

**La mobilisation et le soutien des équipes
dans la mise en place d'une gestion par programme**

**Projet soumis aux
Réviseurs
Programme de Fellowship
Collège canadien des directeurs de services de santé**

Janvier 2008

Table des matières

Avant-propos.....	3
Axes stratégiques d'action et partenaires.....	4
Mission.....	6
Vision	6
Description de l'établissement.....	7
Historique	8
Modèle de gestion du CSSS des Sommets	8
Principes du projet de réorganisation.....	9
Collaboration de la Fondation de Gaspé Beaubien.....	10
Projet Défi santé.....	11
Pertinence et qualité des interventions	11
Hauts consommateurs de soins et de services	13
Arrimage avec les objectifs organisationnels de l'établissement.....	14
Priorités accordées aux secteurs communautaire et de l'hospitalisation.....	15
Résultats encourageants	18
Mobilisation du personnel : mettre en place des groupes de discussion.....	20
Coopération des employés au sein des équipes de travail	26
Conclusion	27
Bibliographie	31
Références.....	33

AVANT-PROPOS



Le Centre de santé et de services sociaux des Sommets (CSSS des Sommets) est devenu, en 2004, un établissement multivocationnel regroupant les missions de centre hospitalier (CH), de centre local de services communautaires (CLSC) et de centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

Dans le cadre de cette fusion, j'ai été embauché à titre de directeur général et on m'a confié la responsabilité d'implanter un mode de gestion par programme. Pour y parvenir, la direction a initié des travaux afin de mobiliser les équipes et mettre en place les conditions nécessaires pour favoriser une participation continue et soutenue du personnel, des cadres et des médecins dans l'implantation clinico-administrative des programmes-services de l'établissement.

Ce projet d'intervention se situe dans un contexte où on note des déficiences majeures dans l'encadrement des équipes de soins, particulièrement en ce qui concerne la clarté des rôles que les cadres doivent assumer. On note également l'absence d'une culture de CSSS et la persistance de la culture familiale propre à chaque établissement qui la composait avant la fusion. L'établissement présente par ailleurs un bilan financier désastreux totalisant 3,1 millions de dollars de déficit non autorisés lors de la fusion des établissements en 2004.

Enfin, les médecins sont généralement exclus des processus de décision et l'établissement présente un piètre bilan au plan des principaux indicateurs de qualité et de performance. Dans ce contexte, les médecins et les cadres gestionnaires de programmes, l'équipe de direction, les cadres intermédiaires, les professionnels, les médecins et les employés rencontrent de nombreux défis et nécessitent d'être accompagnés pour gérer le changement.

Le directeur général du CSSS des Sommets,
Yves Lachapelle, M.Sc., CHE

AXES STRATÉGIQUES D'ACTION ET PARTENAIRES

Trois axes stratégiques d'action ont été privilégiés dans le cadre du projet d'intervention soit :

1- La mobilisation des équipes de soins et de services autour du projet clinique de l'établissement

- Initier des travaux visant à déterminer les facteurs de mobilisation du personnel de même que les facteurs de réussite et les facteurs de fragilisation.

2- Le soutien

- Mettre en place des programmes de formation axés sur les rôles et responsabilités inhérents à la gestion par programme :
 - initier des travaux visant à bien cerner les besoins de formation et d'adaptation de la main-d'œuvre administrative et médicale ;
 - proposer un modèle de développement ou d'adaptation des compétences répondant à chacun des groupes cibles (les médecins, les administrateurs, les employés).

3- La mesure de l'état d'avancement du projet

- Proposer de nouvelles gammes d'indicateurs de mesure de l'état d'avancement du projet ;
- Assurer un monitoring continu des indicateurs quantitatifs cliniques et administratifs visés par le projet.

Pour assurer la réussite de notre projet, trois partenaires privilégiés ont été identifiés :

- Le **Centre d'études en transformation des organisations (CETO)** des Hautes Études Commerciales de Montréal (HEC) avec la collaboration particulière de M. Alain Rondeau, Ph.D., professeur titulaire et directeur du Centre d'études, M. Luc Bélanger-Martin, M.Sc., chargé de formation et Mme Audrey Bouchard, étudiante à la M.Sc.. L'équipe du CETO a

pour objectif de développer un programme novateur de formation orientée sur les rôles et responsabilités inhérents à la gestion dans le cadre de la mise en place d'une organisation axée sur la mise en place de programmes-services et de soutenir l'établissement dans la mise en place de la cogestion médicale.

- La **Fondation deGaspé Beaubien**, famille philanthropique de la région des Laurentides. La Fondation deGaspé Beaubien apporte le financement nécessaire pour élaborer un plan de mobilisation des équipes, mettre en place les conditions nécessaires pour favoriser une participation continue et soutenue du personnel et des médecins dans l'actualisation du projet clinique de l'établissement et consolider le développement de nouvelles pratiques de gestion du système et l'amélioration des pratiques cliniques.

- **M. Michel Tremblay**, professeur titulaire aux HEC-Montréal. M. Tremblay a pour objectif de construire un indice de mobilisation approprié au domaine de la santé et des services sociaux et de valider sa contribution dans les efforts de mobilisation du personnel.

MISSION

La mission du CSSS des Sommets est d'améliorer et de maintenir la santé et le bien-être de la population de la MRC des Laurentides et des environs dans un contexte de hiérarchisation des soins et de responsabilité populationnelle. L'établissement offre un continuum de soins et de services ainsi que l'accès à des services spécialisés et surspécialisés. D'une façon plus spécifique, notre mission consiste à:

- Offrir à notre clientèle des services de soins généraux et spécialisés de promotion et de prévention de la santé, curatifs, psychosociaux ou de réadaptation ou de fin de vie en tenant compte du portrait de santé publique de notre population ;
- Fournir à notre clientèle les soins et services généraux et spécialisés et l'enseignement requis en milieu hospitalier ou en milieu de vie ;
- Dispenser des services diagnostiques et d'intervention ;
- Fournir des soins de longue durée dans un milieu de vie adapté aux besoins de la personne adulte en perte d'autonomie ;
- Coordonner l'action de l'ensemble de nos partenaires sur les plans médical et communautaire.

VISION

- Assurer l'accessibilité, la continuité et l'équité des soins et de services sécuritaires à la population dans un environnement salubre ;
- Mettre en place une organisation qui vise l'excellence par l'implantation d'un processus d'amélioration continue de la qualité et de mesure des résultats atteints ;
- Assumer nos responsabilités sur les plans de la planification, l'organisation, l'évaluation et le contrôle des soins de santé et de services sociaux offerts à la population de la MRC des Laurentides en fonction de l'état de santé de la population ;
- Utiliser de façon efficiente, efficace et respectueuse les ressources humaines, matérielles et financières dont l'établissement dispose ;
- Responsabiliser l'ensemble des ressources à l'actualisation de la mission de l'établissement.

DESCRIPTION DE L'ÉTABLISSEMENT

Le CSSS des Sommets a la responsabilité d'améliorer et de maintenir la santé et le bien-être de la population de son territoire évaluée à 60 000 personnes résidentes et 30 000 personnes représentant la population saisonnière. Il lui assure l'accès à une large gamme de services tout en lui offrant un continuum de soins allant de la promotion, la prévention, l'évaluation, le diagnostic et le traitement, la réadaptation et le soutien aux soins et aux services spécialisés. Par le biais d'ententes, il assure aussi à la population de son territoire l'accès à des services surspécialisés. Cette population est répartie dans 24 municipalités différentes couvrant un territoire de plus de 2 400 kilomètres carrés. Pour assurer sa mission, l'organisation dispose de 104 lits de soins de courte durée (volet centre hospitalier) et de 219 places d'hébergement en soins de longue durée pour les personnes en perte d'autonomie (volet centre d'hébergement). Ces 219 lits sont décentralisés dans trois points de services différents répartis entre trois municipalités : Sainte-Agathe-des-Monts, Mont-Tremblant et Labelle. L'organisation compte aussi sur un volet CLSC avec trois points de services pour assurer la promotion et la prévention de la santé ainsi que les services ambulatoires à la population du territoire. L'établissement compte en plus sur une équipe de 1 114 professionnels et employés ainsi que sur une cinquantaine de médecins pour actualiser sa mission. L'établissement répond aussi à un niveau primaire de traumatologie.



HISTORIQUE

Le CSSS des Sommets est issu de la fusion de deux organisations : le Centre hospitalier Laurentien et le CLSC-CHSLD des Trois-Vallées. L'intégration des deux organisations s'inscrit dans la foulée des fusions volontaires amorcées au Québec au début des années 1990. Ces fusions, volontaires dans un premier temps, visaient certes à réduire les coûts de fonctionnement mais surtout à intégrer des services offerts antérieurement par des établissements opérant en silo afin de les amener à agir de façon complémentaire pour améliorer la santé globale de la population.

Ce projet de fusion volontaire est, pour la nouvelle organisation, la première étape dans la mise en place d'un réseau intégré de soins et de services de santé sur le territoire de la MRC des Laurentides.

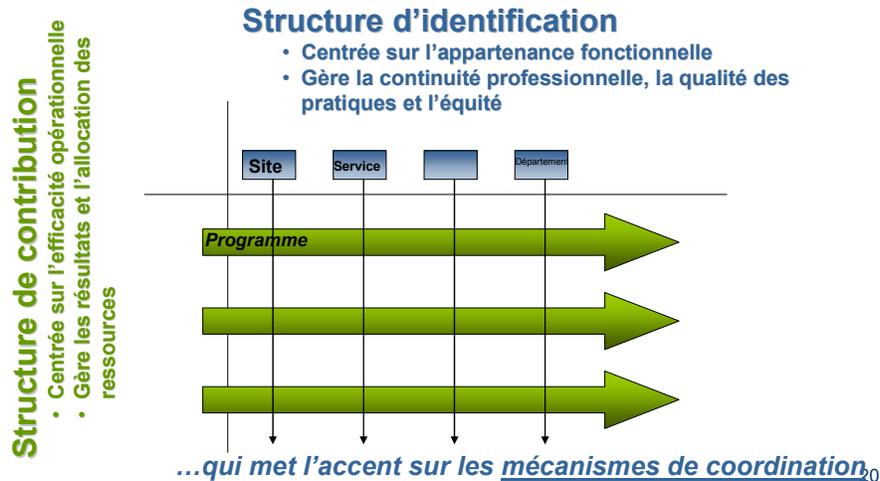
Rappelons que la fusion des établissements se produit au moment même de l'adoption, en 2004 par l'Assemblée nationale, du projet de loi 25 créant les « Agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ». Dans le cadre de cette loi, 95 centres de santé et de services sociaux étaient créés dont le CSSS des Sommets qui avait préalablement fait l'objet d'un regroupement d'établissements.

MODÈLE DE GESTION DU CSSS DES SOMMETS

Dans le cadre des travaux effectués par M. Alain Rondeau (Référence 1) pour le compte de l'établissement, l'équipe de direction a pris conscience que la fusion représentait à la fois l'intégration horizontale (une organisation des soins en continuum à travers les points de services) et verticale (une même administration) des activités de l'établissement et que cela nécessitait la création d'un nouveau mode de gestion autre que la traditionnelle bureaucratie professionnelle modulant les activités de la grande majorité des établissements de santé québécois. Pour ce faire, les dirigeants ont suggéré une nouvelle organisation des soins et des services fondée sur un

modèle de gestion par programmes-clientèle associé aux particularités des clientèles locales soit le programme de santé mentale, le programme de santé physique, le programme PALV (perte d'autonomie liée au vieillissement) ainsi que le programme enfance-jeunesse-famille.

Une complexité accrue ...
La gestion matricielle



Ce choix représentait une transformation majeure pour l'organisation puisque, en plus de fusionner des établissements, le projet transforme les façons de faire, élargit le rôle des professionnels, nécessite une révision des pratiques professionnelles et réorganise la dispensation des services sur une base de continuum de soins.

PRINCIPES DU PROJET DE RÉORGANISATION

La transformation de l'organisation s'est donc effectuée en conformité des orientations de santé proposées par le législateur, soit la mise en place d'un modèle de soins fondé sur trois piliers majeurs. D'abord, des soins de santé dans une perspective populationnelle, c'est-à-dire une dispensation des soins non plus à la seule demande mais fondée sur une analyse des besoins de santé propres à un bassin de population donné; ensuite, des soins de santé selon une approche

programme, c'est-à-dire une organisation de soins non plus par spécialité des dispensateurs mais bien selon un regroupement des dispensateurs au sein d'un processus capable d'assurer une continuité de soins aux patients et enfin, des soins de santé regroupant en réseau les multiples intervenants dans le but d'assurer une meilleure intégration possible des efforts de chacun autour du patient. Le principe de la hiérarchisation des services a donc servi de base à l'établissement de ces réseaux.

COLLABORATION DE LA FONDATION DEGASPÉ BEAUBIEN

La Fondation deGaspé Beaubien est une fondation privée qui a accepté de soutenir le déploiement d'un centre de santé et de services sociaux non seulement par un appui financier mais aussi en collaborant au développement de nouvelles pratiques de gestion et à l'amélioration des pratiques cliniques.



L'appui de la fondation a pris la forme d'un soutien direct à la mise en place de projets jugés importants par la direction pour améliorer le fonctionnement du CSSS et en faire un «employeur de choix ». Par ailleurs, les dirigeants de la fondation ont souhaité rencontrer le personnel, les cadres et les médecins en groupes de discussion pour « ... les mettre dans le coup dans ce que l'on veut faire... ». Ainsi, les dirigeants de la fondation se sont impliqués activement dans la démarche de réorganisation et se sont engagés à rencontrer également les groupes d'employés et de médecins pour vérifier dans quelle mesure la situation de travail s'améliore et dans quelle mesure les groupes d'employés et de médecins s'impliquent.

Lors du lancement des priorités organisationnelles en juin 2006. M. Yves Lachapelle accompagné de 2 des 3 partenaires du projet.

La Fondation deGaspé Beaubien a donc décidé d'agir à titre de représentant social et de créer pour l'administration une sorte d'engagement moral à atteindre des résultats que la direction a elle-même considérés comme importants.



PROJET DÉFI SANTÉ

(Extraits des travaux de Mme France Laframboise, directrice de la qualité des soins et des services au CSSS des Sommets et du Dr Jean Mireault, directeur des services cliniques de la Firme Mediamed Technologies)

Dans le cadre de l'élaboration de son projet clinique, l'établissement a choisi d'orienter ses actions vers la réalisation de projets visant la mise en place d'une organisation offrant des soins et des services plus adaptés, accessibles et équitables à l'ensemble de la population de la MRC des Laurentides.

PERTINENCE ET QUALITÉ DES INTERVENTIONS

Des équipes clinico-administratives se sont fixées comme objectif d'augmenter sensiblement la pertinence et la qualité des interventions de l'ensemble des professionnels et des partenaires auprès d'une clientèle ciblée dont l'état de santé oblige à consommer des soins et des services de santé de façon régulière et soutenue.

De plus en plus, la littérature démontre qu'un nombre restreint de clients consomment beaucoup plus de d'autres. (référence 2).

Littérature britannique

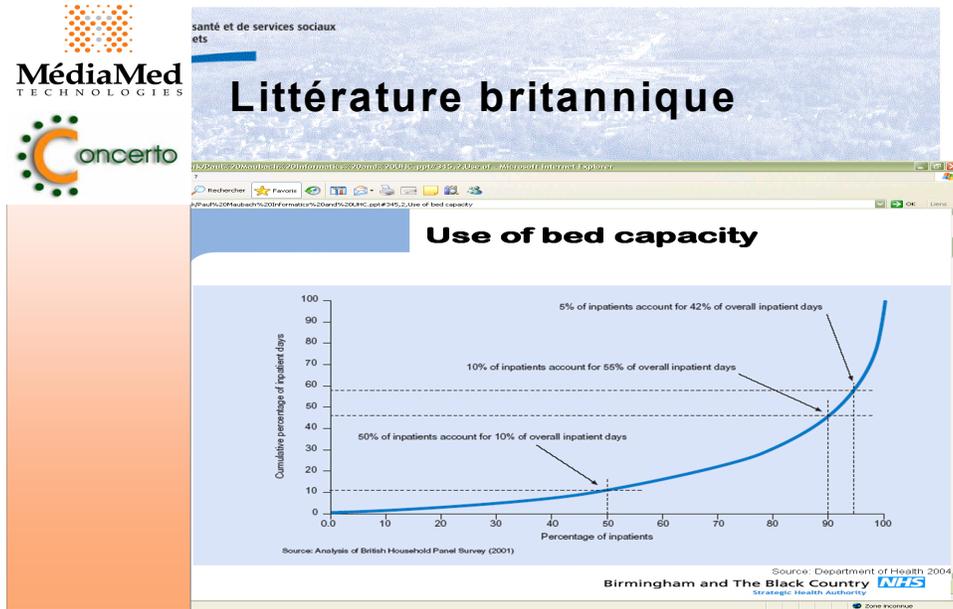
It is patients with *multiple* conditions who disproportionately drive utilisation and cost

Chronic conditions per person	% hospitalised annually	Mean doctor visits pa	Mean drugs prescribed pa	Mean total medical care costs pa
0	3.4%	1.7	2.2	\$1102
1	7.6%	4.6	11.0	\$4107
3+	17.3%	9.4	28.3	\$7195
Multiple	x 5	x 5	x 13	x 7

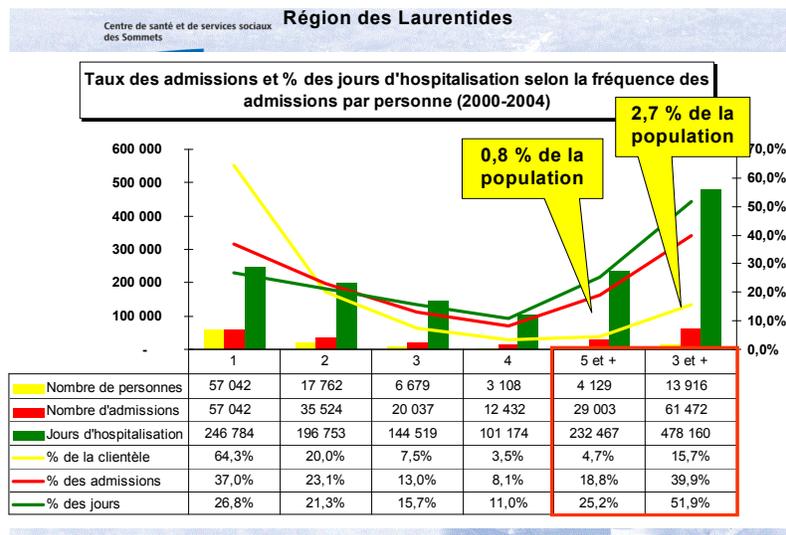
Source: Rundall et al. BMJ 2002;325:958-61

Birmingham and The Black Country NHS Strategic Health Authority

Ce constat est, par ailleurs, repris dans le graphique suivant qui fait état du profil d'utilisation des lits en soins de courte durée en proportion de la population (référence 2) :



L'établissement a repris ce modèle pour documenter le taux d'admission et le pourcentage de jours d'hospitalisation des patients de la région des Laurentides selon la fréquence des admissions par personne pour les années 2000 à 2004. La similitude est frappante. On y constate que 4,7 % des patients hospitalisés représente 18,8 % des admissions et 25,2 % des jours d'hospitalisation (référence 2).



Ce modèle de consommation est par ailleurs similaire pour la clientèle du CSSS des Sommets ayant consommé des services d'hospitalisation et fréquenté l'urgence.

Enfin, la littérature nous enseigne (Stephen M. Shortell et al.) :

- La nécessité de passer d'un modèle de soins basé sur les maladies aiguës à un modèle organisationnel qui met l'accent sur la gestion des maladies chroniques ;
- Qu'environ 20 diagnostics expliquent l'utilisation de 75 % des ressources ;
- Qu'un nombre restreint de personnes fréquentent régulièrement l'urgence et les lits d'hospitalisation ;
- Qu'il faut avoir des stratégies individualisées pour les hauts consommateurs de soins et de services ;
- Que les dépenses de santé sont inflationnistes.

HAUTS CONSOMMATEURS DE SOINS ET DE SERVICES

Ce faisant, le ministère de la Santé et des Services sociaux a accepté de financer un projet organisationnel d'ampleur auprès des clientèles qui consomment le plus les soins et services d'urgence et d'hospitalisation du CSSS des Sommets, soit les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, d'insuffisance cardiaque, de troubles sévères et persistants en santé mentale et les personnes souffrant d'une perte d'autonomie leur imposant un hébergement à long terme (projet d'organisation du travail 2004-2006. Les défis de la chronicité : le suivi clinique intégré et intensifié de clientèles cibles du CSSS des Sommets).

Par ce projet, l'établissement comptait redéfinir les besoins particuliers de ces types de clientèles bien connues de nos professionnels. Nous anticipions qu'une reconfiguration des soins et services offerts et qu'un suivi intensifié de ces personnes fragiles nécessitant une combinaison complexe d'un service de santé permettrait une optimisation dans l'utilisation des ressources professionnelles dans notre instance locale tout en permettant à notre clientèle une plus grande

accessibilité à des soins adaptés et, conséquemment, un recours moins fréquent à des soins et services d'urgence et d'hospitalisation.

Le projet Défi santé consiste à cibler un bassin de 200 patients devant consommer régulièrement les soins et services d'urgence du CSSS des Sommets pour des problèmes de santé chroniques et récurrents (les MPOC, insuffisance cardiaque, personne adulte en perte d'autonomie et problème réfractaire et récurrent en santé mentale).



Plus particulièrement, le projet vise à :

- Évaluer les besoins de santé et améliorer la qualité de vie d'un groupe cible de patients dans une optique de prévention et de maintien en milieu de vie ;
- Adapter notre offre de soins et de services aux besoins définis par des équipes soignantes en communauté ;
- Viser une gestion optimale des séjours basée sur des indicateurs cliniques permettant une intégration précoce en communauté, lors de l'hospitalisation ;
- Augmenter la capacité de responsabilisation de la clientèle ciblée sur sa santé.

ARRIMAGE AVEC LES OBJECTIFS ORGANISATIONNELS DE L'ÉTABLISSEMENT

Dans le cadre du projet Défi santé, l'établissement comptait rencontrer les objectifs organisationnels suivants :

- Utiliser de manière optimale et plus responsable les ressources mises à notre disposition ;
- Doter les équipes soignantes d'outils soutenant une démarche de soins rigoureuse et professionnelle ;
- Diminuer le recours à l'hospitalisation de l'ordre de dix équivalents lits ;
- Assurer une meilleure qualité de vie pour la clientèle visée par le projet.

Les indicateurs suivants avaient été adoptés pour mesurer l'atteinte des objectifs :

- Diminution de 30 % du nombre de jours présence en hospitalisation pour la clientèle du projet ;
- Diminution de 30 % des visites annuelles à l'urgence ;
- Diminution des hospitalisations de l'ordre de dix équivalents lits.

PRIORITÉS ACCORDÉES AUX SECTEURS COMMUNAUTAIRE ET DE L'HOSPITALISATION

L'établissement comptait, par ailleurs, réaliser des activités principales dans deux secteurs particuliers, soit le secteur communautaire et le secteur de l'hospitalisation.

Secteur communautaire :

- Mettre à la disposition de l'ensemble des intervenants des différentes missions de notre organisation, un registre d'informations clinico-administratives pertinentes pour qu'ils puissent mieux connaître les clientèles qui consomment régulièrement la plus grande proportion de nos soins et services d'urgence et d'hospitalisation. Cette étape d'identification visait également à cibler précisément les personnes qui bénéficieraient d'un suivi clinique intégré et soutenu.
- Mettre en place, à l'aide d'outils cliniques élaborés et validés en collaboration interdisciplinaire :
 - Un mécanisme de communication pour qu'un professionnel de la santé communautaire puisse entrer facilement en contact avec les clientèles visées afin d'effectuer une évaluation initiale de l'ensemble des besoins de santé de chaque personne concernée par le projet ;
 - Un processus efficace de planification des interventions individualisées répondant aux besoins spécifiques établis lors de l'évaluation initiale de santé

et permettant à la personne de recevoir l'enseignement et les soins et services requis à sa condition de santé ;

- Une modalité de communication continue avec les professionnels de la santé concernés par le projet afin de permettre à la clientèle ciblée d'avoir, en tout temps, accès à un professionnel pouvant évaluer et assurer un suivi adapté aux besoins de santé du client ;
- Des modalités de fonctionnement et de suivi de clientèle avec Info-Santé régional ;
- Un mode de fonctionnement dynamique et interdisciplinaire au sein de chaque équipe qui prend en charge les activités d'évaluation et de suivi clinique et social continu et intensifié des clientèles visées par le projet ;
- L'embauche de deux gestionnaires de cas complexes et la collaboration étroite avec les ressources d'urgence santé régionale. Par le biais de la numérisation des dossiers, rendre disponible rapidement toute documentation clinique à l'ensemble des intervenants dans notre centre pour une meilleure intégration et continuité des soins requis.

Secteur hospitalisation :

Pour soutenir les équipes de professionnels de la santé et services d'urgence et les équipes soignantes des unités d'hospitalisation, nous envisageons d'implanter un suivi systématique de clientèle pour les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, d'une insuffisance cardiaque, de troubles sévères et persistants en santé mentale et les personnes adultes souffrant d'une perte d'autonomie.

Les activités suivantes étaient prévues à l'échéancier du projet :

- Consolider des données sur la clientèle hospitalisée (durée moyenne de séjour, hospitalisations répétitives, consultations à l'urgence, etc.) afin de bien identifier les cibles d'intervention ;

- Réaliser un bref répertoire des suivis systématiques de clientèle visée présentement implantés dans d'autres CSSS du Québec ;
- Constituer une équipe de pilotage ayant comme but principal l'implantation de quatre suivis systématiques de clientèle lors de l'hospitalisation des clientèles cibles ;
- Établir des cibles cliniques en interdisciplinarité afin d'élaborer un plan clinique structurant et cohérent pour l'élaboration d'un outil simple de suivi systématique quotidien des clientèles visées lors d'une hospitalisation ;
- Former des équipes soignantes et des équipes médicales à la gestion des épisodes de soins en lien avec les paramètres cliniques systématisés permettant le suivi cohérent et continu des clientèles ;
- Accompagner les équipes soignantes à dispenser un enseignement de haute qualité aux clientèles hospitalisées qui sont aux prises avec des problématiques pulmonaires, cardiaques, de santé mentale ou de perte d'autonomie ;
- Accroître l'implication de la famille dans ces interventions préconisant l'apprentissage et la responsabilisation ;
- Collaborer avec les intervenants cliniques du suivi de la clientèle en communauté et élaborer des modalités de fonctionnement interdisciplinaire préconisant davantage la planification conjointe du congé et la continuité des soins et services en communauté.

Enfin, l'établissement comptait mettre à la disposition des professionnels un logiciel simple et spécialisé dans le soutien et l'aide à la décision et à la pertinence clinique du congé de la clientèle hospitalisée. Ce logiciel est présentement utilisé dans plusieurs établissements de santé du Canada et permet aux infirmières soignantes et aux médecins des équipes d'hospitalisation d'avoir recours à des organigrammes décisionnels qui mettent en lien les données cliniques du patient avec des indications pour un congé de l'hôpital. Ainsi, les professionnels seraient outillés de façon commune et objective pour la décision interdisciplinaire concernant la fin d'un épisode de soins.

RÉSULTATS ENCOURAGEANTS

À la fin du mois de novembre 2007, plusieurs étapes importantes avaient été réalisées. Parmi celles-ci notons :

1. L'élaboration d'outils spécialisés de suivi de clientèle comme par exemple, un carnet de santé et des plans d'intervention individualisés pour chacun des patients du projet ;
2. Un soutien continu et adapté au client ;
3. L'embauche de deux gestionnaires de cas complexes ;
4. Des rencontres d'information avec les équipes de professionnels pour expliquer la nature du projet ;
5. L'identification nominative des 200 clients considérés comme les plus hauts consommateurs de ressources ;
6. Un contact individualisé avec chaque médecin traitant et/ou chaque intervenant impliqué ;
7. Une rencontre individuelle de chaque client pour obtenir son consentement, élaborer le formulaire de satisfaction (sf-36), identifier les motifs de consommation répétée et dresser un plan d'intervention individualisé.

Quelques constats préliminaires (référence 2) :

Une meilleure connaissance de ces clientèles et une revue de la littérature¹ nous ont permis de briser plusieurs mythes. Alors que ces clients consomment régulièrement les services de l'urgence et de l'hospitalisation, nous avons été étonnés de constater que peu d'entre eux bénéficient des services à domicile du CSSS alors que la majorité a un médecin de famille attiré.

- Moyenne d'âge des patients : 66 ans ;
- 93 % des patients ont un médecin de famille ;

¹ Bibliographie et documents plus exhaustifs disponibles au besoin.

- Peu d'entre eux sont suivis en première ligne (CLSC) du CSSS des Sommets ;
- Les grands consommateurs regroupent notamment des personnes en fin de vie ;
- Les grands consommateurs jouent un rôle passif ;
- Les médecins en cabinet privé et en GMF sont préoccupés à savoir s'ils ont des patients concernés par le projet ;
- Réduction importante de la consommation des services d'urgence et de l'hospitalisation pour les patients concernés par le projet ;
- Plusieurs patients n'ont pas nécessité fréquenter l'urgence ou l'hospitalisation depuis le début du projet.

Statistiques au sujet des 200 patients (référence 2) :



Par ailleurs, bien que le projet s'avère une réussite à plusieurs points de vue, la gestion proactive de la maladie chronique oblige notre organisation à accorder une attention particulière à plusieurs volets de la gestion. Dont notamment :

- La transformation de notre gouverne clinique autour du patient ;
- L'amélioration de l'accessibilité, de l'intégration et de la qualité des soins et des services offerts ;
- La mise en place d'une culture de décision basée sur la pertinence, l'efficacité prouvée, la mesure des résultats et les données probantes ;
- L'apprentissage continu de tous et de chacun incluant les cliniciens, les gestionnaires et les leaders médicaux.

Enfin, conscients que ce projet de reconfiguration des soins et services ne pouvait se réaliser sans une participation active des médecins au projet clinique, une révision en profondeur du rôle des cadres de premier niveau et l'engagement des ressources humaines, d'autres travaux liés à la formation et au développement des ressources humaines ont été initiés avec nos partenaires.

MOBILISATION DU PERSONNEL : METTRE EN PLACE DES GROUPES DE DISCUSSION

LES GROUPES DE DISCUSSION - PREMIÈRE RONDE

(Extraits de : Le déploiement du CSSS des Sommets. A – La réforme d'un système complexe. Référence 3)

Au sein de l'établissement, tous s'entendent sur l'importance d'améliorer la mobilisation du personnel dans le but de « devenir un employeur de choix » et réaliser les objectifs du projet organisationnel.

Par ailleurs, on ne peut réellement mobiliser les employés à moins de les impliquer directement dans l'action, de solliciter directement leur contribution. À cet effet, en collaboration avec l'équipe

des HEC, l'établissement a choisi de mettre sur pied des groupes de discussion permettant d'aller chercher le pouls de cette mobilisation et de favoriser une amélioration du climat de travail.

Les rencontres ont visé à explorer les perceptions des employés autour de trois thèmes :

1. Travailler au CSSS des Sommets ;
2. Devenir un centre d'excellence ;
3. La valeur ajoutée du projet Défi santé.

Lors de ces groupes de discussion, les dirigeants de la Fondation de Gaspé Beaubien ont accueilli personnellement les participants et ont rappelé leur motivation initiale à cet exercice. Par la suite, des animateurs expérimentés ont dirigé des discussions autour des thèmes choisis. Les propos recueillis ont permis l'élaboration d'un diagnostic du fonctionnement du CSSS des Sommets et la formulation d'une stratégie d'action reflétant les besoins réels de l'établissement, le tout étant toujours l'atteinte de l'excellence et la volonté de devenir un employeur de choix.

En mai 2006, l'initiative des groupes de discussion permet un premier diagnostic. Les résultats de ce diagnostic permettent d'enclencher de nombreuses activités dans chacun des secteurs d'intervention privilégiés par la Fondation de Gaspé Beaubien à savoir :

Mobiliser le personnel : accentuer la communication

Ce diagnostic confirme le climat de dévouement et de collaboration qui existe au CSSS des Sommets. Toutefois, le climat familial de travail est profondément perturbé. De fait, c'est l'envergure même des changements qui est en cause et on sent le besoin d'accentuer la communication pour clarifier les orientations de la direction, aligner les activités, opérationnaliser les continuums de soins et préciser les nouveaux rôles qui en découlent.

Former les cadres : familiariser les cadres avec les nouveaux modèles de gestion des soins

Le deuxième constat de ce diagnostic concerne en particulier les nouveaux rôles que sont appelés à jouer les chefs d'équipe clinique dans l'organisation des soins et services. On note une déficience majeure dans l'encadrement des équipes, particulièrement dans la clarté des rôles des cadres. Il apparaît évident que les chefs d'équipe constituent les pivots de la transformation en cours et on convient rapidement du besoin de faire un effort particulier en matière d'éducation ou de formation en ce domaine. Plusieurs activités seront déployées telles qu'une évaluation du potentiel des cadres, des séances de « coaching » et plusieurs séances de formation portant sur l'acquisition de nouveaux outils de travail.

Former les cadres : établir une formule de codéveloppement

Le diagnostic démontre bien que le grand défi de la direction est d'outiller au maximum ses cadres intermédiaires qui assurent le transfert de l'information entre l'administration et le personnel clinique. Ce sont les cadres intermédiaires qui se voient confier la tâche opérationnelle la plus importante pour réussir ce passage soit de traduire les intentions stratégiques dans l'action quotidienne.

Conséquemment, on décide de mettre en place une formule de codéveloppement. Ainsi, trois groupes de cadres sont formés qui, avec l'aide d'un animateur aguerri, échangent entre eux sur les moyens à mettre en place dans leur gestion quotidienne pour faire face à divers problèmes qu'ils confrontent.

À la fin de l'automne 2006, chacun des trois groupes avait participé à trois sessions de codéveloppement. Il ressort du bilan de l'animateur le besoin majeur de clarifier le rôle de cadre intermédiaire non seulement auprès des cadres eux-mêmes mais aussi auprès de leur supérieur. Ce rapport indique que les relations hiérarchiques ont souvent un caractère infantile et que les cadres ne s'approprient pas vraiment les processus opérationnels de leur équipe de travail. Plus particulièrement, les cadres intermédiaires n'agissent pas comme de véritables chefs d'opérations

et s'en remettent constamment à la hiérarchie, même pour des décisions parfois futiles. Ils ont souvent le sentiment de ne pas avoir l'autorité ou l'information nécessaire pour agir et craignent de porter atteinte à l'image de leur supérieur.

La direction se rend compte que c'est alors justement autour de ce rôle de chef d'opérations qu'elle doit accentuer ses efforts. Il est donc décidé que le codéveloppement serait étendu aux autres cadres de l'organisation. En mars 2007, c'est autour des cadres clinico-administratifs et, par la suite, des cadres supérieurs de s'impliquer dans cette formule de développement.

En outre, cette expérience met en lumière le besoin de développer diverses habilités particulières, notamment en regard de la gestion de réunions, de l'évaluation de rendement et la gestion de cas problèmes.

LES GROUPES DE DISCUSSION - DEUXIÈME RONDE

En mai 2007, le processus de consultation est repris. L'analyse des échanges met en lumière divers progrès notables : les équipes de soins voient mieux le potentiel que recèle le nouvel aménagement par programmes et on commence à mieux comprendre les attentes des gestionnaires. Par ailleurs, on constate que le plan de mesures visant le retour à l'équilibre financier ne crée pas le niveau d'anxiété anticipé.

Cependant, l'implantation du projet Défi santé aux programmes en cours continue d'être problématique. Ce projet demeure incompris des équipes de soins et donne l'impression d'être en marge des programmes-clientèle qui constituent le cœur même de l'organisation clinique du CSSS des Sommets. Enfin, plusieurs dénotent que la communication est toujours déficiente et l'arrimage entre les cultures tarde à se faire.

Ces résultats fournissent un éclairage plus précis des déficiences et des progrès de chaque équipe de soins, ce qui sera très utile lors d'une prochaine ronde de discussion. Par ailleurs, la table est mise pour impliquer les médecins dans la gestion par programme.

Accentuer le soutien à la qualité des soins

Les dirigeants de l'organisation sont convaincus que la valeur ajoutée du projet organisationnel doit se refléter dans la qualité même des soins dispensés par le CSSS des Sommets. Or, on ne peut s'intéresser à la qualité des soins sans impliquer les médecins. Il est généralement bien connu que les médecins ont la perception de ne pas faire partie des processus décisionnels. Leur implication doit trouver un sens, une valeur ajoutée. Plusieurs discussions ont eu cours sur la façon d'améliorer la qualité des soins dispensés au CSSS des Sommets et d'impliquer les médecins dans le projet. On discute de la difficulté d'intéresser les médecins à la gestion des programmes parce qu'ils ne sont pas rémunérés pour des activités non cliniques. Il est donc décidé que des ressources financières de la Fondation de Gaspé Beaubien devront servir de levier à l'implication médicale dans le projet.

Ainsi, deux actions prioritaires sont mises de l'avant soit : le soutien à l'évaluation de l'acte médical et l'adhésion de l'établissement au programme de la campagne québécoise « Ensemble, améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé »² et l'amorce des travaux visant la cogestion médicale.

L'établissement procède alors à l'embauche d'un spécialiste dans le développement des indicateurs de performance clinique, les questions de nouvelles pratiques cliniques et l'utilisation des données probantes dans le déploiement de ces nouvelles pratiques.

Tous les départements cliniques sont mis à contribution pour identifier des zones d'amélioration de la pratique médicale, préparer un projet d'évaluation médicale et réaliser quatre des six cibles

² Campagne coordonnée au Québec par le Centre hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM).

prévues au programme de la campagne québécoise « Ensemble, améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé ».

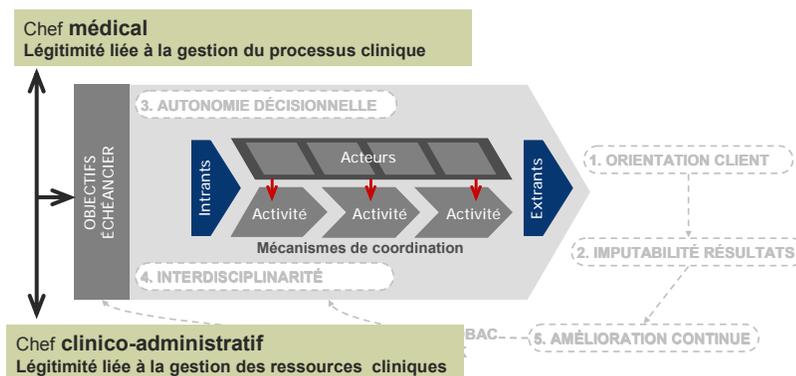
Au début de l'été 2007 commencent les travaux de mise en place de l'équipe de cogestion des programmes constituée d'un médecin et d'un cadre clinico-administratif responsable de chacun des programmes services.

De façon générale, l'exercice aura permis de mieux comprendre l'objet même de la cogestion, soit de différencier les rôles des équipes cliniques et administratives, de convenir des activités complémentaires et d'ententes sur les responsabilités conjointes.

Dès lors s'amorce une réflexion sur les enjeux et défis de la mise en place de la gestion par programme au CSSS des Sommets, du type d'organisation des soins à déployer et les rôles de la cogestion dans cette perspective.

La cogestion

CETO



Gaudreau, M. (2006). « Réussir la cogestion en CH: Étude exploratoire sur le partage des rôles au sein des tandems de gestionnaires ». Mémoire de maîtrise M.Sc., HEC Montréal

20

Schéma des HEC, page 20 du document « Déploiement de la gestion par programmes au CSSS des Sommets, contexte et enjeux » (référence 4).

De cette première rencontre, les membres conviennent de poursuivre l'expérience et de convenir d'une seconde rencontre en octobre 2007 au sein de laquelle chacune des équipes de cogestion compte présenter leur vision, ainsi que le plan d'action de chacun de leur programme service.

Ces rencontres auront favorisé la création d'une synergie entre le médecin et l'administrateur de chacune des équipes programmes et une plus grande imputabilité commune par l'engagement à la réalisation d'un plan d'action auprès de leurs collègues.

Enfin, au cours du mois de février 2008, les équipes de cogestion comptent présenter un plan d'action et de réorganisation concerté sur les trois prochaines années.

COOPÉRATION DES EMPLOYÉS AU SEIN DES ÉQUIPES DE TRAVAIL

(Extraits des travaux de M. Michel Tremblay, professeur titulaire, HEC-Montréal)

L'équipe de M. Michel Tremblay a complété la première étape du projet qui consistait à identifier les comportements de coopération, d'aide et de collaboration dans le réseau de la santé. Un questionnaire exploratoire à court développement, composé de cinq courts scénarios décrivant les profils à l'étude (mobilisé, amobilisé, motivé, amotivé et démotivé) a été construit et testé auprès d'un groupe de participants présélectionnés. L'analyse des données qualitatives recueillies a permis de dégager des comportements caractéristiques et exclusifs pour chacun des cinq profils. Ainsi, la première partie de la recherche s'avère concluante puisque les démarches ont permis de construire un questionnaire sur la mobilisation, applicable aux employés du milieu de la santé. Ce questionnaire a été utilisé pour l'étape subséquente de la recherche.

La deuxième étape du projet consistait à identifier les dispositions individuelles ayant un rôle sur l'adoption de comportement de mobilisation dans le réseau de la santé par le biais de deux questionnaires. Le questionnaire A portait sur les valeurs de carrière et les traits de personnalité,

alors que le questionnaire B portait sur les comportements observés dans le réseau de la santé identifiés à l'étape 1.

Ces travaux de recherche devraient permettre d'arrimer les valeurs de carrière et les traits de personnalité des individus au comportement observé au travail par leur supérieur.

À la date de rédaction du présent rapport, les résultats des travaux ne sont pas encore documentés mais nos récentes communications avec l'équipe de recherche de M. Tremblay nous indiquent que « des valeurs de carrière et des traits de personnalité qui prédisposent les individus à des mobilisations » ont été identifiées dans le cadre de ces travaux. À la lumière de ces résultats préliminaires, nous sommes d'avis, que les dispositions qui s'avèreront avoir une relation significative avec la mobilisation pourront constituer un outil de sélection du personnel à l'embauche.

CONCLUSION

Les trois axes d'action privilégiés dans le cadre du projet d'intervention pour implanter un mode de gestion par programme s'avèrent concluants :

AXE 1 – LA MOBILISATION

1. Fondation deGaspé Beaubien

L'initiative de la Fondation deGaspé Beaubien d'agir à titre de représentant social d'un établissement de santé et de services sociaux et de créer pour l'administration une sorte d'engagement moral à atteindre des résultats que la direction considère elle-même comme important, s'avère concluante.

La contribution de la Fondation aura été déterminante dans la mobilisation du personnel et des médecins autour du projet « Défi Santé ».

2. Projet Défi Santé

Le Projet Défi Santé aura été un allié puissant et un outil de développement organisationnel qui a favorisé la mise en place d'une organisation offrant des soins et des services plus adaptés, accessibles et équitables à l'ensemble de la population desservie par l'établissement.

Il aura également permis à l'administration d'accorder une attention particulière à plusieurs volets de la gestion, notamment :

- la transformation de notre gouverne clinique autour du patient;
- l'amélioration de l'accessibilité, de l'intégration et de la qualité des soins et des services offerts;
- la mise en place d'une culture de décision basée sur la pertinence, l'efficacité éprouvée, la mesure des résultats et les données probantes;
- l'apprentissage continu de tous et de chacun incluant les cliniciens, les gestionnaires et les leaders médicaux.

Le succès du projet a amené le Ministère de la santé et des services sociaux à accepter de financer une deuxième phase d'un projet intitulé « *Transformation des pratiques professionnelles de l'unité d'urgence dans l'optique de la consolidation des services généraux et de première ligne* ». Ce deuxième volet au projet vise l'amélioration de l'accès et l'intensité des services généraux et de première ligne.

AXE 2 – LE SOUTIEN

3. Le codéveloppement des cadres

La formule de codéveloppement des cadres s'est avérée une bonne méthode pour mettre en lumière le besoin de développer diverses habiletés particulières, notamment en regard

de la gestion des réunions, l'évaluation du rendement et la gestion de cas problèmes. L'amélioration de la qualité des soins a été introduite dans le cadre des activités de gestion courantes, l'utilisation d'indicateurs de performance clinique, l'introduction de nouvelles pratiques cliniques et l'utilisation des données probantes dans le déploiement de ces nouvelles pratiques. On constate une plus grande cohésion dans leur gestion. Ils semblent plus à l'aise pour appliquer les décisions stratégiques.

4. La cogestion des programmes

La mise en place des équipes de cogestion des programmes et plus particulièrement, le programme de formation et de soutien des chefs médicaux et du chef clinico-administratif aura contribué à une plus grande implication des médecins à la gestion.

De façon générale, l'exercice aura permis de mieux comprendre l'objet même de la cogestion, soit de différencier les rôles des équipes cliniques et administratives, des activités complémentaires et d'ententes sur les responsabilités conjointes.

AXE 3 – LA MESURE

Volet financier

À la suite des travaux réalisés dans le cadre du projet d'intervention, l'établissement compte réaliser avec succès son plan de réduction des dépenses estimé à 2.7 millions pour l'exercice financier qui se terminera le 31 mars 2008 et prévoit atteindre l'équilibre budgétaire au cours du prochain exercice financier.

Volet clinique

Les résultats au sujet des 200 patients pris en charge dans le cadre du Projet Défi Santé sont concluants : réduction significative du pourcentage des visites à l'urgence (de 5.3% à 1.6%), réduction significative du pourcentage des hospitalisations (de 11.45% à 3.03%) et

une augmentation peu significative du pourcentage des interventions en première ligne (de 9.4% à 11.1%).

Cette réduction du recours à l'hospitalisation et à l'urgence se traduit notamment par une diminution de près de 10% du taux d'occupation des lits de courte durée de l'établissement, soit 10 lits. De plus, le recours aux agences en personnel infirmier et au temps supplémentaire a diminué significativement au cours de la même période à l'urgence et aux unités d'hospitalisation.

Volet amélioration de la qualité

Actuellement, la structure est en place pour favoriser l'émergence des nouvelles pratiques d'évaluation médicale. Les sujets sont davantage représentatifs des besoins cliniques de l'établissement et permettront d'ici peu l'évaluation des réels besoins de formation médicale continue. Le plan d'évaluation pour la prochaine année est structuré pour deux départements médicaux. Les autres principaux départements médicaux, soit les départements de psychiatrie et de médecine peaufinent actuellement les sujets d'évaluation.

Enfin, contre toute attente, le projet de réorganisation du CSSS des Sommets est cité dans le chapitre traitant de l'organisation du travail dans le rapport sur le « Financement du système de santé » produit par M. Claude Castonguay à la demande du ministre de la santé et des services sociaux.

BIBLIOGRAPHIE

BAREIL, CÉLINE ET SAVARD, ANDRÉ, "Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel", HEC (2006).

BÉLANGER-MARTIN, LUC (2007)« La gestion de rencontre. Les habiletés fondamentales de management ».

BOILEAU, LUC, «La responsabilité populationnelle Un retour vers le futur», *ORILL*, 3 juin (2005).

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ, « Importance du renouvellement des soins de santé », *Leçon du diabète Mars* (2007).

GOSFIELD, ALICE G. AND REINERTSEN, JAMES L., "The 100,000 Lives Campaign: Crystallizing Standards of Care for Hospitals", «*Project HOPE – The People Health Foundation, Inc.* (November/December 2005): 1560-1570.

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, «Strategies to reduce Emergency Department Overcrowding»

LÉONARD AUCOIN, PRISME INFO., «La gestion des maladies chroniques ou comment améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des malades tout en sauvant des sous» Mars (2005).

MORGAN, MATTHEW W., ZAMARA, NICHOLAS E., HINDMARSH, MICHAEL F.« An Inconvenient Truth : A Sustainable Healthcare System Requires Chronic Disease Prevention and Management Transformation.»

NHS/KAISER PERMANENT PROGRAM, Developing Integrated Care in the NHS: Adopting Lessons from Kaiser.

RONDEAU, ALAIN, PH.D., «Le financement du système de santé: un commentaire inspiré d'une expérience d'amélioration "organique" d'un CSSS». Centre d'études en transformation des organisations, HEC Montréal.

SENGE, PETER M., KAEUFER, KATRIN H., «Creating change»

SHORTELL, STEPHEN M., GILLIER, ROBIN R., ANDERSON, DAVID A., ERICKSON MARGAN, KAREN, MITCHEL,JOHN B., «Remaking Healthcare in America. The Evolution of Organized Delivery Systems» (2000).

UNIVERSITY OF BIRMINGHAM – The Health Services Management Center, «Transforming Chronic Care: Evidence About Improving Care for People with Chronic Condition». January (2005)

WEISS, MARIANNE E., «Case Management as a Tool for Clinical Integration», *Advanced Practice Nursing Quarterly* 4, no. 1, Summer (1998).

RÉFÉRENCES (DOCUMENTS INTERNES NON PUBLIÉS)

- 1- « Déployer une organisation des soins par programme. À la recherche d'une identité collective à travers le mouvement. Alain Rondeau , Ph.D., professeur titulaire et directeur, Centre d'études en transformation des organisations, HEC-Montréal.
- 2- « Des pratiques novatrices pour une gestion intégrée de la maladie chronique ». France Laframboise, CSSS des Sommets et Jean Mireault, Mediamed Technologies, 29 novembre 2007, Congrès annuel du CSSS des Sommets.
- 3- « Le déploiement du CSSS des Sommets » Partie A. «La réforme d'un système complexe», Partie B. «Une fondation à l'aide du système public de santé». Cas produits par Audrey Bouchard, étudiante à la M.Sc., sous la supervision du professeur Alain Rondeau, Centre d'études en transformation des organisations, HEC Montréal.
- 4- « Le déploiement de la gestion par programme au CSSS des Sommets – Contexte et enjeux. » Alain Rondeau, Ph.D., M.Sc., directeur et Luc Bélanger-Martin, M.Sc., responsable de projet, Centre d'études en transformation des organisations, HEC Montréal. (présentation à l'intention des équipes de cogestion des programmes, 4 juin 2007)
- 5- « Donner du sens comme gestionnaire à la mise en place d'un CSSS. » Alain Rondeau, Ph.D., professeur titulaire et directeur, Centre d'études en transformation des organisations, HEC Montréal. (présentation à l'équipe de gestionnaires du CSSS des Sommets, 2 juin 2006)
- 6- « La mobilisation des équipes de soins et de services autour du projet Défi chronicité. » Luc Bélanger-Martin, M.Sc., Audrey Bouchard, M.Sc., Alain Rondeau, Ph.D., Centre d'études en transformation des organisations, HEC Montréal. (présentations faites à l'équipe de direction du CSSS des Sommets, 18 juillet 2006 et 6 juin 2007)
- 7- Bilan groupe de codéveloppement, CSSS des Sommets. Novembre 2006. Luc Bélanger-Martin, M.Sc., Alain Rondeau, Ph.D.