour former les futurs superviseurs internes. Phase 3 : les supervisions, par discipline</p>
Arrivée	<p>Phase 3 : Fin octobre 2010 : rencontre avec les superviseurs afin de clarifier les rôles et processus à venir. Début des supervisions, six groupes de 9-10 personnes auxquels les futurs superviseurs sont mêlés, un par groupe. Si autres se désistent ou ne sont pas acceptés, réouverture de l'affichage avec moins d'exigences.</p>

ANNEXE E

REPRÉSENTATION PAR CONCEPT ET PAR PHASE DU CAS C

Concepts	<p>Initial</p> <p>Phase 1 (2004 – décembre 2008)</p> <p>Phase 2 (janvier 2009 – septembre 2009)</p> <p>Phase 3 (octobre 2009 – septembre 2010)</p> <p>Phase 4 (octobre 2010 – janvier 2011)</p>
Contexte	Initial : Pénurie et main d'oeuvre indépendante
Interne	Initial : Trois CLSC, un hôpital, trois centres d'hébergement, cinq centres de réadaptation et un centre jeunesse
Externe	<p>Phase 1 : Décision ministérielle d'attribuer des sommes à des CSSS avec comme cible essentiellement un changement impliquant la FIQ.</p> <p>Démarches parallèles de la FTQ (SCFP).</p> <p>Phase 2 : Formation gestion projet AQESSS et conseillère</p>
Acteurs	<p>Initial : Directrice de la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement</p> <p>Chargée de projet</p> <p>Phase 1 : Coordonnateur du programme Soins à domicile, conseillère cadre DG, intervenants : infirmières, infirmières auxiliaires, ASSS, psycho, physio, ergo, nutrition, secrétaires, adjointes administratives</p> <p>Phase 2 : Direction, syndicat, coordonnateurs, chefs de service, infirmières, infirmières auxiliaires, ASSS</p> <p>Phase 4 : Une mentor par secteur géographique</p>
Croyances	<p>Phase 1 : Objectif : réduire la main d'oeuvre indépendante et les coûts associés</p> <p>Phase 2 : Le portrait a été très long et beaucoup dans les détails.</p> <p>Sentiment des intervenants de n'avoir eu que peu de pouvoir décisionnel et de subir le changement.</p>
Capacités	<p>Initial : Disparité de ressources : site rural plus petit</p> <p>Phase 2 : Rôle des chefs de service, présents dans les réunions et moins de temps avec les équipes. Crédibilité et leadership de la chargée de projet du programme Soins à domicile, historique et pratique.</p> <p>Phase 3 : Les accès internet n'ont pas été concluants.</p> <p>Phase 4 : Les mentors sont là pour donner des conseils.</p>

Concepts	<p>Initial</p> <p>Phase 1 (2004 – décembre 2008)</p> <p>Phase 2 (janvier 2009 – septembre 2009)</p> <p>Phase 3 (octobre 2009 – septembre 2010)</p> <p>Phase 4 (octobre 2010 – janvier 2011)</p>
Processus Mode Dynamique	<p>Phase 1 : La direction rencontre ses trois syndicats pour leur appui dans le projet et pour créer un partenariat intersyndical. La FTQ comprend que pour ses bénéficiaires, les autres professions sont aussi impliquées.</p> <p>Le conseil d'administration approuve le projet.</p> <p>La direction présente son projet au MSSS.</p> <p>Elle reçoit une subvention pour le réaliser. La direction envisage son projet de façon à impliquer tous les syndicats. La direction sait que son enjeu principal est le programme Soins à domicile.</p> <p>La haute direction construit le contenu et le prescrit aux syndicats.</p> <p>Phase 2 : La haute direction décide de la vision et la structure. Des outils d'organisation du projet de l'AQESSS sont prescrits par le MSSS.</p> <p>Des comités de travail sont créés.</p> <p>Décision de collecter les pratiques réelles de travail au programme Soins à domicile comme base de révision des pratiques.</p> <p>Lancement du projet « Modernisation » des pratiques. Implication des professionnels de façon volontaire dans les différents comités : pas beaucoup de participation, les intervenants ayant postulé ont été majoritairement sélectionnés. Groupe de discussion avec canevas de réflexion. Cela a permis aux comités de construire la structure : recueillir des données (le portrait).</p> <p>Phase 3 : Le comité d'orientation décida de prioriser les soins infirmiers.</p> <p>Départ de la conseillère cadre chargée du projet, une autre décide d'implanter un projet pilote dans les soins infirmiers, soit infirmières auxiliaires, poste auto-remplacement et outils informatiques.</p> <p>Arrivée infirmières auxiliaires printemps 2010.</p> <p>Évaluation des infirmières auxiliaires et élaboration avec les comités de travail d'un modèle d'intégration.</p> <p>Présentation du modèle à l'ensemble des infirmières au programme Soins à domicile.</p> <p>Phase 4 : Implantation du modèle pour tous les soins infirmiers du programme Soins à domicile des trois CLSC.</p> <p>Identification volontaire d'infirmières mentors.</p> <p>Réduction des secteurs du programme Soins à domicile.</p>
Rythme	<p>Phase 2 : Les données sont plus longues à collecter : les acteurs ont de la difficulté à extraire les processus dans leurs détails.</p> <p>Phase 3 : Le projet est suspendu à cause de l'épidémie. Échéancier serré du MSSS, pas le temps pour tout le programme Soins à domicile.</p>
Contenu	<p>Phase 1 : Identification d'un projet commun.</p> <p>Adhésion de partenaires au projet.</p> <p>Ressources obtenues par le MSSS pour soutenir le projet.</p> <p>Phase 2 : Données sur les processus de travail, document appelé « Le portrait » dans le programme Soins à domicile.</p> <p>Phase 3 : Implication infirmières auxiliaires dans les équipes.</p> <p>Postes d'auto-remplacement.</p> <p>Définition du rôle de mentor.</p>
Écart	<p>Phase 4 : Les infirmières ont plus de patients même avec les infirmières auxiliaires puisqu'il y a moins de secteurs.</p> <p>Site semi-urbain plus facile à cause de sa structure au départ plus semblable à celle choisie.</p>
Arrivée	<p>Phase 4 : Postes d'infirmières auxiliaires pour les trois sites, auto-remplacement et mentors.</p>

ANNEXE F

REPRÉSENTATION PAR CONCEPTS ET PAR PHASE DU CAS D

Concepts	<p>Initial Phase 1 (juin 2009 – mars 2010) Phase 2 (mars 2010 – août 2010) Phase 3 (août 2010 – mars 2011) Phase 4 (mars 2011 – mai 2011)</p>
Contexte	<p>Initial : 2 CLSC et 5 centres d'hébergement. Les deux CLSC sont très différents dans leurs pratiques, une personne qui occupe le même poste au CLSC 1 et au CLSC 2 n'aura pas les mêmes tâches et responsabilités.</p>
Interne	<p>Initial : Problématique : pénurie d'infirmières et mettre un frein à l'utilisation de la main œuvre indépendante. La main d'œuvre indépendante entraîne le manque de suivi des patients à domicile et des coûts importants. Le CLSC 1 a deux fois moins d'infirmières. Le rôle de l'infirmière a beaucoup changé, elle devient plus une gestionnaire de cas.</p>
Externe	<p>Initial : L'ASSS a demandé au CSSS de réduire la main d'œuvre indépendante. Loi 90 qui délègue des tâches d'infirmières aux infirmières auxiliaires. L'OIIQ invite les infirmières à déléguer des tâches Beaucoup de pression externe.</p>
Acteurs	Soins infirmiers du programme Soins à domicile
Croyances	Phase 2 à 4 : Résistance des plus anciennes infirmières; parmi les nouvelles infirmières, certaines n'attendent que ça. Certaines infirmières ont peur de ne plus voir leurs patients.
Capacités	Phase 1 : assistantes au supérieur immédiat et infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat doivent convaincre les infirmières d'accepter des infirmières auxiliaires dans leur équipe.

Concepts	<p>Initial Phase 1 (juin 2009 – mars 2010) Phase 2 (mars 2010 – août 2010) Phase 3 (août 2010 – mars 2011) Phase 4 (mars 2011 – mai 2011)</p>
Processus Mode Dynamique	<p>Phase 1 : La consultante a le mandat de planifier l'introduction d'infirmières auxiliaires, ce qui transférerait 40 % des tâches des infirmières. Au départ, 3 infirmières en résidence. Une est partie et on a décidé de remplacer le poste infirmières par un poste d'infirmière auxiliaires. Annonce arrivée d'une infirmière auxiliaire par la chef d'administration de programme en fin 2009. Une infirmière auxiliaire arrivée sans planification, février 2010. Elle vient d'une agence et sera à temps plein infirmière auxiliaire. Elle a reçu une formation sur les façons de faire au CSSS. Création d'un comité d'intégration des infirmières auxiliaires au même moment. Annonce vers mars 2010 : on demande des infirmières volontaires pour l'infirmière auxiliaire dans l'équipe. Une infirmière se porte volontaire puis se désiste. L'assistante au supérieur immédiat demande à une infirmière qui a déjà travaillé avec l'infirmière auxiliaire d'agence d'intégrer une infirmière auxiliaire dans son équipe. L'infirmière accepte. À la deuxième résidence où une infirmière auxiliaire est là, une seule infirmière volontaire pour l'introduire dans son équipe. Seules la chef d'administration de programme et la directrice sont impliquées dans le projet d'introduction d'infirmières auxiliaires. Phase 2 à 4: Processus graduel d'intégration des infirmières auxiliaires lors de départs « naturels », par exemple, retraite. Les intervenants savent que les infirmières auxiliaires s'en viennent mais ne savent pas de quelle façon ce sera fait. Retrait de l'infirmière auxiliaire d'agence par une infirmière auxiliaire du CSSS, août 2010. L'infirmière auxiliaire d'agence reste mais aide tout le monde (pas spécifique). Elle est un ajout de ressource. À l'arrivée de l'infirmière auxiliaire CSSS, une infirmière mentor la forme comme une infirmière sans savoir ce qu'elle a le « droit » de faire (loi 90). Au début, l'infirmière gère son travail en collaboration avec la coordonnatrice des routes du programme Soins à domicile. L'assistante au supérieur immédiat et l'infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat l'aide à former l'infirmière auxiliaire. Consultante, rencontres individuelles septembre 2010 avec toutes les infirmières sur leur quotidien. 2 rencontres avec chacune des infirmières. But de la rencontre : évaluer le fonctionnement des 2 infirmières auxiliaires déjà en place. Deuxième rencontre consultante mars 2011. But : harmoniser les deux sites. Présentation à venir de deux modèles. Présentation du projet, demande de volontaires infirmières pour introduire des infirmières auxiliaires dans leur équipe sans avoir présenté le modèle.</p>
Rythme	<p>Phase 1 : Le projet débuta en juillet 2009, changement de mandats en cours du projet de changement. Restructuration et réorganisation du programme Soins à domicile. Les infirmières auxiliaires sont un des projets (pas nécessairement la priorité puisque beaucoup de pression externe). Phase 2 à 4 : Retard d'environ 1 an, réorganisation en même temps et voir ce qui se passe avec le syndicat (pas amener trop de changements en même temps). Difficulté à recruter des infirmières auxiliaires.</p>
Durée	<p>Phase 1 : infirmières auxiliaires d'agence : reste en poste 9-10 mois pour tester, ensuite le poste est affiché.</p>
Écart	<p>Phase 2 à 4: Les services généraux ont introduit des infirmières auxiliaires et cela n'a pas bien fonctionné. La structure était neuve comparé au programme Soins à domicile qui avait depuis 1 an l'infirmière auxiliaire d'agence.</p>

Concepts/ Temps	Initial Phase 1 (juin 2009 – mars 2010) Phase 2 (mars 2010 – août 2010) Phase 3 (août 2010 – mars 2011) Phase 4 (mars 2011 – mai 2011)
Arrivée	Phase 2 à 4: 1 infirmières auxiliaires au CLSC 1 et 1 infirmières auxiliaires au CLSC 2, modèle prévu par la direction, 2 infirmières auxiliaires pour 2 infirmières. Il y a 4 postes prévus, 2 par CLSC. Document finalisé fait par la chef d'administration de programme, la direction des soins infirmiers, la coordonnatrice et 2 infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat à présenter aux infirmières, sur les tâches à déléguer et la législation en place.

ANNEXE G

SYNTHÈSE DES CAS – ANALYSE TRANSVERSALE

	A	B	C	D
Contexte – interne (initial)	<p>Confusion dans les rôles et responsabilités des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme, Ressources d'encadrement réparties de façon inégale / accès limité à la supervision perçu. But= optimiser les ressources pour dégager les spécialistes en activités cliniques des tâches administratives et les chefs d'administration de programme de la supervision (vers spécialistes en activité clinique)</p> <p>La directrice participe à une formation pour cadre supérieur du domaine de la santé dans lequel elle doit concevoir un projet de changement. Ressources financières et temps dégagé pour le projet.</p> <p>Mode fonctionnement différents des deux sites du CSSS, l'un fonctionne avec une supervision et des équipes multidisciplinaires et l'autre site avec une supervision et des équipes disciplinaires.</p> <p>Les pratiques devront être harmonisées par ce changement puisqu'un déménagement est prévu pour regrouper les deux CLSC .</p>	<p>Initial : Rivalité entre les 2 CLSC du cas, suite à la fusion non désirée de 2004. Les sites fonctionnent au quotidien en silo, peu d'interactions entre eux</p> <p>Toutefois cause commune des trois sites : manque de supervision perçu par les acteurs et leurs syndicats qui en font la demande à la direction.</p> <p>Mode de leadership problématique/contesté par les employés. Employés et Syndicat perçoivent besoin de changement</p> <p>Roulement de personnel et postes vacants « gelés » à cause du contexte budgétaire difficile.</p>	<p>Variations importantes des pratiques d'un site à l'autre (3 CLSC en tout)</p> <p>Tentatives d'harmonisation des pratiques par la direction. La main d'oeuvre indépendante est considérée par la direction et les syndicats comme trop présente et trop coûteuse. Enjeux de revoir les façons de faire pour tous les emplois du CSSS, afin d'optimiser les ressources dans un contexte de pénurie de main d'oeuvre. La direction et le syndicat tracent les grandes lignes mais ont besoin de financement pour dégager du temps afin de détailler les tâches et responsabilités de tous les emplois et de revoir les façons de faire.</p> <p>But : optimiser les ressources actuelles pour réduire la main d'oeuvre indépendante</p>	<p>Les deux CLSC ont des pratiques très différentes. Le même titre d'emploi d'un site à l'autre ne fait pas les mêmes tâches.</p> <p>Utilisation importante de main d'oeuvre indépendante, problème de disponibilité de la main d'oeuvre.</p> <p>Au début il n'y a pas de sentiment d'urgence, le contenu de réduire la main d'oeuvre indépendante est imposé informellement (voir le contexte externe).</p>

	A	B	C	D
Contexte – externe	Contexte de bonne entente avec les parties prenantes du changement : le MSSS et les syndicats.	Contexte budgétaire difficile. Le CSSS dispose d'un financement externe (MSSS-APTS) pour mettre de l'avant son projet de changement. But = optimiser les ressources pour arriver à donner des sessions de supervision.	Le MSSS finança le projet de changement du CSSS. Le projet est défini par le comité de direction et appuyé par les syndicats en place.	Pression externe de l'ASSS, le MSSS, l'OIIQ pour instaurer des infirmières auxiliaires au lieu de la main d'oeuvre indépendante.(source du changement) Pas de financement reçu pour le projet de changement.
Contenu du changement	<p>Révision du modèle de supervision clinique (disciplinaire) et des équipes (multidisciplinaire). Ces modifications affectent tous les emplois des deux sites du CSSS.</p> <p>Révision des rôles et responsabilités des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme afin que les spécialistes en activités cliniques se concentrent sur la supervision.</p> <p>La direction Perte d'autonomie liée au vieillissement étudiée connaît une variation selon les CLSC. Les CLSC 1 et 2 ne vivent pas le même écart selon le contenu envisagé : le CLSC 1 doit transformer ses équipes en équipes multidisciplinaire et conserver la supervision disciplinaire. Le CLSC 2 doit conserver ses équipes multidisciplinaires mais transformer la supervision en disciplinaire.</p>	<p>Implantation d'un programme de supervision clinique pour le personnel : Nomination et formation de superviseurs internes et mise en place de groupes de supervision clinique pour les intervenants : psychologues, travailleurs sociaux, nutritionnistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychoéducateurs et orthophonistes.</p>	<p>Au départ : Réorganisation et optimisation de toutes les ressources de chacun des 8 titres d'emplois du programme Soins à domicile.</p> <p>Priorisation des soins infirmiers : Réorganisation des équipes (de 6 à 5) et intégration de postes d'infirmières auxiliaires, d'infirmières mentors, et d'auto-remplacement dans chaque équipe et les essais informatiques dans les soins à domicile.</p>	<p>Optimiser les ressources en place en transformant des postes d'infirmières en infirmières auxiliaires pour réduire la main d'oeuvre indépendante</p> <p>Les six équipes du programme Soins à domicile accueillent une infirmière auxiliaires par équipe.</p>
Contenu du changement implanté à la fin de la période étudié	Équipe multi vs supervision clinique à la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement partiellement implanté. CLSC 2 partiellement implanté	Le processus de nomination des superviseurs est complété mais ils n'ont pas intégré leurs nouvelles fonctions à la fin de la période étudiée.	Tout est en place dans les sites pour l'intégration graduelle des infirmières auxiliaires, mentors et auto-remplacement. 5 postes d'infirmières auxiliaires ont été	3 des 6 postes infirmières auxiliaires ont été affichés et comblés. Les trois autres postes d'infirmières auxiliaires vont être affichés lors de départs d'infirmières. Le cahier

	A	B	C	D
	<p>comparativement au CLSC 1.</p> <p>Transfert des tâches entre les spécialistes en activités cliniques et les chefs d'administration de la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement. Ajout d'une ressource cléricale pour absorber certaines tâches de spécialistes en activité clinique.</p>		<p>créés : 2 pour le CLSC 1, 2 pour le CLSC 2 et un poste pour le CLSC 3. Les outils papiers sont en place. La réduction du nombre d'équipe est en place à la fin de la période étudiée.</p> <p>L'intégration des nouvelles fonctions d'infirmières (mentors, auto-remplacement, infirmières auxiliaires) est différent pour chacun des trois sites (écarts). Le « portrait » a été réalisé pour les 8 groupes d'emplois du programme Soins à domicile et les changements aux autres structures d'emplois que les soins infirmiers sont à prévoir.</p>	<p>d'orientation pour intégrer les infirmières auxiliaires n'est pas développé à la fin de la période étudiée.</p>
<p>Élaboration des Processus – modes (S) Structure (s) stratégie</p>	<p>Phase 1 : Le processus est structuré par un comité impliquant des représentants de tous les programmes et des différents types d'emplois.</p> <p>L'ensemble du processus dont le comité a été initié (S) par la directrice dans le cadre de sa formation. (prescrit)</p> <p>L'employeur décide de transférer aux programmes (s) le modèle de supervision qui a été développé avec le comité. (contenu prescrit)</p> <p>Phase 2 : la directrice de la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement établit graduellement le processus d'implantation du modèle en initiant l'établissement de structures pour soutenir ce processus (journées</p>	<p>Le comité de direction s'entend sur le processus suite au financement. Il décide par consensus des étapes à venir (contenu) et de quelles façons elles seront mises en place (processus)</p> <p>Il y a eu un comité de réflexion paritaire sur la supervision. Ils déposèrent ensemble le projet au MSSS, ressources humaines, syndicat et chef mandaté. Ils ont proposé des grilles et critères (nombre de superviseurs, durée des étapes du processus, etc.)</p> <p>Ils définissent ensemble le processus. Tout le monde donne son point de vue.</p>	<p>Formation sur la gestion de projet (S) imposée par le MSSS sur la gestion de projet définit en partie le cadre de gestion de l'implantation</p> <p>Phase 1 : L'employeur détermine l'imposante structure du portrait (10 comités). À la fin des études de tous les groupes d'emplois, il détermine également les principaux changements à implanter et décide des étapes à venir.</p> <p>Phase 2 : L'employeur convainc ses syndicats de prioriser les soins infirmiers(s). Il impose les structures pour mettre en place les changements au soins infirmiers (comités et formules de « tests pilotage ») de même que les contenus du changement.</p>	<p>Le comité d'intégration décide de la structure du changement (comité formé seulement par la direction, de représentants des intervenants et des syndicats) et embauche d'une consultante) et du processus (au fur et à mesure, test d'implantations) et du contenu (transformations de postes infirmières en postes infirmières auxiliaires)</p>

	A	B	C	D
	de réflexions, plans d'actions, comités et questionnaires).			
Processus – Modes (S) Structure (s) stratégie	<p>Phase I CSSS : Comité conjoint imposé par l'employeur. Composé de représentants spécialistes en activités cliniques et chefs d'administration de programme de chaque direction ainsi que la personne responsable de l'implantation du projet dans chacun des programmes. Le comité visait à analyser les tâches des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme pour réfléchir sur un modèle de supervision clinique.</p> <p>Dans le cadre du comité, des discussions (s) ont permis de développer un consensus (s) du modèle de supervision, d'équipe et des tâches idéales des spécialistes en activités cliniques et des chefs d'administration de programme. La directrice a proposé un modèle (outil prescrit au contenu construit) suite aux discussions et ce modèle a été retravaillé en collaboration (s) avec les différentes directions. Après quelques ajustements, ils s'entendent sur un modèle final</p> <p>Ce modèle de supervision devait par la suite être implanté (contenu prescrit) dans chacun des programmes qui étaient responsables de planifier et opérationnaliser l'implantation. (processus construit)</p>	<p>Le comité de développement du projet (S) formé de la direction et des représentants syndicaux</p> <p>se rencontre une fois par mois pour mettre sur papier les grandes lignes du projet de supervision à présenter au MSSS (s). Le projet proposé est appuyé par le syndicat. Le comité se rencontre de façon structurée à des dates précises.</p> <p>Une fois le financement reçu le comité a embauché une formatrice externe qui a soutenu le développement du changement (contenu) (s, construction contenu). Compte tenu des délais serrés, le comité décide des prochaines étapes : faire une mise en candidature des superviseurs, faire un choix parmi eux et de les former par la formatrice externe(s). Le comité vise à implanter des séances de supervision de groupe prescrit)</p> <p>Le comité (S) formé par des membres de direction et du syndicat dans un premier temps prépare le projet à soumettre au MSSS. (définition du contenu)</p> <p>Une fois le projet accepté c'est le même comité qui embauche une formatrice externe. La formatrice externe propose un modèle de supervision de groupe. (s) (définition du contenu) et du processus : nb de rencontres, 1 première rencontre avec les superviseurs</p>	<p>Phase 1 : Un comité de direction émet les grandes lignes du projet à présenter au MSSS. Il obtient l'appui de ses syndicats en place (s) et présente le projet de changement au MSSS. Le MSSS, le comité de direction et le syndicat FTQ négocient les fonds. Le projet est financé et ses objectifs sont principalement de réduire la main d'œuvre indépendante et les coûts.</p> <p>10 comités travaillent à la phase appelée le portrait : 2 comités de direction et huit pour chacune des disciplines du programme Soins à domicile (le programme étudié). 50 intervenants participent pendant 4 mois à une collecte de données des processus de travail, des rôles et responsabilités de tout le programme Soins à domicile. Ce portrait expose les pratiques, rôles et responsabilités de tous les professionnels en place au moment de l'étude., Un rapport par le comité de direction est produit afin de déterminer les principaux changements à implanter pour les différentes structures d'emploi.</p> <p>Quelques mois plus tard, la direction rencontre (s) les acteurs pour faire un retour sur le portrait et décrire les orientations de changement</p>	<p>Le comité de direction du CSSS se rencontre de façon trimestrielle pour mettre au point le changement. Ils réfléchissent à la possibilité d'implanter des infirmières auxiliaires. Seuls quelques membres de la direction participent au comité et aux décisions. Une consultante externe est embauchée pour être en charge du projet.</p> <p>Le comité de direction implique les superviseuses des infirmières pour certaines étapes. Le comité a beaucoup de discussions informelles avec les superviseuses qui elles-mêmes ont des échanges avec les infirmières. De façon informelle, les infirmières suivent l'évolution du projet par des discussions fréquentes et transparentes avec leurs superviseuses.</p> <p>La consultante assiste le comité pour planifier l'instauration des infirmières auxiliaires. Elle rencontre quelques superviseuses et infirmières pour avoir une meilleure idée de leur quotidien. Elle recommande fortement cette solution qui a déjà été discutée par le comité (s) et qui fait consensus suite à sa recommandation. Le comité (S) toutefois fait progresser le changement que lorsque les postes d'infirmière deviennent vacants, ils seront transformés en poste infirmières auxiliaires (s). infirmières auxiliaires.</p>

	A	B	C	D
	<p>La direction Perte d'autonomie liée au vieillissement est étudié par la suite pour l'implantation de ce changement.</p> <p>Phase 2 Direction Perte d'autonomie liée au vieillissement : Questionnaires et comités (S) à la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement pour actualisé au le changement au niveau du programme. Les Sac et les cap ont répondu à un questionnaire. Certains se sont portés volontaires pour participer aux deux comités mis en place pour analyser les résultats du questionnaire. Les résultats indiquaient à l'unanimité (s) des transferts de 20% des tâches entre chefs d'administration de programme et spécialistes en activité clinique et de spécialistes en activité clinique vers un poste clérical de l'ordre de 20%.</p> <p>Un plan d'action (S) fut suggéré par la chargée de projet (s) pour planter le transfert de tâches appuyé sur les résultats du questionnaire. Au quotidien, les acteurs ne se conforment que partiellement aux nouveaux R&R.(tentative)</p> <p>Une journée de réflexion (S) a été mise en place (s) pour faire le point sur l'implantation. En cours d'implantation à la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement la chargée de projet</p>	<p>(réaffichage de l'offre si pas de désistement des candidatures moins considérées par le comité), assister à 2 séances de supervision, entrevues, réorganisation des groupes, pour avril.</p> <p>Les employés sont ensuite impliqués formellement lorsque le comité envoie une mise en candidature pour les employés intéressés à être superviseurs. Les exigences sont définies par le comité. L'appel en candidature est fait dans tous les sites pour favoriser un échange. Les équipes seront réorganisées ensuite selon les superviseurs choisis. (décidé sur le processus d'implantation) le comité a décidé de réorganiser 6 équipes par superviseur de 9-10 intervenants par équipe</p> <p>Le comité retient initialement toutes les candidatures (s) car il y en a moins que le nombre recherché. Ils font tout de même en secret une présélection (s) des candidats parmi ceux qui ont postulé. Le comité va intervenir pour retirer certaines candidatures (s) vers la fin du processus si ces personnes ne se retirent pas en cours de processus (prescrit – contenu et processus).</p> <p>La superviseure externe et la directrice rencontrent (s,S) les employés des trois sites pour discuter du projet de supervision. La direction donne des directives minimales (s) sur ce qui s'en vient et veut recueillir les attentes des employés (s). Les employés ont</p>	<p>prévues pour les différentes structures d'emplois (s).</p> <p>Phase 2 : Le comité de direction considère le calendrier associé au financement rencontrent les syndicats pour leur exprimer leur volonté de prioriser (s) les changements pour les soins infirmiers au programme soins à domicile, là où la main d'œuvre indépendante est la plus criante les syndicats en place donnent leur accord et le comité de direction a assuré son soutien à implanter après les soins infirmiers les changements pour les autres groupes d'emplois (s) 2 personnes ont été ensuite responsables de mettre en place les éléments de pilotage (s) (tests graduels des contenus planifiés)</p> <p>Il eut un test d'implantation (s) d'infirmières auxiliaires dans une équipe. À la suite de ce premier test, le comité d'orientation et de coordination (S) a préparé un cahier d'orientation (S,s) pour les infirmières auxiliaires. (Les comités l'ont présenté à l'ensemble des soins infirmiers qui l'ont approuvé (s). Le cahier a servi également à découper la structure des équipes une fois qu'il a été implanté (S).</p> <p>Les tests informatiques (S) pour le programme soins à domicile ont également étaient faits au même moment car ils étaient déjà prévus</p>	<p>Le comité de direction débute de cette façon pour le premier poste afin d'en faire un essai (S,s). Une infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat convainc une infirmières de son équipe d'intégrer la première infirmières auxiliaires (s). L'infirmière forme la nouvelle infirmière auxiliaire sans balise pour ses tâches (S) dès son arrivée. Cette infirmière auxiliaire a ensuite formé les nouvelles infirmières auxiliaires.</p> <p>Inquiétudes des inf. – engagement limité au projet</p> <p>Pendant la première intégration d'infirmières auxiliaires, le comité développe à la fois un cahier d'orientation (S) pour fixer les balises d'intégration en réaction aux infirmières et infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (s) (qui aurait appréciés connaître ces détails lors de l'intégration de la première infirmières auxiliaires</p> <p>L'actualisation du projet (nouveaux postes, cahier d'orientation) se construit au fur et à mesure par la direction qui développe le changement et les infirmières qui intègrent les infirmières auxiliaires. À la fin de la période étudiée, trois postes d'infirmières auxiliaires sont implantés.</p>

	A	B	C	D
	<p>devient directrice (S) et conserve le projet, elle consacre moins de temps au projet (s).</p> <p>Il eut quelques journées de mise au point et deux autres plans d'action infructueux (S) car les spécialistes en activités cliniques et les chefs d'administration de programme ne peuvent toujours pas libérer au quotidien les ressources nécessaires (S) pour échanger les tâches prévues (s).</p> <p>La directrice organise (s) une autre journée de réflexion (S) visant à organiser les détails du transfert de tâche (processus construit). À ce moment l'équipe s'organise d'une meilleure façon et regarde en détail les processus de travail à l'aide de six sous-comités (S) de trois spécialistes en activités cliniques/chefs d'administration de programme chacun arrive à transférer les tâches voulues de façon définitive(s).</p>	<p>exprimés avoir été déçus et ont eu l'impression d'être peu rassurés car ils perçoivent la démarche de la direction comme étant peu planifiée (s). Une dernière réunion est planifiée (S, prescrit) après la période étudiée pour rencontrer les candidats superviseurs une première fois.</p>	<p>à une période fixe.</p> <p>La chef de service rencontre les infirmières (s) pour avoir des volontaires pour le mentorat.</p> <p>Une tournée est effectuée pour discuter des changements à venir (s)</p>	
Processus – dynamiques	<p>Les acteurs du comité force collaborent tout au long du développement du contenu du changement.</p> <p>Les acteurs de la direction Perte d'autonomie liée au vieillissement coopèrent avec la directrice lors de la planification de l'implantation du changement au direction Perte d'autonomie liée au vieillissement. Lorsque la directrice initie la précision du processus au niveau du</p>	<p>Les acteurs qui ne sont pas impliqués directement dans la planification du projet coopèrent avec l'employeur qui planifie le mode et le contenu (exemples de coopération : nombre faible de candidatures, questions fréquentes lors de la seule réunion) Perceptions négatives des acteurs associées aux : convocation de dernière minute sans choix de groupe, rencontre qui semble peu structurée, etc.)</p> <p>Les acteurs du comité du projet collaborent</p>	<p>Les acteurs du portrait collaborent et coopèrent ensemble.</p> <p>Une fois le changement aux soins infirmiers, la présence continue de comités permet aux acteurs de continuer à coopérer aux nombreux tests.</p> <p>Efforts important pour convaincre et maintenir l'appui</p>	<p>La dynamique est neutre pour ce cas : l'employeur impose le changement (pas de place à la coopération ou à la collaboration). Toutefois les échanges fréquents avec leurs superviseurs permettent un climat qui n'est pas compétitif/adversarial.</p>

	A	B	C	D
	programme, les acteurs collaborent avec elles et arrivent à transférer les rôles et responsabilités.	ensemble et développent un consensus sur la planification du projet.		
Processus - Rythme	Rythme soutenu par la directrice pendant la phase 1. Ralentissement important en phase 2 : La directrice, anciennement chargé de projet, manque de temps à consacrer au projet avec ses nouvelles fonctions. La direction Perte d'autonomie liée au vieillissement en surcharge de travail n'a pas les ressources nécessaires pour soutenir le rythme du changement. Les spécialistes en activités cliniques et les chefs d'administration de programme sont pris dans leurs surcharges quotidiennes.	Rythme lent. Le comité du projet se rencontre peu au départ. Le financement donne l'impulsion au projet pour dégager les ressources nécessaires (embauche de la formatrice externe). La formatrice externe soutiendra le rythme en définissant les étapes du projet de changement mais n'arrivera pas seule à le faire progresser de façon significative à la fin de la période étudiée.	Rythme soutenu en phase 1 même s'il ne réfère pas directement au changement, le portrait est à grand déploiement, beaucoup ressources en temps. A un impact sur la suite du rythme, la priorisation doit se faire pour arriver à respecter le délai prévu au projet financé. Les tests pour implanter tous les contenus prévus se succéderont à un rythme soutenu.	Rythme relativement lent tout au long du processus; le changement ne semble pas priorisé. Projet initié par la direction. La consultante soutiendra le rythme en prenant en charge le premier test d'implantation d'infirmières auxiliaires et de la suite.

BIBLIOGRAPHIE

- Adelson, B. 1999. «Developing strategic alliances : A framework for collaborative negotiation in design». *Research in Engineering design*, no 11, p. 133-144.
- Alas, R. 2007. «The Triangular Model for Dealing with Organizational Change». *Journal of Change Management*, vol. 7, p. 255-271.
- Armenakis, A. A., et A. G. Bedeian. 1999. «Organizational change : a review of theory and research in the 1990s». *Journal of Management*, vol. 25, no 3, p. 293-315.
- Audet, Madeleine. 2010. «Vision, planification et évaluation : Les conditions clés du succès d'un changement ». *Gestion*, vol. 34, no 4, p. 55-66.
- Benson, J. K. 1975. «The interorganizational network as a political economy ». *Administrative Science Quarterly*, vol. 20, p. 229-249. Dans Gilbert, F., I. Brault, M. Breton et J.-L. Denis. 2007. «Le pilotage des réformes». In *Le système socio-sanitaires du Québec; gouvernance, régulation et participatio*, sous la dir. de Bordeleau, L., p. 39-50. Québec : Gaëtan Morin éditeur, Chenelière Éducation.
- Best, A., T. Greenhalg, S. Lewis, J.E. Saul, S. Carroll, et J. Bitz. 2012. «Large-system transformation in health care : A realist review ». *The milbank quarterly*, vol. 90, no 3, p. 421-456.
- Brett, J. M. 2000. «Culture and negotiation». *International Journal of Psychology*, vol. 35, no 2, p. 97-104.
- Bunchanan, D., L. Fitzgerald, D. Ketley, R. Gallop, J.L. Jones, S. Saint Lamont, A. Neath, et E. Withby. 2005. «No going back: A review of the literature on sustaining organizational change». *International journal of Management Reviews*, vol. 7, p. 189-205. Dans Gilbert, F. 2010. «L'influence de la gouvernance sur la capacité de changement du système de soins : l'exemple de l'implantation des groupes de médecine de famille». Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, Faculté de médecine
- Carnevale, P. , et D. G. Pruitt. 1992. «Negotiation and mediation». *Annual Review of Psychology*, vol. 43, p. 531-582. Dans Brett, J. M. 2000. «Culture and negociation». *International Journal of Psychology*, vol. 35, no 2, p. 97-104.
- 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 39.

- Checkland, K, S. Harrison, S. Snow, A. Coleman, et I. Mcdermott. 2013. «Understanding the work done by NSH commissioning managers: An exploration of the microprocesses underlying day-to-day sensemaking in UK primary care organisation». *Journal of health organization and management*, vol. 27, no 2, p. 149-170.
- Chreim, S., B.E. Williams et K.E. Collier. 2012. «Radical change in healthcare organization : mapping transition between templates, enabling factors, and implementation processes». *Journal of health organisation and management*, vol. 26, no 2. p. 215-236.
- Collerette, P., G. Delisle, et R. Perron. 2008. *Le changement organisationnel : théorie et pratique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Contandriopoulos, A.-P., J.L. Denis et N. Touati. 2001. «Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre». *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, no 8, p. 38-52.
- Contandriopoulos, A.-P. 2002. «Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable ? ». *Gestion*, vol. 3, no 27, p. 142-150.
- Contandriopoulos, A.-P. 2003. «Inertie et changement». *Ruptures*, vol. 9, no 2. p. 4-31.
- D'Amour, D. 1997. «Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec». Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, Faculté de médecine
- Denis, J. L. 2004. « Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada ». Dans *Les forces de changement dans le système de santé canadien*, sous la dir. De McIntosh, T., p. 87-124. Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Denis, J. L., L. Lamothe, A. Langley. et A. Vallette. 1999. «The struggle to redefine boundaries in health care systems». Dans *Restructuring the professional organization. accounting, health care and law*, sous la dir. de Hinings, C. R., p. 105-130. London : Routledge.
- Denis, J. L., L. Lamothe, et A. Langley. 2001. «The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations». *Academy of Management Journal*, vol. 44, no 4, p. 809-837.
- Dubois, Carl-Ardy, et al. 2009. «Mettre en oeuvre des pratiques innovantes d'organisation du travail pour faire face à la pénurie de main d'oeuvre». Proposition de recherche, Partenariat pour une organisation novatrice du travail.
- Giddens, A. 1979. *Central Problems in social theory, Action, Structure and Contradiction in Social Analysis*. California : University of California Press. Dans Gilbert, F. 2010. «L'influence de la gouvernance sur la capacité de changement du système de soins : l'exemple de l'implantation des groupes de médecine de famille». Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, Faculté de médecine

- Gilbert, F. 2010. «L'influence de la gouvernance sur la capacité de changement du système de soins : l'exemple de l'implantation des groupes de médecine de famille». Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, Faculté de médecine
- Gilbert, F., I. Brault, M. Breton et J.-L. Denis. 2007. «Le pilotage des réformes». In *Le système socio-sanitaires du Québec; gouvernance, régulation et participatio*, sous la dir. de Bordeleau, L., p. 39-50. Québec : Gaëtan Morin éditeur, Chenelière Éducation.
- Giroux, N. 2003. «L'étude de cas ». In *Conduire un projet de recherche : Une perspective qualitative*. sous la dir. de Giordano, Y., Paris : Éditions EMS.
- Hattori, R. et T. Lapidus. 2004. «Collaboration, trust and innovative change». *Journal of Change Management*, vol. 4, no 2, p. 97-104.
- Huxham, C. 1996. *Creating collaborative advantage*. London : Sage.
- Huxham, C., et S. Vangen. 2005. *Managing to Collaborate: The Theory and Practice of Collaborative Advantage*. New York : Routledge.
- Ivey, S., K. S. Brown, Y. Teske, et D. Silverman. 1988. «A model for teaching about interdisciplinary practice in health care settings». *Journal of Allied Health*, August, p. 189-195. Dans D'Amour, D. 1997. «Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec». Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, Faculté de médecine
- Langley, A. 1997. «L'étude des processus stratégiques : défis conceptuels et analytiques». *Management international*, vol. 2, no 1, p. 37-50.
- Langley, A., et J.L. Denis, 2006. « Neglected dimensions of organizational change : towards a situated review ». Dans *New perspectives on organizational change and learning*, sous la dir. de Langley, A., p. 136-159. Bergen : Farbokforlaget.
- Larivière, C. 2001. « L'amplification obligée des relations partenariales : l'interdépendance est-elle une menace à l'autonomie ? », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, n° 1, p. 64-80.
- Miles, M. B., et A. M. Huberman. 2003. *Qualitative data analysis*. California : Sage Publication.
- Mintzberg, H. 1982. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Mintzberg, H. 1992. «Cycles of Organizational Change». *Strategic Management Journal*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Oiry E., C. Bidart, D. Brochier, J Garnier, A. Gilson, M.-E. Longo, A. Mendez, D. Mercier, A. Pascal, G. Perocheau, et R. Tchobanian. 2010. «Propositions pour un cadre théorique unifié et une méthodologie d'analyse des trajectoires des projets dans les organisations». *Revue management et avenir*, no 36, p.84-107.

- Passeron J.C., 2005. *Penser par cas*. Paris : Éditions de l'EHESS. Dans Oiry E., C. Bidart, D. Brochier, J Garnier, A. Gilson, M.-E. Longo, A. Mendez, D. Mercier, A. Pascal, G. Perocheau, et R. Tchobanian. 2010. «Propositions pour un cadre théorique unifié et une méthodologie d'analyse des trajectoires des projets dans les organisations». *Revue management et avenir*, no 36, p.84-107.
- Patton, M. Q. 2002. *Qualitative research & Evaluation methods*. California : Sage Publication.
- Pettigrew, A. M. 1985. «Contextualist research and the study of organisational change processes ». In *Research methods in information systems*, sous la dir. de Wood-harper, T., North Holland : Elsevier Science Publishers B.V.
- Pettigrew, A. M., E. B. Ferlie, et L. Mckee. 1992. «Understanding the Pocess of Organizational Change». In *Shaping strategic change*, sous la dir. de Mckee, L., Sage Publications.
- Pettigrew, A. M. 1987. «Context and action in the transformation of the firm». *Journal of Management Studies*, vol. 24, no 6, p. 649-670.
- Pettigrew, A. M. 1992. «The character and significance of strategy process research». *Strategic Management Journal*, vol. 13, p. 5-16.
- Pettigrew, A. M. 1997. «What is a processual analysis?». *Scandinavian Journal of Management*, vol. 13, p. 337-348.
- Pettigrew, A., R. W. Woodman, et K. S. Cameron. 2001. «Studying organizational change and development : challenges for future research». *Academy of Management Journal*, vol. 44, no 4, p. 697-713.
- Pfeffer, J. 1978. *The external control of organizations : A resources dependance perspective*. New York : Harper & Row.
- Pierre, J., et B.G. Peters. 2000. Dans Gilbert, F., I. Brault, M. Breton et J.-L. Denis. 2007. «Le pilotage des réformes». In *Le système socio-sanitaires du Québec; gouvernance, régulation et participatio*, sous la dir. de Bordeleau, L., p. 39-50. Québec : Gaëtan Morin éditeur, Chenelière Éducation.
- Porter, M. 1991. «Towards a dynamic theory of strategy». *Strategic Management Journal*, vol. 12, p. 95-117.
- Pruitt, D. G. 1983. «Strategic choice in negociation». *American Behavioral Scientist*, vol. 27, no 2, p. 167-194.
- Raiffa, H. 1982. *The art and science of negociation*. Cambridge : Harvard University Press.
- Roy, Mario, Madeleine Audet, Johanne Archambault, et Danielle St-louis. 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». *Gestion*, vol. 34, no 4, p.48-59.

- Savage, G. T., J. D. Blair, et R. L. Sorenson. 1989. «Consider both relationships and substance when negotiating strategically». *The Academy of Management Perspectives*, vol. 3, no 1, p. 37-47.
- Self, D. R., A. A. Armenakis, et M. Schraeder. 2007. «Organizational Change Content, Process, and Context : A Simultaneous Analysis of Employee Reactions». *Journal of Change Management*. Taylor & Francis.
- Singh R., L. Mathiassen, M.E. Stachura, et E.V. Astapova. 2010. «Sustainable rural telehealth innovation : A public health case study». *Health services research*. vol. 45, no. 4, p. 985-1004.
- Tushman, M., E. Romanelli. 1985. *Organizational Evolution: A Metamorphosis Model of Convergence and Reorientation*, in L.L. Cummings and B.M. Staw (Eds.), *Research in Organizational Behavior*, Vol 7, p. 171-222. Dans 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 39.
- Ury, W. L., J. M. Brett, et S. B. Goldberg. 1993. *Getting disputes resolved : Designing a system to cut the costs of conflict*. Cambridge (MA) : Harvard Program on Negotiation. Dans Brett, J. M. 2000. «Culture and negotiation». *International Journal of Psychology*, vol. 35, no 2, p. 97-104.
- Van de Ven, A. H. 1992. «Suggestions for studying strategy process : a research note». *Strategic Management Journal*, vol. 13, p. 169-188.
- Van de Ven, A. H., et M. S. Poole. 1995. «Explaining development and change in organizations». *Academy of Management Review*, vol. 20, no 3, p. 510-540.
- Walker, H. J., A. A. Armenakis, et J. B. Bernerth. 2007. «Factors influencing change efforts : an integrative investigation of change content, context, process and individual differences». *Journal of Organizational Change Management*, vol. 20, no 6, p. 761-773.
- Walton, R. E., et R. B. McKersie. 1965. *A behavioral theory of labor negotiations : An analysis of a social interaction system*. New York : McGraw-Hill. Dans Brett, J. M. 2000. «Culture and negotiation». *International Journal of Psychology*, vol. 35, no 2, p. 97-104.
- Walton, R. E., J. Cutcher-Gershenfeld, et R. B. McKersie. 1994. «A theory of strategic negotiations». In *Strategic negotiations : a theory of change in labor-management relations*, sous la dir. de McKersie, R. B., p. 41-65. Ithaca (N.Y.) : ILR Press.
- Weick, K. E., et R. E. Quinn. 1999. «Organizational change and development». *Annual Review of Psychology*. Annual Reviews.
- Whetten, D. A., et K. S. Cameron. 2011. *Developing management skills*. Pearson : Prentice Hall

Yin, R. K. 2003. *Case study research : Design and methods*. California : Sage Publication.