



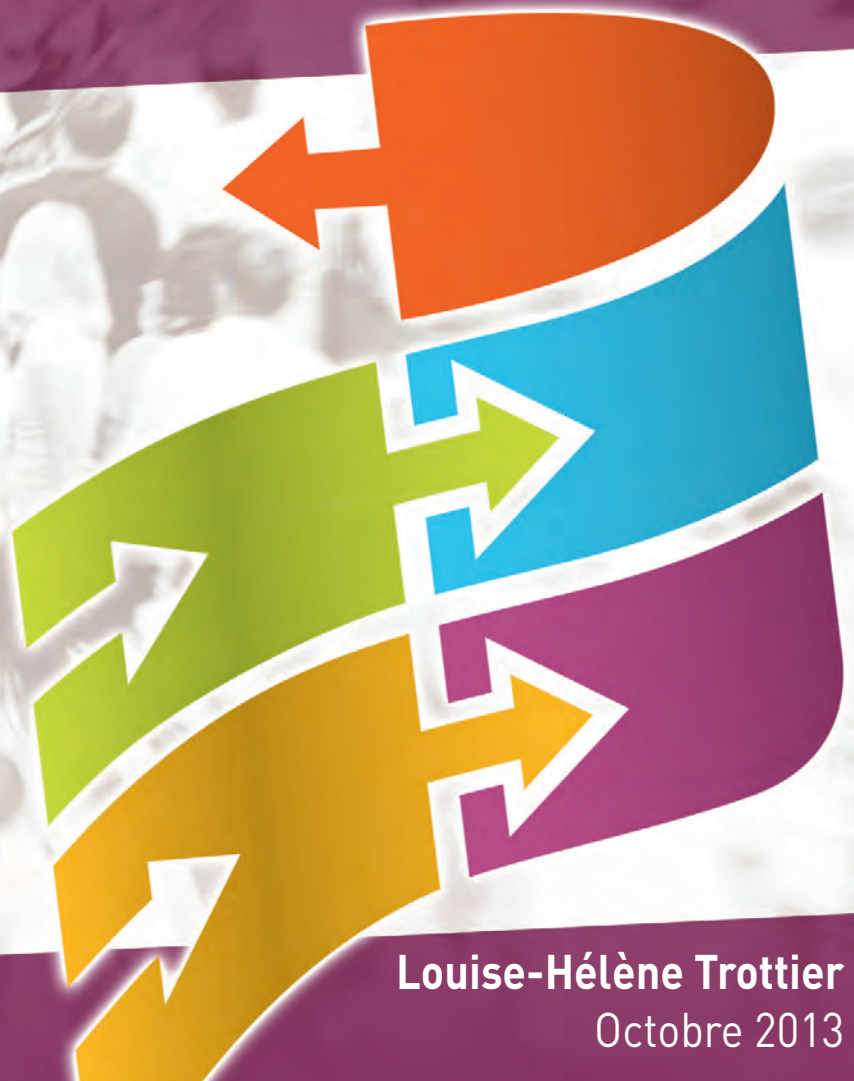
IPCDC

Initiative sur le partage des connaissances
et le développement des compétences

Pour relever le défi de la responsabilité populationnelle

LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE : DES CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS À GÉRER EN RÉSEAU

Un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle



Louise-Hélène Trottier
Octobre 2013

COLLABORATIONS

Jean-Louis Denis, ÉNAP

LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE IPCDC :

Gylaine Boucher
Anne Chamberland
Julie Gervais
Salomon Tchameni Ngamo
Jean Rochon
Jean Tremblay

LES MEMBRES DU BUREAU DE DIRECTION DE L'IPCDC :

Les membres du Bureau de direction de l'IPCDC ont pris connaissance et commenté une version préliminaire du présent document. Ces membres sont :

Johanne Archambault
Représentante de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services

Gilles Le Beau
Représentant de la Direction générale du personnel réseau et ministériel au
Ministère de la santé et des services sociaux

Lyne Jobin
Représentante de la Direction générale de la santé publique au
Ministère de la santé et des services sociaux

Michèle Pelletier
Représentante de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

Denis A. Roy
Représentant de l'Institut national de santé publique du Québec

Jocelyne Sauvé
représentante des directions régionales de santé publique des
Agences de la santé et des services sociaux

MISE EN PAGES

Samia Abdelbaki, technicienne administrative
Institut national de santé publique du Québec

RÉVISION OCTOBRE 2013

Yves Cossette, CSSS de l'Énergie

La réalisation du Guide de gestion du changement a été rendue possible grâce au soutien financier de la direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'IPCDC:
<http://www.ipcdc.qc.ca>.*

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document.

*Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante :
<http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.*

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

©Gouvernement du Québec (2013)



À nos partenaires,

L'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences pour relever le défi de la responsabilité populationnelle (IPCDC) a vu le jour en 2005. L'IPCDC est un consortium de partenaires formé du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); des agences de santé et services sociaux (ASSS), représentées par un président directeur général, un directeur de santé publique, un directeur des ressources humaines et un directeur des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels; de l'Institut national de santé publique (INSPQ); de l'Association québécoise des établissements de santé et services sociaux (AQESSS); d'universitaires; et de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services (OQRLS). De plus, depuis 2012, le consortium travaille en collaboration avec la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS).

Dans le cadre de ses actions, l'IPCDC a développé un guide d'appui à la gestion du changement en vue de favoriser l'exercice de la responsabilité populationnelle sur les territoires des centres de santé et de services sociaux du Québec. La réalisation du mandat de responsabilité populationnelle nécessite de nombreux changements, tant sur le plan de l'organisation, des pratiques que sur le plan du travail en réseau. Le présent guide de gestion du changement vise à appuyer cet effort de transformation et à soutenir les actions des organisations et des acteurs visant l'amélioration de la santé et du bien-être sur leur territoire.

Le document est constitué de trois grandes sections organisées comme suit:

- 1) une présentation de la responsabilité populationnelle et des défis de gestion qui lui sont associés;
- 2) une révision des principaux travaux concernant la gestion du changement dans les organisations afin de cerner les approches les plus prometteuses permettant de faciliter l'implantation de la responsabilité populationnelle;
- 3) une proposition de méthode de gestion du changement visant à mobiliser les acteurs et à faciliter la réalisation de projets permettant de consolider l'exercice de la responsabilité populationnelle sur les territoires locaux.

Cette méthode et les principaux enseignements qui la sous-tendent sont résumés à la section 3.4 du document.

Au sein de votre organisation et de votre réseau de partenaires, ce guide peut être utilisé de différentes manières. Il peut servir à engager une discussion avec votre conseil d'administration, votre équipe de direction, ou votre conseil des partenaires, sur les défis rencontrés lors de l'exercice de la responsabilité populationnelle. Il peut vous aider à poser un diagnostic collectif sur les capacités de changement et de leadership de votre organisation et de votre réseau. Il peut aussi soutenir le développement d'une stratégie opérationnelle permettant d'introduire des projets de changements en faveur de la responsabilité populationnelle.

L'équipe IPCDC se tient à votre disposition pour vous présenter ce guide, répondre à vos questions et pour vous soutenir dans le développement de stratégies propices à l'implantation de la responsabilité populationnelle dans votre milieu.

Un chaleureux remerciement à toutes les personnes qui, par leurs commentaires et leurs réflexions, ont facilité la rédaction de ce guide.

Denis A. Roy
Vice-président, Affaires scientifiques, INSPQ
Président du Bureau de direction de l'IPCDC

Jean-Louis Denis
Professeur titulaire, ÉNAP
Titulaire de la Chaire du Canada GETOSS
Membre du Bureau de direction de l'IPCDC

RÉSUMÉ

Les changements que requiert l'exercice de la responsabilité populationnelle au sein des CSSS et de leur réseau local de services sont importants. Ils demandent l'adoption de nouvelles valeurs et le déploiement d'activités et de pratiques réalisées en réseau et orientées sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population du territoire. Le présent document vise à soutenir les CSSS dans cette réorganisation significative de leurs activités. Pour ce faire, il présente les principales assises conceptuelles dont s'inspire la gestion du changement, puis il propose une méthode simple et informée pour gérer le changement en faveur de la responsabilité populationnelle.

La première section du document présente **la responsabilité populationnelle** comme étant l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire, en :

- rendant accessible des services pertinents et coordonnés qui répondent de manière optimale aussi bien aux besoins exprimés que non exprimés;
- assurant l'accompagnement et le soutien requis;
- agissant en amont sur les déterminants de la santé;
- s'appropriant les données sociosanitaires;
- collaborant avec les organisations publiques et communautaires de divers secteurs, ainsi qu'avec les établissements privés et les partenaires socioéconomiques locaux et régionaux.

La deuxième section porte sur les aspects théoriques de la gestion du changement. On y aborde :

- Les **types de leadership** nécessaires à la réalisation de la responsabilité populationnelle (section 2.1) : le leadership d'intendance visant à protéger le bien commun, le leadership d'entrepreneur ou transformationnel visant à faciliter les changements de pratique, le leadership collectif visant à soutenir le travail en réseau.
- La **nature des changements** à introduire pour exercer la responsabilité populationnelle, soit les changements de culture, de fonctionnement et ceux concernant la gestion des connaissances (section 2.2).
- Les différentes **attitudes organisationnelles possibles face au changement**, soit s'adapter, innover ou maintenir le statu quo (section 2.3).
- Les **approches théoriques en gestion du changement** (section 2.4) : l'approche délibérée, l'approche par un leader visionnaire, l'approche émergente, et l'approche par processus de traduction.
- Cinq **lieux de passage** (section 2.5) fréquemment identifiés en gestion du changement : les chocs perturbateurs, les petits succès, le rythme du changement, le partage des intentions et l'appropriation du changement.
- Les **modèles de vitalité organisationnelle** : l'enclavement, le clonage, le déracinement et l'enracinement (section 2.6).

Cette section se termine sur les **principaux constats qui se dégagent de la recension des écrits** sur la gestion du changement (section 2.7).

La troisième section propose **une méthode pour introduire, gérer et pérenniser le changement** en faveur de la responsabilité populationnelle. Cette méthode :

- Combine trois approches de gestion du changement : l'approche délibérée, l'approche émergente et l'approche par processus de traduction. Cet amalgame d'approches permet de miser sur la vision stratégique, l'apprentissage organisationnel, la planification formelle, le dialogue et l'écoute, et sur l'engagement des cadres intermédiaires dans la réalisation du changement.
- Opte pour quatre lieux de passage : les petits succès, le rythme soutenu, le partage des intentions et l'appropriation du changement.
- Repose sur **deux modèles de vitalité** organisationnelle : le clonage et l'enracinement.
- Suggère d'introduire le changement à partir d'un **portefeuille de projets**. Cette façon de faire a de nombreux avantages, dont ceux d'engager le changement dans différentes priorités de santé et de bien-être, de maintenir un rythme de changement soutenu, d'atteindre des résultats à court terme, de mobiliser les partenaires en fonction de secteurs circonscrits, de diminuer la complexité de la gestion du changement, de cibler les apprentissages requis et de faciliter l'évaluation en cours de projet.

La méthode de gestion du changement que nous proposons a trois composantes.

- Le **moteur du changement**, c.-à-d. **ses aspects stratégiques** : contexte, vision, collaboration, communication, apprentissage et alignement.
- Les **pilliers du changement**, c.-à-d. la gestion de projets, ses structures, ses acteurs et le leadership.
- Les **conditions de succès et de consolidation**, c.-à-d. l'évaluation et la pérennisation.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	VIII
INTRODUCTION	1
1 LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE : UN DÉFI DE GESTION POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DE LA POPULATION	5
2 LES ASPECTS THÉORIQUES DE LA GESTION DU CHANGEMENT	9
2.1 Le leadership et l'exercice de la responsabilité populationnelle	9
2.2 La nature des changements que nécessite la responsabilité populationnelle	11
2.3 Les attitudes organisationnelles face au changement.....	12
2.4 Les approches théoriques en gestion du changement.....	15
2.4.1 L'approche délibérée.....	15
2.4.2 L'approche par un leader visionnaire.....	17
2.4.3 L'approche émergente	17
2.4.4 L'approche par processus de traduction.....	20
2.4.5 En résumé : les différences entre les approches de gestion du changement	22
2.5 Les lieux de passage.....	22
2.5.1 Les chocs perturbateurs.....	23
2.5.2 Les petits succès.....	24
2.5.3 Un rythme soutenu.....	24
2.5.4 Le partage des intentions	25
2.5.5 L'appropriation du changement : les mécanismes de participation et de négociation.....	25
2.6 Les modèles de vitalité organisationnelle	27
2.7 Les constats qui se dégagent de la recension des écrits sur la gestion du changement	31
3 UNE MÉTHODE DE GESTION DU CHANGEMENT ASSOCIÉE À L'EXERCICE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE.....	35
3.1 Le moteur du changement : les aspects stratégiques (Rouge)	38
3.1.1 Comprendre le contexte	39
3.1.2 Formuler la vision	42
3.1.3 Construire et maintenir le contexte de collaboration	45
3.1.4 Communiquer : informer, écouter, dialoguer	46
3.1.5 Apprentissage et pratiques réflexives.....	47
3.1.6 Alignement des composantes organisationnelles et de réseau	48
3.2 Les piliers du changement : la réalisation de projets (Bleu)	49
3.2.1 La structure : les équipes de gestion du changement.....	49
3.2.2 Les acteurs et le leadership.....	53
3.2.3 La gestion de projets.....	55
3.3 Les conditions de succès et de consolidation du changement (Orange).....	61
3.3.1 L'évaluation	62
3.3.2 La pérennisation.....	65
3.4 Les principales étapes de la méthode et ses messages fondamentaux.....	70

3.4.1	En un clin d'œil : les principales étapes de la méthode de gestion du changement.....	70
3.4.2	Les messages fondamentaux du guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle	72
CONCLUSION	75
RÉFÉRENCES	77

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Trois attitudes différentes face au changement.....	13
Tableau 2	Les pôles de la tension innovante.....	21
Tableau 3	Les modèles de vitalité organisationnelle.....	27
Tableau 4	Les modèles de vitalité organisationnelle et leurs affinités avec les lieux de passage, les théories en gestion du changement et les attitudes.....	31
Tableau 5	Les principales forces des théories en gestion du changement que permet de combiner notre méthode.....	36
Tableau 6	Les dimensions à partir desquelles le contexte de collaboration doit être cerné.....	40
Tableau 7	Niveaux d'engagement possibles des acteurs dans un projet de changement.....	41
Tableau 8	Le degré d'ouverture d'un secteur au changement.....	42
Tableau 9	Éléments de réflexion pour formuler la vision.....	44
Tableau 10	Les équipes de gestion du changement.....	51
Tableau 11	Les acteurs du changement et les équipes auxquelles ils sont rattachés.....	54
Tableau 12	Les critères pour déterminer une priorité d'action ou une priorité stratégique.....	57
Tableau 13	L'objectif du projet formulé selon les critères SMART.....	58
Tableau 14	Exemples de questions, d'effets collatéraux et d'indicateurs permettant d'apprécier les trois composantes d'un projet de changement.....	64
Tableau 15	Les conditions favorables et défavorables à la transformation et à la pérennisation des pratiques.....	67

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Les composantes de la performance des systèmes de santé basés sur la responsabilité populationnelle.....	6
Figure 2	Les trois composantes de la méthode de gestion du changement.....	37
Figure 3	Le moteur du changement : les aspects stratégiques.....	38
Figure 4	Les piliers du changement.....	49
Figure 5	Les acteurs interpellés par les projets de responsabilité populationnelle.....	53
Figure 6	Les principales phases itératives et d'ajustement du processus de changement	60
Figure 7	Les conditions de succès et de consolidation du changement.....	62

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
IPCDC	Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OQRLS	Observatoire québécois des réseaux locaux de services
RLS	Réseau local de services

INTRODUCTION

Le système de santé et de services sociaux au Québec fait face, depuis quelque temps déjà, à des difficultés de fonctionnement qui sont associées :

- à la croissance de la demande de soins et de services due notamment au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques, et à la fréquence accrue des pathologies multiples;
- à la croissance de l'offre de services induite par l'explosion des connaissances, l'évolution des technologies et le développement de traitements complexes;
- aux contraintes en ressources financières et humaines.

Au fil des années, les instances gouvernementales ont réagi à ces pressions par différentes mesures visant à stimuler la performance et la qualité des services et à faciliter la coordination des interventions s'adressant aux clientèles vulnérables et à celles présentant de multiples pathologies. La création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) en 2004 est une pièce maîtresse de ces mesures. Les CSSS ont été institués à partir d'une fusion d'établissements aux missions différentes : services de première ligne, d'hébergement et hospitaliers. L'objectif de ce remaniement était de faciliter le développement d'un nouveau modèle d'organisation des services basé sur la hiérarchisation des services, c.-à-d. sur l'utilisation des bonnes ressources au bon moment, et sur le développement de continuums d'interventions, en vue d'offrir une gamme de services coordonnés, permettant de prévenir les maladies, de guérir et de soutenir les personnes, tout en améliorant leur expérience de soins. Les CSSS ont également été dotés d'un mandat de responsabilité populationnelle et de coordination du réseau local de services qui leur demande de travailler sur les déterminants de la santé en collaboration avec leurs partenaires sectoriels et intersectoriels, afin de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population de leur territoire.

Pour appuyer les CSSS dans la réalisation de leur mandat de responsabilité populationnelle, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a développé ou encouragé le développement de différentes mesures et initiatives, dont :

- l'élaboration d'un cadre de référence pour les projets cliniques en 2004 (MSSS 2004a et 2004b);
- l'attribution aux agences de la santé et des services sociaux (ASSS) d'un rôle de facilitateur du développement et de la gestion des réseaux locaux de services, en vue de soutenir les CSSS dans la création d'une nouvelle dynamique de collaboration avec les partenaires du réseau local de services (RLS) (L.R.Q., chapitre S-4.2);
- un engagement favorable, à partir de 2006, à la consolidation de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC), dont la mission est de faciliter l'exercice de la responsabilité populationnelle au sein du système de santé et de services sociaux;
- le soutien, à partir de 2008, au développement de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services (OQRLS), dont la mission est de promouvoir des initiatives de collaboration pour soutenir les CSSS dans la mise en œuvre de leur RLS;

- l'introduction, en 2011, de la stratégie ministérielle de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle, dont l'objectif est de « favoriser la cohérence des orientations ministérielles et des mécanismes de gouverne, en appui à l'exercice de la responsabilité populationnelle » (MSSS 2011 : 10).

La fusion d'établissements à partir de laquelle les CSSS ont été créés fait de ces établissements locaux des organisations complexes, tant par leur taille, la diversité de leurs activités quotidiennes, l'hétérogénéité des besoins auxquels ils doivent répondre, que par la qualification et la variété des ressources humaines et technologiques avec lesquelles ils fonctionnent. **Les CSSS sont au cœur du processus de transformation visant à adapter le système de santé et de services sociaux à l'évolution des besoins, des connaissances et des technologies**, ainsi qu'aux ressources limitées avec lesquelles il fonctionne. Dans cette perspective, **une préoccupation centrale, que les CSSS doivent avoir, est l'amélioration de la qualité et de la pertinence des interventions qu'ils offrent et de celles qui sont réalisées sur leur territoire. Ainsi, les CSSS et leur RLS doivent s'ouvrir à la transformation régulière de leurs pratiques afin de se maintenir en adéquation avec l'évolution des besoins, des capacités d'action et des standards de qualité.** Les CSSS sont donc appelés à stimuler l'apprentissage et l'innovation au niveau local, tout en répondant aux directives systémiques qui balisent leurs interventions et leur performance.

Pour aider les CSSS dans la réalisation de leur mission de modernisation du système de santé et de services sociaux et pour seconder les agences et le MSSS dans leur soutien aux CSSS, **l'IPCDC a développé un guide de gestion du changement dont l'objectif est de proposer une méthode et différents outils favorisant l'introduction des changements nécessaires à l'exercice de la responsabilité populationnelle. De plus, le document présente différents aspects théoriques qui pourront alimenter la réflexion des gestionnaires afin qu'ils puissent ajuster cette méthode aux caractéristiques particulières de leur environnement.** Ces aspects théoriques portent notamment sur le leadership, les approches de gestion du changement et sur les modèles de vitalité organisationnelle. Ainsi, d'un côté, le guide identifie des éléments qui permettront aux gestionnaires et à leurs partenaires de faire les choix qu'ils jugeront appropriés à leur contexte pour multiplier les actions sur les déterminants de la santé et améliorer l'expérience de soins de leur population. Et, de l'autre côté, le guide propose une méthode et des outils pour introduire les changements nécessaires à l'exercice de la responsabilité populationnelle.

La méthode proposée repose évidemment sur des choix théoriques. Ces choix ont été privilégiés parce qu'ils nous semblent particulièrement adaptés au contexte général dans lequel les CSSS évoluent actuellement. Mais d'un territoire local à l'autre, cette méthode a probablement besoin d'ajustements pour être le mieux adaptée possible à la culture organisationnelle et territoriale, ainsi qu'aux opportunités qui s'y présentent.

Le document est constitué de trois grandes sections. La première énonce la responsabilité populationnelle et les défis de gestion qui s'y rattachent. La deuxième présente différents aspects théoriques de la gestion du changement associés à la responsabilité populationnelle. La troisième expose la méthode que nous proposons et les outils que nous suggérons pour gérer le changement en faveur de la responsabilité populationnelle au sein des CSSS et de

leur RLS. Cette troisième section se termine par une présentation succincte des étapes de la méthode et des principaux messages du guide.

Le document s'adresse aux gestionnaires des CSSS et des agences, ainsi qu'aux responsables et aux partenaires locaux, régionaux et nationaux qui sont engagés dans la planification ou la réalisation de projets de changement en faveur de la responsabilité populationnelle au niveau local. Il se veut un outil permettant de faciliter la consolidation de l'exercice de la responsabilité populationnelle au sein du système de santé et de services sociaux et, par le fait même, pour faciliter la réalisation de la stratégie ministérielle dans ce domaine.

1 LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE : UN DÉFI DE GESTION POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DE LA POPULATION

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la responsabilité populationnelle est un concept relativement nouveau. Depuis sa création, le consortium IPCDC cherche à consolider et à diffuser une compréhension de la responsabilité populationnelle qui découle des textes de loi, des analyses en santé des populations et des documents ministériels. La compréhension de la responsabilité populationnelle à partir de laquelle travaille actuellement l'IPCDC est la suivante.

La responsabilité populationnelle implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné, en :

- rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents et coordonnés, qui répond de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- agissant en amont sur les déterminants de la santé.

Cet exercice requiert une collaboration entre les organisations publiques et communautaires des divers secteurs, les établissements privés de santé et les partenaires socioéconomiques agissant sur le territoire local et régional. Ensemble, ces acteurs mettent à profit leurs leviers et leurs compétences au bénéfice de la population et assument collectivement leur responsabilité. Le CSSS a pour rôle de susciter, d'animer et de soutenir ces collaborations sur son territoire.

L'exercice de la responsabilité populationnelle implique pour les acteurs des réseaux locaux de services (RLS) de :

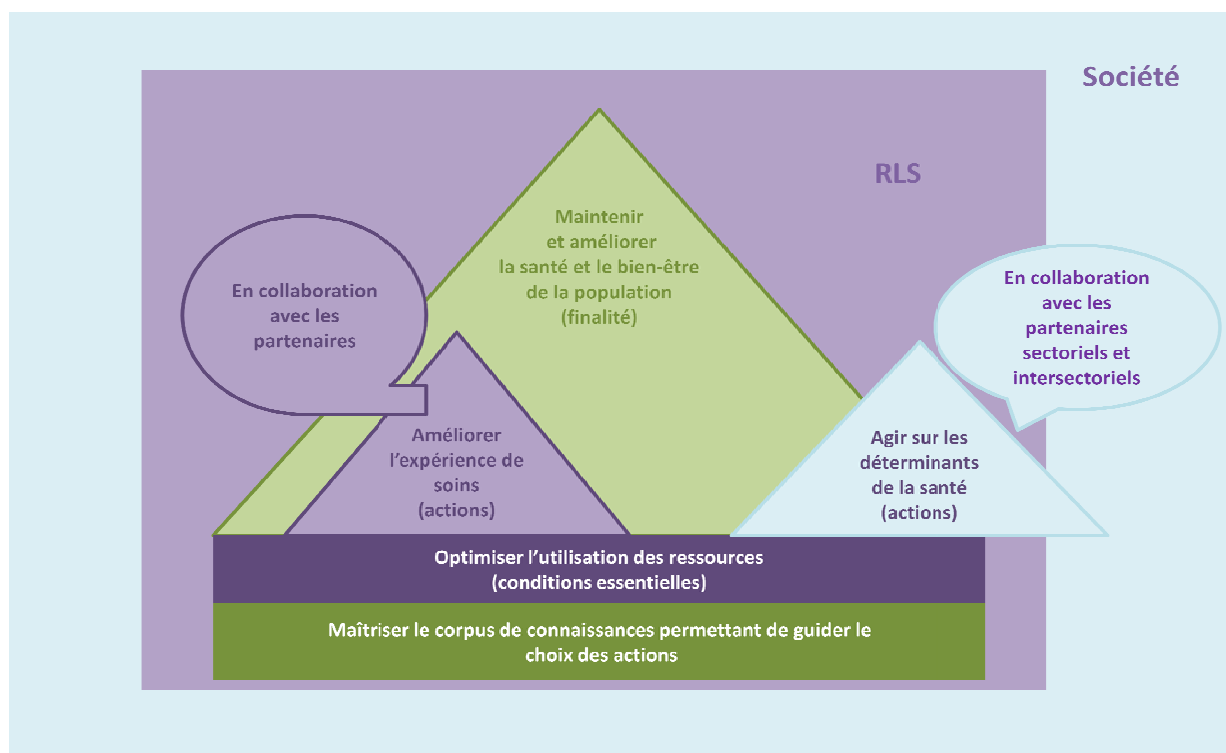
- s'approprier les données sociosanitaires et d'en dégager une vision commune de la réalité territoriale;
- définir, par des démarches participatives avec la population, les partenaires du réseau sociosanitaire et ceux des autres secteurs d'activité, une offre de services intégrés et de qualité, qui répond aux besoins de la population locale;
- renforcer l'action sur les déterminants de la santé, de manière à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population locale;
- assurer le suivi et l'amélioration continue, dans une perspective de plus grande imputabilité. (MSSS 2011; IPCDC 2013)

L'action sur les déterminants de la santé n'est pas une responsabilité exclusive du système de santé, mais une responsabilité qu'il partage avec tous les autres secteurs socio-économiques de la société (secteurs municipal, de l'emploi, de l'éducation, de l'économie, etc.). Ainsi, comparativement à la mission traditionnelle des établissements de santé et de services sociaux, la responsabilité populationnelle met l'accent sur deux aspects novateurs : l'action sur les déterminants de la santé et la collaboration sectorielle et intersectorielle avec un ensemble d'acteurs et d'organisations actifs sur le territoire local.

La figure 1 propose une représentation graphique des composantes de la performance des systèmes de santé basés sur la responsabilité populationnelle. Ces composantes sont :

- leur finalité : maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population;
- leurs axes d'action : améliorer l'expérience de soins et agir sur les déterminants de la santé en collaboration avec les acteurs sectoriels et intersectoriels;
- leurs conditions de réussite : optimiser l'utilisation des ressources et maîtriser un corpus de connaissances¹ permettant de guider le choix des actions et des interventions sur l'ensemble du continuum de services.

Figure 1 Les composantes de la performance des systèmes de santé basés sur la responsabilité populationnelle



L-H Trottier 2013

Le mandat de responsabilité populationnelle conduit donc les CSSS à **agir en collaboration avec de nombreux acteurs** de leur territoire, de leur région et de l'extérieur de leur région, puisque ce mandat leur demande de :

- mettre en place des continums de services élargis pour assurer une meilleure expérience de soins à leurs clientèles;

¹ Un tel corpus de connaissances comprend les informations sur : les besoins de la population du territoire, les ressources localement disponibles, l'utilisation des services, les interventions existantes, les domaines d'action qui accusent d'importantes lacunes, les savoirs probants, et les savoir-faire éprouvés qui permettent de recourir aux meilleures pratiques connues.

- développer ou consolider leurs réseaux de partenaires sectoriels et intersectoriels afin d'agir sur les déterminants de la santé;
- orchestrer les tensions entre les différentes missions pour contribuer à la performance globale du système;
- trouver un équilibre entre la logique descendante de mise en œuvre des politiques publiques et la logique ascendante de renouvellement de l'action.

Les CSSS font face à des défis de gestion significatifs qui exigent notamment de leurs gestionnaires : 1) des habiletés d'influence leur permettant, d'une part, de travailler en réseau au sein de leur territoire et, d'autre part, d'alimenter les instances hiérarchiques supérieures en vue de rapprocher l'action publique des enjeux locaux et des potentialités territoriales (Trottier 2010); 2) des habiletés dans la gestion du changement afin d'initier et de soutenir les transformations organisationnelles qui permettent d'adapter les services aux besoins, d'optimiser l'expérience de soins et d'agir sur les déterminants de la santé.

2 LES ASPECTS THÉORIQUES DE LA GESTION DU CHANGEMENT

Cette section présente les fondements théoriques à partir desquels a été construite la méthode de gestion du changement que nous proposons. On y discute du leadership, de la nature des changements, des attitudes organisationnelles face au changement, des approches théoriques en gestion du changement, des lieux de passage et des modèles auxquels recourent les organisations pour assurer leur vitalité. La section se termine sur les principaux constats qui se dégagent de la recension des écrits.

2.1 LE LEADERSHIP ET L'EXERCICE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

L'exercice du leadership au sein des CSSS s'inscrit dans une dynamique qui nécessite de développer un leadership qui permette à la fois de protéger le bien commun, de transformer les pratiques et de travailler en réseau. Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons trois types de leadership qui permettent aux gestionnaires de composer avec cette triple dynamique et de soutenir l'exercice de la responsabilité populationnelle.

Protéger le bien commun. Les CSSS sont un maillon du système public de santé et de services sociaux. Au niveau local, les dirigeants des CSSS jouent un rôle névralgique de gardien des valeurs de ce système et du bien public qu'il représente. À l'intérieur de ces paramètres, c'est l'obéissance à l'autorité hiérarchique, c.-à-d. aux normes, règles et politiques émises par les représentants élus démocratiquement pour servir les intérêts collectifs, qui est la source de légitimité des dirigeants des établissements. Pris sous cet angle, le leadership que les dirigeants des CSSS doivent déployer correspond au **leadership d'intendance**. Ceci implique qu'ils doivent mobiliser leur organisation et le réseau local de services de manière à ce que leurs actions et leurs décisions soient cohérentes avec les directives et les orientations provenant de l'autorité gouvernementale. Dans la mesure où les politiques gouvernementales travaillent en faveur du bien commun et qu'elles sont conséquentes avec cette orientation, la concordance locale et régionale avec les décisions ministérielles et gouvernementales est un gage de cohérence du système de santé et de services sociaux et de sa capacité à agir en fonction du bien commun (Saltman et Ferroussier-Davis 2000; Denis, Langley et Rouleau 2007).

Transformer les pratiques. D'un autre côté, les CSSS sont des organisations qui ont à introduire de nombreux changements. Ces changements visent notamment à :

- développer une culture de qualité;
- passer à un modèle d'interventions transversales et coordonnées centré sur la santé des personnes et des collectivités;
- contrôler les coûts;
- introduire les nouvelles pratiques et technologies;
- écarter les pratiques et technologies qui sont obsolètes;
- consolider les services ambulatoires;

- implanter et gérer les continuums de services;
- participer à des réseaux pour agir sur les déterminants de la santé, etc.

Pour réussir ces changements, les dirigeants des CSSS doivent amener leur établissement à travailler en complicité avec leur environnement immédiat. Ceci leur demande notamment d'ajuster les interventions de leur organisation et de leur RLS en fonction du profil de santé et de bien-être de la population de leur territoire. La réalisation des transformations auxquelles les dirigeants des CSSS sont conviés requiert d'être attentif aux besoins particuliers de leur territoire et aux préférences des acteurs locaux dans les moyens à privilégier. Cette responsabilité des dirigeants des CSSS devrait les inciter à déployer un **leadership d'entrepreneur ou transformationnel** (Tremblay *et al.* 2005; Denis, Langley et Rouleau 2007). En effet, ce type de leadership leur permettra de saisir les opportunités qu'ils rencontrent et facilitera le développement de pratiques innovantes adaptées aux besoins de la population de leur territoire, qui agissent sur les déterminants de la santé et qui permettent une utilisation judicieuse des ressources locales. Le leadership d'entrepreneur demande aux dirigeants des CSSS de développer des relations de confiance et d'influence avec leurs collaborateurs internes et externes, ce qui ne correspond pas au modèle traditionnel d'autorité hiérarchique et de contrôle dans lequel fonctionne le système de santé et de services sociaux (Borins 2002; Guo 2009).

Travailler en réseau. Pour répondre à leur mandat de responsabilité populationnelle et agir sur les déterminants de la santé, les CSSS doivent développer des actions avec de nombreux partenaires sectoriels et intersectoriels, avec lesquels ils ne sont généralement pas en relation d'autorité. Pour agir sur les déterminants de la santé, les dirigeants des CSSS, de même que bon nombre de leurs gestionnaires et autres employés, doivent développer un fonctionnement en réseau avec leurs collaborateurs. L'implantation d'interventions communes dans le contexte des réseaux peut-être facilitée par le développement d'un **leadership collectif** qui permet de mettre à contribution les capacités d'influence de plusieurs acteurs provenant d'horizons différents (Denis, Lamothe et Langley 2001). Le leadership collectif se construit par le partage d'information, la construction de sens et la prise de décisions collectives, ce qui permet de développer l'engagement en faveur des projets communs et la confiance mutuelle nécessaire pour les réaliser (Luc 2010; Friedrich *et al.* 2011). Ce type de leadership multiplie les capacités d'influence à tous les échelons de l'organisation et à l'intérieur des secteurs dans lesquels évoluent les partenaires du réseau (Crosby et Bryson 2005 et 2010). Au sein des réseaux de partenaires, le leadership collectif permet de composer avec le caractère diffus du pouvoir et de l'autorité, alors qu'à l'intérieur du système de santé et de services sociaux, il facilite la mobilisation des expertises et des pratiques nécessaires au changement.

Pour pouvoir exercer la responsabilité populationnelle les CSSS doivent recourir à trois types de leadership qui ne visent pas les mêmes finalités.

1. **Le leadership d'intendance** permet aux dirigeants des CSSS de rallier leur organisation et leur réseau local de services en faveur du bien commun, tel qu'il est mis de l'avant et soutenu par les instances gouvernementales.

2. **Le leadership d'entrepreneur ou transformationnel** amène les dirigeants des CSSS à s'appuyer sur les ressources de leur environnement territorial pour accroître la capacité d'innovation, d'adaptation et de transformation de leur organisation et du réseau local de services en fonction des caractéristiques de leur territoire.
3. **Le leadership collectif** donne aux dirigeants des CSSS plus d'emprise pour mobiliser les ressources et les capacités d'influence de l'ensemble des membres de leur organisation et des partenaires de leur territoire en faveur des projets de responsabilité populationnelle qu'ils développent avec eux.

En général, la capacité d'exercer ces trois types de leadership n'est pas l'apanage d'une seule personne, mais le fait d'une équipe ayant des compétences complémentaires. Afin d'être en mesure de profiter des habiletés présentes dans leur environnement et d'intégrer des personnes dont le type de leadership pourrait venir combler certaines lacunes, il est important que les dirigeants des CSSS connaissent leurs forces personnelles au regard de ces trois types de leadership, celles des membres de leur équipe, ainsi que les forces des membres influents au sein de leur réseau de partenaires.

2.2 LA NATURE DES CHANGEMENTS QUE NÉCESSITE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Les changements requis par l'introduction de la responsabilité populationnelle peuvent être regroupés en trois grandes catégories : a) **les changements de culture** b) **les changements de fonctionnement** et c) **les changements dans la gestion des connaissances**.

Les changements de culture recourent les valeurs, la nature des activités et les arrangements structuraux (Halfi, Séguin et Toulouse 2002). Dans cette catégorie, les changements qu'exige l'exercice de la responsabilité populationnelle sont de quatre ordres :

1. programmer les activités en fonction de l'ensemble des besoins de la population et ne pas uniquement répondre aux besoins exprimés (la demande de services);
2. agir sur les déterminants de la santé et ne pas seulement soigner ou réagir aux problèmes aigus ou chroniques;
3. travailler transversalement, par opposition au travail en silo;
4. mettre en place des réseaux de partenaires sectoriels et intersectoriels.

Pour leur part, les changements de fonctionnement concernent les pratiques, l'organisation du travail, les processus et comportements de travail, ainsi que les rôles et responsabilités (Halfi, Séguin et Toulouse 2002). Les changements de fonctionnement associés à la responsabilité populationnelle conduisent à :

1. consolider le travail multidisciplinaire au sein des continuums de services;
2. introduire de nouveaux rôles au sein des équipes de gestion et des équipes de travail (responsables – chargés ou chefs – de projet, mandants de projet, gestionnaires de cas, infirmières cliniciennes, etc.);

3. adopter des pratiques de gestion plus participatives, tant à l'interne de l'organisation avec les professionnels et les employés, qu'à l'externe avec les partenaires sectoriels et intersectoriels;
4. assurer une meilleure fluidité de l'information au sein des équipes de travail pour coordonner les services, les activités et la réponse aux besoins.

De plus, pour être en mesure de répondre à leur mandat de responsabilité populationnelle, les CSSS doivent détenir et apprendre à utiliser les informations et les connaissances sur l'état de santé de leur population, sur l'utilisation des services, sur les ressources auxquelles la population a accès et sur les changements de pratique à réaliser pour améliorer la qualité et l'accès aux interventions (Roy, Litvak et Paccaud 2010). Ils doivent également instaurer des mécanismes de concertation fonctionnels qui leur permettront d'échanger diverses connaissances, préoccupations et intentions avec leurs partenaires, et qui faciliteront les processus de décision, la coordination des actions, et l'ajustement des rôles et des contributions de chacun.

En somme, **les changements** que les CSSS et leur réseau local de services doivent introduire **pour mieux répondre à leur mandat de responsabilité populationnelle nécessitent des transformations dans les valeurs, dans les pratiques, dans les structures**, dans les idées, dans **la compréhension des besoins** auxquels ils doivent répondre, dans **la façon d'y répondre**, ainsi que dans **leurs habitudes d'utilisation et de partage des connaissances et des ressources**. En fait, plusieurs de ces changements touchent à la culture organisationnelle. De tels changements sont longs à réaliser (Mintzberg et Westley 1992; Charbonneau 2009) et peuvent être qualifiés de fondamentaux, c.-à-d. porteur d'une rupture avec la situation établie (Miller, Greenwood et Hinings 2002). Les apprentissages requis pour réaliser et pérenniser de tels changements sont généralement importants et significatifs (Halfi, Séguin et Toulouse 2002).

2.3 LES ATTITUDES ORGANISATIONNELLES FACE AU CHANGEMENT

Les organisations du secteur de la santé et des services sociaux sont difficiles à transformer parce qu'elles sont solidement structurées et qu'elles sont intégrées dans une logique systémique et technique qui crée des effets d'inertie, maintient leur mode de fonctionnement et exerce des pressions normatives, qui proviennent autant de l'intérieur que de l'extérieur de l'organisation. Le changement est donc difficile à initier dans ce secteur, non seulement parce qu'il est déroutant, mais aussi parce que, malgré certains phénomènes qui poussent en faveur du renouvellement des pratiques, d'autres solidement ancrés offrent beaucoup de résistance et continuent de maintenir les organisations dans leur mode de fonctionnement traditionnel (Miller, Greenwood et Hinings 2002; Lacoumes 2005). Les analystes de la gestion du changement reconnaissent que dans une organisation, l'attitude dominante en regard du changement, est une force puissante qui peut faire pencher l'organisation soit en faveur du changement et de l'innovation, soit en faveur du statu quo.

Les écrits sur la gestion du changement font ressortir **trois attitudes différentes à l'égard du changement : s'adapter, innover, ou maintenir le statu quo** (Tableau 1). Dans le **modèle s'adapter**, la survie d'une organisation est assurée par son ajustement occasionnel aux turbulences de l'environnement. Le changement est vu comme sporadique et devient

alors nécessaire et urgent. Les tenants de cette approche mettent l'accent sur les risques associés au fait de ne pas adapter le fonctionnement organisationnel aux bouleversements qui transforment de façon significative le monde dans lequel évolue l'organisation. Selon cette compréhension, sans adaptation aux turbulences de l'environnement, l'organisation deviendra désuète et disparaîtra. Dans ce modèle, la survie de l'organisation (solution dans le tableau 1) tient dans l'introduction d'une transformation majeure, menée par un leader entrepreneur et charismatique qui est à l'affût des opportunités et animé d'une vision claire de la direction que doit prendre l'organisation. L'introduction de ce changement organisationnel est guidée par la conception d'un plan stratégique à long terme. Dans ce modèle, les connaissances et les données probantes jouent un rôle important dans la planification du changement. De plus, la gestion et l'introduction du changement sont habituellement réalisées par des équipes internes ayant des liens hiérarchiques formels et des rôles distincts (Kotter 1996).

Tableau 1 Trois attitudes différentes face au changement

Attitudes/ caractéristiques	S'adapter	Innovier	Maintenir le statu quo
Mécanisme de survie	L'ajustement aux turbulences	La réinvention continue	La stabilité et la continuité
Solution	<ul style="list-style-type: none"> - Transformation majeure - Leader entrepreneur - Vision - Gérer et contrôler le changement 	Créer une organisation souple où l'innovation peut être générée et adoptée facilement	Éviter de changer pour protéger la répartition des pouvoirs et la fonctionnalité organisationnelle
Rôle de l'information et des connaissances	Les connaissances doivent être utilisées pour planifier le changement	Le partage de connaissances est le moteur de l'innovation	Non perméable aux connaissances. Maintien des façons de faire, même lorsque prouvées désuètes
Structure de changement	Équipes internes avec liens hiérarchiques formels et rôles distincts	Structure aplatie facilite le dialogue et la prise de décision près des opérations	Recours à une personne externe à l'organisation

L-H Trottier 2013

Dans le **modèle innovier**, la survie d'une organisation est assurée par la réinvention continue des processus et des pratiques. Dans ce modèle, l'innovation est vue comme le moteur du fonctionnement de l'organisation, ce qui lui permet d'anticiper en continu les transformations environnementales. Ce modèle s'oppose à la rigidité organisationnelle qui est associée au fonctionnement hiérarchique et à son impact sur la faible capacité d'ajustement des entreprises. Selon cette conception, la solution tient dans la création d'une organisation souple où l'innovation peut facilement être générée et adoptée. Ce modèle repose sur le développement d'organisations apprenantes qui se réinventent constamment, qui remodelent leurs services, leurs produits, leurs processus et même leur culture afin d'évoluer en même temps que les nouvelles tendances et d'éviter ainsi de devenir obsolète. Dans ce modèle, le changement vient de la base de l'organisation où, idéalement, la pyramide hiérarchique est aplatie. Les intervenants, experts, travailleurs, professionnels et gestionnaires sont incités à devenir autodidactes, à se responsabiliser, à dialoguer et à partager les connaissances, de

sorte que le changement devienne la norme. Dans ce modèle, le rôle des gestionnaires est de rendre l'organisation organique et plus prompte à réagir, de faciliter la circulation des connaissances, et d'encourager la prise de décision près des opérations (Mintzberg et Waters 1985).

Dans le **modèle maintien du statu quo**, la survie d'une organisation est assurée par la stabilité organisationnelle qui, selon les tenants de ce modèle, permet aux organisations d'atteindre et de maintenir une configuration interne harmonieuse, de développer des compétences spécifiques, des processus de travail uniformes et des mécanismes de coordination fonctionnels. Les tenants de ce modèle de survie organisationnelle mettent l'accent sur les risques et les coûts associés au changement : perte de fiabilité et de prévisibilité de l'organisation, coût élevé des transformations, perte de partenaires importants, déstabilisation des compétences et des structures, départ de ressources humaines précieuses, etc. Dans ce modèle, le changement n'est pas vu comme salutaire, mais comme un événement perturbateur, coûteux et hasardeux. La solution est d'assurer la continuité du fonctionnement de l'organisation et de protéger la répartition des pouvoirs. En général, les organisations qui cherchent à maintenir le statu quo sont peu perméables à l'évolution des connaissances, et ont donc tendance à maintenir des façons de faire qui ne sont plus optimales. Lorsque les tenants du statu quo doivent introduire un changement, ils recourent habituellement à une personne ou un groupe externe à l'organisation, ce qui leur permet de maintenir le plus intact possible le prestige et l'ascendant des hauts dirigeants (Miller, Greenwood et Hinings 2002).

En somme, **l'idée derrière le modèle s'adapter est que les organisations se transforment dans des situations d'urgence** par le biais d'une série d'étapes bien planifiées qui conduisent à une transformation radicale. **L'idée derrière le modèle innover est qu'il est préférable d'évoluer continuellement** plutôt que d'avoir à introduire en urgence des changements radicaux. Enfin, **l'idée derrière le modèle maintien du statu quo est que, d'une part, les poussées soudaines en faveur du changement peuvent entraîner l'organisation trop loin**, trop vite et dans une mauvaise direction; **et que, d'autre part, l'innovation en continue empêche l'organisation de consolider des compétences névralgiques** et de stabiliser ses processus de travail. Pour les tenants du statu quo, l'innovation en continue, comme le changement radical, peuvent faire naître un chaos qui risque d'être destructeur pour l'organisation.

Une hypothèse forte qui sous-tend la méthode de gestion du changement que nous proposons est que ces trois types d'attitude face au changement se côtoient au sein d'une même organisation et de son réseau de partenaires. Ainsi, pour introduire un changement comme la responsabilité populationnelle, il faut tenir compte du fait que certains groupes auront un intérêt à s'ajuster au changement, d'autres un désir d'apprendre et d'innover en continu et d'autres encore un intérêt à maintenir intact le fonctionnement actuel, la répartition des pouvoirs, des ressources et des responsabilités.

2.4 LES APPROCHES THÉORIQUES EN GESTION DU CHANGEMENT

Comme nous l'avons vu, les changements que l'introduction de la responsabilité populationnelle requiert sont significatifs, nombreux et difficiles à réaliser et à consolider². Pour soutenir les CSSS et leurs partenaires dans la transformation de leurs pratiques en faveur de la responsabilité populationnelle, nous avons répertorié les principales analyses et théories en gestion du changement organisationnel. Pour présenter ces perspectives, il nous est apparu utile de les regrouper en quatre grandes catégories : **l'approche délibérée** (Kotter 1996), **l'approche par un leader visionnaire** (Mintzberg et Westley 1992), **l'approche émergente** (Mintzberg et Waters 1985) et **l'approche par processus de traduction** (Latour 1989; Burgelman 1991; Waldrop 1992; Nonaka 1994). Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons succinctement ces quatre approches.

2.4.1 L'approche délibérée

Dans **l'approche délibérée, le changement est programmé par les instances hiérarchiques supérieures** et justifié par une vision des améliorations qui s'imposent pour mieux répondre aux nouveaux impératifs de l'environnement³ (Kotter 1996; Demers 2002). Cette approche permet d'introduire un changement stratégique formel, issue des connaissances théoriques et des données probantes en vue de transformer les activités et les façons de faire de l'organisation. Dans ce modèle, les planificateurs prennent généralement pour acquis que le changement sera accueilli positivement par ceux qui auront à le réaliser (Mintzberg et Westley 1992). Or, les changements stratégiques délibérés ont tendance à entraîner des chocs perturbateurs au sein de l'organisation et de ses réseaux de partenaires, parce qu'ils sont conceptualisés en haut de la hiérarchie et généralement sans connaître les détails du fonctionnement quotidien des opérations (Langley et Denis 2008). De plus, comme la formulation d'un changement délibéré se fait généralement sans impliquer les personnes qui auront à l'implanter, ceci nécessite l'élaboration de procédures qui permettent d'encadrer l'implantation du changement par un plan de réalisation rigoureux et de suivre sa progression par des indicateurs de processus et de résultats.

L'approche par changement délibéré a trois grandes **forces**.

- **L'énoncé d'une vision de changement** est un outil indispensable pour maintenir le cap sur les objectifs fondamentaux que poursuit le changement (Rondeau 2002).
- L'introduction formelle de changements organisationnels permet d'**obtenir l'engagement et le soutien des instances hiérarchiques supérieures** de l'organisation et du territoire

² Rappelons que ces changements demandent aux CSSS de : 1) consolider leur connaissance des données sociosanitaires, des ressources disponibles, de l'utilisation des services, des pratiques exemplaires et des évidences scientifiques; 2) consolider la pertinence et la qualité des soins et des services; 3) agir sur les déterminants de la santé; 4) interagir avec leurs partenaires sectoriels et intersectoriels; 5) introduire de nouvelles pratiques d'intervention et de collaboration; 6) faciliter le développement de nouveaux rôles chez leurs gestionnaires et leurs professionnels; 7) accroître leur influence au sein du système de santé et des services sociaux.

³ Exemples d'impératifs qui nécessitent l'introduction de changements délibérés dans le système de santé et de services sociaux : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, accroissement de la demande de services, mauvaise ou absence de réponses à certains besoins, etc.

(comité de direction, conseil d'administration, conseil des partenaires, etc.), ce qui est un outil essentiel à la réussite des projets.

- **La planification formelle** sur laquelle repose l'implantation d'un changement délibéré permet d'identifier des résultats à atteindre et de se doter d'indicateurs de suivi qui fournissent des informations sensibles sur la progression du changement et qui guident ainsi les réalisateurs et les gestionnaires sur les ajustements à faire en cours de réalisation (IHI 2005; Lemire et Litvak 2011).

L'approche par changement délibéré a aussi des **faiblesses**, dont les principales sont les suivantes.

- La première faiblesse de cette approche est sa **capacité d'engendrer des résistances significatives au changement** (Bareil 2004). Ces résistances sont, pour les acteurs, une façon d'exprimer leur désaccord avec le changement envisagé. Elles manifestent leur incompréhension de ce qui justifie le changement, de l'intention qu'il poursuit, ou de la façon dont il sera implanté (O'Brien 2002). Si les résistances ne sont pas canalisées en faveur du changement, elles peuvent le faire dévier de façon significative ou même bloquer complètement sa réalisation.
- La deuxième faiblesse de l'approche délibérée est l'**absence de mécanisme qui permet de faciliter l'appropriation du changement** par les destinataires et de l'ajuster à la réalité des actions et des opérations (Boffo 2003). L'implantation d'un changement délibéré repose sur des processus formels qui doivent être réalisés avec rigueur. En général, cette façon de faire laisse peu d'espace aux adaptations en fonction des enjeux que soulève le changement pour les personnes qui ont à le réaliser et qui sont directement touchées par lui. Le peu de flexibilité d'implantation associé au changement délibéré est probablement une des causes majeures de ses échecs répétés. Plusieurs analystes qui se sont penchés sur le taux de réussite des projets de changement délibéré concluent que plus de la moitié de ces projets échouent et certains estiment même que ce taux d'échecs oscille entre 70% et 75% (Kotter 1996; Senge 1999; Sirkin, Keenan et Jackson 2005).
- La troisième difficulté associée à cette approche est **la rigueur d'implantation qu'elle nécessite**. Cette rigueur est calquée sur les procédures méthodologiques à partir desquelles les travaux de recherche sont réalisés, et qui sont garantes de la valeur scientifique de leurs résultats. La transposition de la méthodologie rigoureuse de recherche à la gestion du changement en milieu de pratique semble pour le moins difficile à réaliser. En fait, peu de changements délibérés ont été implantés avec toute la rigueur nécessaire (étapes précises d'implantation, réalisation séquentielle stricte, suivi systématique de son évolution à partir d'indicateurs spécifiques, etc.). Cette difficulté de transfert des méthodes d'expérimentation aux milieux de pratique est probablement aussi une cause des échecs répétés de cette approche du changement.
- La quatrième faiblesse de cette approche est qu'elle **ne capitalise pas sur les forces innovantes présentes** dans l'organisation ou le réseau : connaissances tacites, créativité, nouvelles idées, ressources particulières, nouvelles façons de faire, etc.

2.4.2 L'approche par un leader visionnaire

L'approche par un leader visionnaire (ou par un leader entrepreneur) est une approche délibérée mais informelle du changement organisationnel. Dans ce modèle, le changement est mené par une personne charismatique (il s'agit généralement du directeur général). Cette personne met de l'avant une conception nouvelle de l'organisation, c.-à-d. une vision qui donne le sens général de la direction à prendre, mais qui laisse de l'espace aux ajustements en cours de route et à l'émergence graduelle des mécanismes d'implantation (Mintzberg et Waters, 1985). Pour réaliser sa vision, le leader entrepreneur développe des contacts étroits avec les producteurs et acquiert ainsi une connaissance sensible des détails associés à la production des biens ou des services. À partir de ce tandem leader visionnaire/opérateurs, la vision se raffine et s'ajuste aux opérations, alors que les mécanismes visant à faciliter son implantation prennent forme. Le changement via un leadership visionnaire est un processus coopératif entre un leader charismatique et les producteurs de biens ou de services de son organisation.

La principale **force** de l'approche par un leader visionnaire est la connaissance approfondie qu'acquière ce leader des mécanismes à partir desquels la production se réalise. Grâce à cette connaissance, le leader aura la possibilité d'insuffler un changement délibéré au sein de son organisation, sans imposer de procédures d'implantation qui ne sont pas ajustées aux mécanismes opérationnels. En fait, le tandem vision/opération donne aux opérateurs la possibilité de recourir à leurs connaissances, à leur savoir-faire et à leur créativité pour trouver les façons de faire facilitant les changements de comportements et de pratiques qui permettent d'opérationnaliser la vision. Du côté du leader, ce tandem l'alimente d'informations qui lui permettent d'ajuster la vision et de la rendre sensible à la réalité des personnes qui ont à réaliser le changement (Mintzberg et Wesley 1992). Selon Mintzberg et Waters (1985), c'est de cette façon que se réalisent les principaux apprentissages stratégiques au sein des organisations. Le leader qui n'accepte jamais de changer sa vision rate d'importantes opportunités et tend à perdre le tempo avec son environnement.

La principale **faiblesse** de l'approche par un leader visionnaire est que le tandem vision/opération peut engendrer des résistances significatives au changement de la part des gestionnaires. Dans cette approche, les cadres sont généralement exclus du processus de transformation et ont tendance à réagir négativement au changement afin de maintenir l'ordre hiérarchique au sein de l'organisation et de préserver ainsi leurs postes et leur autorité (Mintzberg et Westley 1992).

2.4.3 L'approche émergente

Dans l'**approche émergente**, le changement prend naissance au niveau des opérations. Contrairement au changement délibéré, son impulsion provient de la base de l'organisation et non des instances hiérarchiques supérieures. **Le changement émergent peut provenir de stratégies individuelles, de stratégies collectives consensuelles ou de stratégies organisationnelles** (Mintzberg et Waters 1985).

1. Le changement émergent qui émane de stratégies individuelles peut ne pas avoir de lien avec la vision organisationnelle centrale. Le changement émergent propulsé par des

stratégies individuelles est fréquent dans les organisations d'experts, comme les hôpitaux ou les universités. Dans ces organisations, les experts bénéficient d'une liberté d'action tant face à leurs pairs que face aux gestionnaires, ce qui leur donne un espace significatif d'action et d'autonomie. Les innovations qui sont introduites de cette façon peuvent être bénéfiques pour l'organisation et s'inscrire à l'intérieur de ses paramètres stratégiques, comme elles peuvent n'avoir aucune cohérence avec la stabilité recherchée ou avec les développements organisationnels envisagés (Mintzberg et Waters 1985).

2. Le changement émergent peut aussi provenir d'un consensus qui se dégage des actions collectives d'un groupe d'acteurs au sein de l'organisation. Dans ce cas, le changement émane d'un processus d'interaction et d'apprentissage entre les acteurs eux-mêmes et leur environnement. Les innovations qui proviennent d'un tel processus ne sont pas guidées par les intentions des gestionnaires centraux. Ce type d'innovation peut conduire au remplacement d'une machine ou d'un procédé de travail qui n'a pas de répercussion majeure sur l'organisation, comme il peut mener à une innovation structurante qui conduira l'organisation vers une nouvelle position stratégique. Ce dernier type d'innovation peut entraîner une réorientation significative de la nature des activités, de la vision et de la culture organisationnelle (Mintzberg et Westley 1992).
3. Le changement émergent peut également prendre forme à partir d'une stratégie organisationnelle délibérément émergente. Dans ce type de changement, les leaders centraux de l'organisation créent intentionnellement les conditions à partir desquelles le changement peut émerger au sein de l'organisation, c.-à-d. qu'ils créent les conditions qui vont faciliter l'apprentissage organisationnel. Dans la stratégie délibérément émergente, les leaders de l'organisation énoncent une vision, sans chercher à l'implanter par une planification rigoureuse. À la place, ils cherchent à rendre les processus et les conditions de travail suffisamment flexibles pour que puisse s'instaurer un processus d'interaction et d'apprentissage qui va permettre aux acteurs d'engendrer des changements de pratiques qui vont dans le sens de la vision. Ce type de stratégie de changement est particulièrement approprié dans les organisations complexes et difficiles à contrôler, celles où les acteurs ont de la discrétion sur l'atteinte des résultats. Cette stratégie demande aux leaders centraux, qui ne sont pas suffisamment proches des opérations, de céder du contrôle aux cadres intermédiaires, soit à ceux qui connaissent le fonctionnement quotidien de l'organisation et qui sont bien placés pour y faire cheminer la vision. C'est leur connaissance concrète des opérations qui va permettre aux cadres intermédiaires d'ébaucher des stratégies réalistes qui vont à la fois faciliter les processus d'apprentissage au sein des équipes de travail et faire émerger des innovations qui sont favorables au changement envisagé et adaptées au contexte dans lequel elles seront réalisées (Mintzberg et Waters 1985).

Les changements émergents peuvent être plus ou moins révolutionnaires. À une extrémité du spectre, ils peuvent conduire à des changements convergents qui s'inscrivent dans la logique de fonctionnement de l'organisation et qui sont porteurs de continuité et de pérennisation (Denis *et al.* 2011a). À l'autre extrémité du spectre, ils peuvent conduire à de véritables ruptures innovantes, soit à des changements qui sont porteurs d'un renouvellement significatif du fonctionnement, de la position de l'organisation dans l'environnement, et de la nature de ses activités et valeurs (Mintzberg et Westley 1992). **Le changement émergent semble donc pouvoir être à la fois une source importante de**

changements convergents, c.-à-d. de changements qui permettent de pérenniser une situation, des modes de fonctionnement ou des comportements de pratique, de même qu'une source de transformation significative des organisations.

La principale **force** de l'approche émergente est que cette stratégie permet de miser sur les connaissances, les savoir-faire et la créativité des acteurs de l'organisation pour faciliter l'adaptation continue de l'organisation à son environnement, c.-à-d. pour la maintenir dans un processus régulier de revitalisation. Ainsi, la stratégie individuelle mise sur les habiletés des experts, celle par consensus sur les habiletés des équipes de travail, et celle délibérément émergente sur les habiletés des gestionnaires, supérieurs et intermédiaires, et sur celles des équipes de travail. La stratégie délibérément émergente apparaît particulièrement intéressante pour introduire des changements associés à la responsabilité populationnelle. Les principales forces de cette stratégie sont :

- 1) d'amener les gestionnaires à créer un environnement organisationnel qui facilite l'apprentissage et l'innovation en fonction d'une stratégie délibérée (Mintzberg et Westley 1992; Demers 2002);
- 2) d'amener les gestionnaires à soutenir et à protéger les secteurs d'intervention les plus novateurs et capables de changement (Cameron, Cranfield et Iles 2001; Langley et Denis 2008);
- 3) de faciliter l'implication des intervenants dans une réflexion sur les changements qui devraient être introduits dans leur secteur pour mieux ajuster les interventions à l'évolution des besoins ou pour optimiser l'utilisation des ressources (Boffo 2003);
- 4) de faciliter la mobilisation des acteurs en faveur du changement (O'Brien 2002);
- 5) d'accumuler les petits succès qui permettront éventuellement d'atteindre l'objectif visé (Lauzon 2010; Lemire et Litvak 2011).

Chacune des trois approches émergentes a des faiblesses. La **principale faiblesse de l'approche émergente individuelle** est que les innovations qui en émanent ne sont pas nécessairement cohérentes avec les orientations organisationnelles. Dans les stratégies individuelles, le changement n'est pas géré, il se développe un peu par hasard, ce qui peut conduire, ou ne pas conduire, au développement de pratiques conformes aux objectifs ou aux priorités organisationnels. À certains moments, de telles innovations peuvent faire naître des tensions importantes dans la répartition des ressources entre les différents secteurs d'une même organisation. Pour sa part, **la principale faiblesse de l'approche émergente basée sur le consensus collectif** est que les innovations qui en émanent peuvent conduire à des changements fragmentaires plus ou moins intéressants pour l'organisation. De plus, lorsque ces changements sont intéressants pour l'organisation, ils peuvent ne pas être utilisés comme tremplin pour faire avancer l'organisation dans la direction souhaitée, notamment parce que les gestionnaires n'ont pas été impliqués dans la gestion de leur développement et qu'ils n'en font donc pas la promotion au sein de l'organisation. Enfin, **la principale faiblesse de l'approche délibérément émergente** est que l'implantation de l'innovation demande aux gestionnaires beaucoup de souplesse et d'ajustements pour adapter la vision et les moyens d'action aux caractéristiques des équipes de travail ou du réseau dans lequel les changements seront réalisés.

2.4.4 L'approche par processus de traduction

Dans l'approche par processus de traduction, le changement ou l'innovation émane de phénomènes en tension. Cette approche est soutenue par plusieurs théories, dont : la sociologie de la traduction (Calon 1986; Latour 1989), la théorie de l'apprentissage (Nonaka 1994; Glynn, Lant et Milliken 1994), la théorie de l'évolution (Burgelman 1991) et les théories de la complexité (Waldrop 1992; Stacey 1995) et du chaos (Thiéartart 1993). Ces théories conçoivent l'innovation non pas comme la matérialisation d'une idée initiale, mais comme une dynamique, souvent chaotique, de mise en convergence d'informations, d'adaptation aux contraintes, et d'arbitrage entre des possibilités divergentes de développement (Lacoumes 2005).

Ces théories se sont ainsi intéressées aux tensions à partir desquelles émane le changement. Les tensions identifiées sont par exemple l'ordre et le désordre, les mécanismes formels et informels ou les connaissances tacites et explicites, etc. (Tableau 2). Selon ces théories les organisations ne changent pas seulement parce qu'elles réagissent au contexte, mais aussi, parce qu'elles engendrent elles-mêmes l'innovation. Ces théories reconnaissent que le changement peut être délibéré et propulsé par les hauts dirigeants qui mettent de l'avant une vision stratégique du changement organisationnel et accentuent ainsi la tension entre certains pôles de l'organisation ou du réseau. Elles conçoivent également que le changement peut émaner du fonctionnement quotidien de l'organisation et des interactions qui se produisent à l'intérieur et entre les pôles de la tension innovante. Cette façon de concevoir le changement place les gestionnaires d'établissement dans un rôle prépondérant d'agent de changement. Ceci signifie qu'ils doivent non seulement mettre en place les conditions favorables pour que l'innovation émerge (approche délibérément émergente), mais qu'ils doivent aussi faciliter sa trajectoire au sein de l'organisation et du réseau (les processus de traduction). Les théories de l'apprentissage, de l'évolution et de la complexité font toutes des processus de traduction⁴ un outil central de la gestion du changement organisationnel (Demers 2002). Elles reconnaissent donc que les projets de changement sont à la fois tributaires de la vision, des impératifs environnementaux et du sens que les acteurs donnent au changement (O'Brien 2002). En tant qu'outil de gestion, les mécanismes de traduction permettent d'engendrer des processus réflexifs au sein de l'organisation qui stimulent l'expression des controverses. D'une part, l'expression des controverses permet de connaître le degré d'ouverture au changement, ainsi que les groupes d'acteurs favorables et défavorables au changement au sein de l'organisation et des réseaux, ce qui donne la possibilité de les influencer. D'autre part, elle favorise le partage de divers points de vue et facilite ainsi leur évolution, ce qui devrait engendrer une plus grande flexibilité organisationnelle, une plus grande capacité d'adaptation et d'apprentissage (Latour 1989; O'Brien 2002; Paarlberg et Bielfeld 2009). **La démarche de traduction reconnaît le rôle décisif que jouent les intervenants et les cadres intermédiaires dans la réalisation du changement organisationnel. Elle postule que le changement sera plus facile à**

⁴ Le concept de traduction a été développé par Calon (1986) et Latour (1989) et, depuis, il a fait école. Il fait référence au processus de construction d'une innovation. Selon cette approche, les innovations se mettent en forme et se transforment dans l'interaction entre l'environnement, les acteurs et les arbitrages qui se font entre forces concurrentes. La traduction est en fait un processus de dialogue qui permet la réinterprétation des rôles, la négociation des espaces, et la création de sens. C'est ce processus qui permet ou non de mobiliser les ressources nécessaires à l'émergence de l'innovation (Demers, Maltais et Trickey 1993).

réaliser si les intervenants et les cadres intermédiaires peuvent se l'appropriier en lui affectant un sens et en l'ajustant à leur réalité (O'Brien 2002; Boffo 2003).

Tableau 2 Les pôles de la tension innovante

Théorie	Les pôles de la tension innovante ↔	
Théorie de l'apprentissage (Nonaka 1994; Glynn, Lant et Milliken 1994)	- Connaissances tacites (pratiques) - Connaissances collectives	- Connaissances explicites (théoriques) - Connaissances individuelles
Théorie de l'évolution (Burgelman 1991)	- Variation - Phénomènes spontanés - Mécanismes informels	- Stabilité - Phénomènes programmés - Mécanismes formels
Théories de la complexité et du chaos (Waldrop 1992; Stacey 1995; Thiétart 1993)	- Désordre - Chaos	- Ordre - Inertie
Sociologie de la traduction (Calon 1986; Latour 1989)	Controverses - Points de mésentente - Points d'entente	

L-H Trottier 2013

En somme, la principale **force** de l'approche par processus de traduction est sa reconnaissance que l'expression des points de vue différents (controverses) et la création de sens jouent un rôle clé dans la capacité de changer et d'innover des organisations et des réseaux.

L'approche par processus de traduction rencontre toutefois **certaines difficultés** dans le contexte actuel des CSSS.

- Les processus de traduction reposent sur différents mécanismes sociaux d'échange, de délibération et de participation. Ils mettent à contribution plusieurs acteurs dans un contexte où la relation d'autorité n'est pas et ne doit pas être la principale source d'influence des échanges. Dans un tel contexte, le temps relativement long que peuvent nécessiter les délibérations, la création collective de sens et l'appropriation du changement par les diverses instances impliquées dans le changement peut parfois compromettre la réalisation du changement (Denis *et al.* 2011b).
- L'approche par processus de traduction peut aussi conduire à l'expression d'une multitude d'intentions, toutes aussi légitimes les unes que les autres, qui peut mener à des indécisions paralysantes. À l'intérieur des processus de traduction, sans vision articulée et partagée du changement à introduire, il peut parfois être très difficile d'agir ou de maintenir le cap sur un objectif particulier (Rondeau 2002; Denis *et al.* 2011b).
- L'approche par processus de traduction demande aux gestionnaires du système de santé et de services sociaux d'apprendre à travailler en mode réseau, alors que dans les institutions du système de santé, l'autorité hiérarchique joue encore un rôle prépondérant. Ceci ne facilite pas le recours aux mécanismes de participation qui permettent de créer collectivement du sens et d'engager les employés en faveur du changement (*create commitment*). Dans le contexte hiérarchique, les mécanismes de participation peuvent soulever beaucoup de scepticisme chez les employés ou les

partenaires qui craignent de faire face à une consultation bidon, c.-à-d. à une consultation qui ne prendra pas en considération les opinions qu'ils auront émises et les voies de passage qu'ils auront identifiées (O'Brien 2002).

- Les compétences pour gérer en mode réseau, nécessaires pour soutenir les processus de traduction et de création de sens, sont encore relativement rares parmi les gestionnaires du système de santé et de services sociaux. De telles compétences concernent par exemple la facilité à gérer les connaissances, à écouter et à reconnaître la valeur des approches alternatives, à construire un noyau de partenaires stratégiques, à faciliter l'acquisition de connaissances et de compétences, etc., (O'Brien 2002; Rondeau et Jacob 2008).

2.4.5 En résumé : les différences entre les approches de gestion du changement

Il y a des différences fondamentales entre les approches de gestion du changement que nous venons d'exposer. Par exemple, l'approche délibérée mise sur la direction et le contrôle pour réaliser le changement voulu, alors que l'approche émergente cherche à faciliter l'apprentissage au sein de l'organisation. Pour leur part, l'approche délibérée et l'approche par un leader charismatique ne tiennent pas compte des résistances au changement qu'elles peuvent engendrer, alors que l'approche par traduction est basée sur de telles tensions, c.-à-d. sur l'expression des controverses, sur les réinterprétations de rôles et de responsabilités, et sur l'expression des tendances favorables et défavorables au changement.

Rappelons que l'approche émergente ne signifie pas que la gestion du changement est hors contrôle. Elle signifie qu'il y a suffisamment de flexibilité pour que l'organisation puisse apprendre et renouveler systématiquement ses façons de faire. L'approche émergente ne signifie pas non plus que l'organisation va se retrouver dans un perpétuel chaos, mais qu'elle peut se retrouver par moments dans un ordre inattendu. **L'approche délibérément émergente nous apparaît particulièrement prometteuse pour faciliter l'implantation des changements en faveur de la responsabilité populationnelle, notamment parce que cette approche permet d'introduire des changements stratégiques délibérés, tout en reposant sur un processus coopératif qui crée une émulation organisationnelle en faveur de l'apprentissage, ainsi que de l'ouverture aux meilleurs pratiques, à la qualité et à la pertinence des interventions.** Ceci étant dit, dans certaines circonstances, l'approche délibérée peut être la plus appropriée pour introduire des changements, notamment lorsque l'information nécessaire est disponible et que l'environnement est compréhensible et prédictible. À ce moment, selon Mintzberg et Waters (1985), les intentions peuvent et doivent être introduites avec la plus grande détermination. Enfin, rappelons que les quatre approches du changement que nous avons présentées ont chacune leurs forces et que, dépendamment du contexte dans lequel le changement est réalisé, l'utilisation de l'une ou l'autre peut être tout à fait pertinente.

2.5 LES LIEUX DE PASSAGE

Dans cette section, nous présentons des lieux de passage qui sont fréquemment cités dans les écrits sur la gestion du changement et qui, selon les situations, peuvent faciliter l'introduction et la réussite des projets de changement. Ces lieux de passage sont : les chocs perturbateurs, les petits succès, le rythme, les intentions et l'appropriation.

Le choix des lieux de passage à privilégier est largement influencé par le contexte dans lequel le changement se déroule, par la reconfiguration des pouvoirs que nécessite la transformation, et par les bouleversements plus ou moins généralisés qu'il est nécessaire d'engendrer pour introduire et réussir le changement. L'adoption d'un lieu de passage demande donc de bien cerner :

- les conditions qui prévalent dans l'organisation et dans l'environnement au moment où il sera utilisé (Rondeau 2002);
- la nature du changement à introduire (valeurs, pratiques, structures, etc.) (Alfi, Séguin et Toulouse 2002; O'Brien 2002);
- les conséquences potentielles que son utilisation peut engendrer dans l'organisation et au sein du réseau du local de services (Langley et Denis 2008).

Le choix des lieux de passage doit être fait avant de s'engager dans un projet et il doit être reconsidéré régulièrement, soit pour l'ajuster à l'évolution du projet et aux réactions qu'il suscite, soit afin d'opter pour un autre mécanisme.

2.5.1 Les chocs perturbateurs

Le recours au choc perturbateur pour introduire un changement a pour objectif d'ébranler le fonctionnement organisationnel ou du réseau pour créer des conditions favorables au changement. La difficulté associée à la réussite d'un changement peut s'accroître significativement lorsque l'ensemble de l'équilibre de l'organisation ou du réseau est profondément perturbé (Langley et Denis 2008). Toutefois, le déséquilibre des forces en présence peut quelques fois être nécessaire pour accroître la capacité d'influence des acteurs qui sont favorables au changement. Le recours à des chocs perturbateurs peut se faire dans un contexte de changement global important, mais il peut aussi se faire dans un contexte de changement par projets délimités. Dans le premier cas, le choc sera intense et étendu au sein de l'organisation et des réseaux de partenaires. En général, de tels chocs déstabilisent les rôles et responsabilités, ainsi que les structures et les mécanismes de coordination et de contrôle qui ont assuré jusque là le fonctionnement et la stabilité de l'organisation et du réseau. Les conséquences associées au jeu de pouvoir qu'un tel choc entraînera sont très difficiles à maîtriser, parce qu'elles se manifesteront partout, de manière explicite ou sournoise, et parce qu'elles auront tendance à se dynamiser entre elles. Ceci peut conduire à une résistance musclée au changement au sein de l'organisation et du réseau, voire même à l'impossibilité de le réaliser. Dans le deuxième cas, c.-à-d. à l'intérieur d'un projet délimité, il est possible de recourir à un choc perturbateur, mais son effet sera moins étendu parce qu'il ne s'adressera qu'à quelques secteurs de l'organisation et du réseau et qu'ainsi ses conséquences seront plus circonscrites. **Théoriquement, à l'intérieur d'un projet délimité, il devrait être plus facile de voir venir les réactions et les jeux de pouvoir provoqués par le choc et de parvenir ainsi à influencer leur trajectoire dans le sens du changement envisagé.**

2.5.2 Les petits succès

L'approche par petits succès mise sur des projets qui permettent d'atteindre des résultats significatifs, quoique fragmentaires, de façon relativement rapide. Plusieurs affirment que l'absence de résultats à brève échéance peut tuer un processus de changement (Kotter 1996; Schaeffer et Thomson 1992, 2000a et 2000b; Langley et Denis 2008). Face à ce constat, ils considèrent qu'il est préférable de miser sur des projets circonscrits, moins ambitieux, mais porteurs de succès rapides, même si ceux-ci sont partiels au regard de la transformation globale envisagée. **Opter pour des résultats à court terme demande de miser sur les opportunités qui sont présentes dans le contexte** (Cameron, Granfield et Iles 2001), **d'identifier les secteurs qui présentent un faible écart avec le changement envisagé et la capacité des acteurs à le réaliser** (Langley et Denis 2008; Charbonneau 2009), **de cerner des objectifs précis** qui sont atteignables à court terme (Lauzon 2010; Lemire et Litvak 2011) **et de penser à des mécanismes de rétention des gestionnaires et des intervenants engagés dans ces projets.**

L'approche par petits succès permet d'obtenir rapidement des résultats positifs en regard du changement et de les célébrer. La communication des réussites encourage les cadres et les employés à l'origine du succès à continuer d'améliorer leurs processus de travail et leurs façons de faire, et stimule les autres secteurs de l'organisation à en faire autant. Cette approche facilite l'apprentissage organisationnel puisque chaque projet est un terrain d'expérimentation qui permet d'introduire de nouvelles façons de faire, de perpétuer ce qui réussit, de rejeter ce qui ne fonctionne pas, et d'influencer les autres secteurs de l'organisation ou du réseau. Le changement axé sur les petits succès permet d'approcher la réalisation de la vision stratégique par le développement d'un portefeuille de projets qui se déploient graduellement et de façon complémentaire. Cette approche donne la possibilité de revoir régulièrement la vision stratégique à la lumière des succès et des échecs. De plus, elle renforce la confiance de l'organisation dans sa capacité de réaliser des changements et elle permet de développer progressivement, dans différents secteurs de l'organisation et du RLS, l'expertise nécessaire à la réalisation du changement global (Schaeffer et Thomson 2000a et 2000b).

2.5.3 Un rythme soutenu

Le rythme du changement correspond à la cadence d'action à maintenir dans la réalisation du changement et à l'intégration de périodes d'accalmie. Selon Rondeau (2002), les transformations rapides qui ne parviennent pas à se construire une légitimité, ainsi que les transformations lentes qui tardent à atteindre les résultats, réduisent toutes deux l'adhésion des acteurs au changement, ainsi que les possibilités de réussites des projets. Il semble que **les organisations qui réussissent le mieux leur transformation** et qui parviennent à maintenir l'adhésion des acteurs au changement **sont celles qui assurent une progression soutenue de la mise en œuvre du changement.** Dans le secteur de la santé et des services sociaux, le roulement de personnel est fréquent, ce qui impose un tempo au déroulement des projets de changement. Actuellement, les responsables des ressources humaines au MSSS considèrent que, pour réussir, les projets de changement doivent se réaliser à l'intérieur d'une période allant de 12 à 15 mois. Si ces projets nécessitent de la concertation avec les partenaires, la période sera de 18 à 24 mois. Ainsi, si les projets de

changement en faveur de la responsabilité populationnelle atteignent des résultats en 18 mois environ, il semble que ce laps de temps favorise le maintien de l'intérêt des acteurs et assure une stabilité de personnel suffisante pour que les projets puissent se réaliser.

Le rythme du changement fait aussi référence au temps octroyé aux individus et aux groupes d'acteurs pour qu'ils apprivoisent et intègrent les nouvelles connaissances et compétences associées au changement. Lorsqu'une organisation déploie un portefeuille de projets de changement, il peut être judicieux et utile d'intégrer des périodes d'accalmie dans l'ensemble du processus qui permettent aux individus et aux groupes de consolider leurs nouvelles compétences avant d'introduire un nouveau processus de changement (Buchanan, Fitzgerald et Ketley 2007; Langley et Denis 2008).

2.5.4 Le partage des intentions

Le partage des intentions fait référence au dialogue qui doit s'engager entre les dirigeants de l'organisation et les partenaires influents du RLS à partir d'une première formulation de la vision stratégique du changement. Le partage de la vision stratégique entre ces acteurs permet à chacun de cerner l'intérêt du changement proposé pour son secteur d'intervention et pour la clientèle qu'il dessert. Ce dialogue sur la vision avec les acteurs influents peut conduire à des reformulations de l'énoncé stratégique afin d'en faire un projet collectif dans lequel chacun se reconnaît et se sentira légitime d'y investir des ressources. Le succès d'une transformation délibérée repose en premier lieu sur le caractère mobilisateur de ses intentions et de ses objectifs (Rondeau 2002). Le principal défi de la formulation de la vision est d'en faire un outil de mobilisation des acteurs et d'éviter qu'elle ne soulève que de la résistance au changement. Le partage de la vision et sa reformulation en fonction des intentions des acteurs influents avec qui elle sera réalisée est un moyen pour identifier les domaines dans lesquels les partenaires et les collègues sont prêts à investir, ainsi que pour faire de la vision un objectif mobilisateur pour eux. **L'élaboration de la vision à partir d'un processus collectif de réflexion, de partage des connaissances, d'intentions et d'influence demande aux gestionnaires de faire preuve de beaucoup de leadership, d'écoute et d'ouverture aux suggestions des autres.**

2.5.5 L'appropriation du changement : les mécanismes de participation et de négociation

Les projets de changement sont non seulement tributaires de la vision et des impératifs environnementaux, mais également du sens que les acteurs de tous les niveaux hiérarchiques donnent au changement. La mise en œuvre d'un projet de changement doit tenir compte des enjeux que le changement soulève pour les personnes qui seront touchées par lui. Pour ce faire, les dirigeants peuvent inscrire l'implantation du changement dans une démarche d'échange et de dialogue qui permet de connaître et d'intégrer dans la planification du projet les préoccupations et les suggestions des personnes qui sont touchées par lui et qui le réaliseront (O'Brien 2002).

Les projets de changement qui ne recourent pas à des mécanismes d'appropriation, de construction de sens et d'échange de points de vue ont tendance à soulever beaucoup de résistances. Les résistances au changement sont souvent alimentées soit par

une vision divergente du changement à réaliser, soit par l'inadéquation des processus utilisés pour introduire le changement, soit par la perte d'avantages substantifs, politiques ou symboliques que les gens retirent du mode de fonctionnement que l'on veut changer⁵. Les résistances au changement qui affectent réellement la réalisation d'un projet de changement sont celles qui sont portées par des groupes d'acteurs et non par des individus isolés (Lapointe 2012).

Les principaux mécanismes qui permettent de composer avec les résistances collectives sont les mécanismes de participation, de dialogue et de négociation. Tous ces mécanismes facilitent l'expression des points de vue différents, la création de sens, l'arbitrage des compromis, le partage d'une culture commune et l'identification des paramètres opérationnels dont il faut tenir compte pour favoriser la réalisation du changement, ce qui inclut les besoins de formation des intervenants et des gestionnaires. Ces mécanismes d'échange peuvent être utilisés pour gérer des résistances qui apparaissent lors de l'implantation d'un changement. Mais, ils peuvent aussi être déployés avant l'implantation d'un projet afin de faciliter l'ouverture au changement, d'ajuster ce dernier aux suggestions des acteurs et d'enclencher ainsi le processus d'appropriation.

La construction de sens se fait par un dialogue entre les gestionnaires, les partenaires et les intervenants. Ce dialogue permet d'identifier les problèmes que rencontre l'organisation ou le continuum de services, et de s'entendre sur les actions prioritaires à entreprendre pour améliorer la situation. C'est à travers ce processus que se construit la vision partagée du changement et que se développe l'engagement des partenaires et des intervenants en sa faveur. La force de cette démarche est de reconnaître que **le changement est un phénomène collectif en tension qui se construit par échanges successifs sur le sens à lui donner, sur les opportunités, sur les difficultés rencontrées, etc.** Pour ne pas être un exercice futile, ces échanges doivent avoir une influence réelle sur les décisions, la formulation des projets, les objectifs qu'ils poursuivent et les opérations qu'ils visent à réaliser. Ultimement, ces échanges pourraient même avoir de l'influence sur l'énoncé de vision. **La démarche basée sur le dialogue et la construction de sens reconnaît le rôle décisif des intervenants dans la réussite du changement et postule que tant que ceux-ci ne se sont pas appropriés le projet de changement, en lui affectant un sens et en l'ajustant à leur réalité, le changement proposé sera difficile à réaliser** (O'Brien 2002; Boffo 2004).

Les lieux de passage que nous venons de présenter visent essentiellement à soutenir la réflexion des gestionnaires sur les moyens qu'ils doivent privilégier pour faciliter la réussite du changement dans leur contexte particulier.

⁵ Les avantages substantifs concernent l'allocation des ressources, l'architecture de la structure organisationnelle et les stratégies privilégiées. Les avantages politiques réfèrent à la distribution formelle et informelle du pouvoir et au partage des rôles entre les leaders. Les avantages symboliques recourent les valeurs, le sens et la configuration des idées considérées comme légitimes au sein de l'organisation (Denis, Lamothe et Langley 2001).

2.6 LES MODÈLES DE VITALITÉ ORGANISATIONNELLE

Les organisations ont besoin de constance pour produire efficacement. Elles ont aussi besoin d'innovations et de changements pour demeurer en concordance avec l'évolution de leur environnement. La survie des organisations tient dans leur vitalité, et celle-ci est tributaire d'un équilibre délicat entre la stabilité des processus et le renouvellement des pratiques. Les organisations qui ne changent jamais finissent par perdre leur synchronisation avec les conditions environnantes, alors que celles qui ne se stabilisent pas ont de la difficulté à produire des biens et des services stables, utiles et percutants (Mintzberg et Westley 1992). Comment un gestionnaire préoccupé par l'introduction de changements stratégiques au sein de son organisation et de ses réseaux de partenaires peut-il maintenir l'équilibre entre le renouvellement des pratiques et la stabilité nécessaire à l'exploitation et à la consolidation des modes d'action?

Mintzberg et Westley (1992) ont identifié trois modèles à partir desquels les organisations maintiennent leur vitalité. Ces modèles sont **l'enclavement, le clonage et le déracinement**. Dans le cadre de la responsabilité populationnelle, les gestionnaires et les décideurs peuvent aussi recourir à un quatrième modèle, soit **l'enracinement**. Ce quatrième modèle s'inscrit à l'intérieur de réflexions récentes en regard : 1) des mécanismes de changement présents dans les mouvements sociaux et auxquels les systèmes de santé pourraient recourir pour se transformer (Bate, Bevan et Robert 2004a; Bate, Robert et Bevan 2004b); et 2) des mécanismes à partir desquels s'articulent l'action sociale et les décisions publiques (CSBE 2000 et 2001; Hamel et Jouve 2006; Proulx, Bourque et Savard 2011). À notre connaissance, c'est la première fois que *l'enracinement* est identifié comme un modèle de vitalité organisationnelle. La définition de ce modèle fait donc l'objet ici d'une première ébauche. Dans les paragraphes qui suivent nous présentons brièvement les quatre modèles de vitalité organisationnelle (Tableau 3) auxquels les décideurs et les gestionnaires peuvent recourir pour faciliter le changement au sein de leur organisation et de leur réseau local de services.

Tableau 3 Les modèles de vitalité organisationnelle

Modèle	Principal mécanisme	Type de revitalisation
Enclavement	Enfermement	Changer tout en préservant une grande stabilité organisationnelle
Clonage	Prolifération	Processus régulier (continu) de revitalisation
Déracinement	Transformation révolutionnaire	Déstabiliser une organisation qui se maintient dans un statu quo dépassé
Enracinement	Synchronisation	Ouvrir les arènes institutionnelles et décisionnelles aux représentants de la société civile

L-H Trottier 2013

L'enclavement est un mécanisme d'enfermement d'une innovation qui est approprié lorsque le changement n'est pas propulsé par les instances décisionnelles, qu'il provient d'une zone spécifique de l'organisation ou d'un secteur clairement identifiable du réseau de partenaires et que les dirigeants ne veulent pas le détruire, ni le généraliser dans l'immédiat. Souvent, dans de tels cas, l'effort d'innovation est perçu comme un mouvement contestataire et, au lieu de l'écraser, l'organisation peut le tolérer en répondant positivement à certaines demandes, c.-à-d. en accordant des privilèges à ces innovateurs. Simultanément, l'organisation isole ce groupe, en négociant, contre les privilèges accordés, une allégeance publique et formelle à l'organisation; ce qui empêche ce groupe de contaminer le reste de l'organisation ou du réseau. Au moment où l'ensemble de l'organisation nécessite un changement, l'innovation est désenclavée, légitimée et introduite comme une transformation stratégique majeure au sein de l'ensemble de l'organisation. Ce qui est intéressant dans ce modèle, c'est que le changement est généralisé dans l'organisation seulement après qu'il ait été expérimenté dans un secteur isolé et que les autorités aient pu se familiariser avec lui et avec les résistances et les dérives qu'il peut engendrer. Ce modèle **permet d'introduire des changements, tout en préservant une grande stabilité organisationnelle**. Selon Mintzberg et Westley (1992), l'enclavement est le modèle caractéristique du maintien de l'équilibre organisationnel au sein de l'Église catholique.

Le clonage est un mécanisme de prolifération du changement par secteurs circonscrits. Par ce modèle de vitalité organisationnelle, le changement envisagé par les instances décisionnelles se répand par l'exploitation répétée des connaissances particulières des secteurs en vue d'y ajuster les pratiques au devenir organisationnel. **Cette façon de faire permet d'introduire des pratiques innovantes cohérentes avec la vision du changement organisationnel, tout en s'assurant que la transformation des pratiques sera ajustée à chaque secteur**. Le clonage est un mécanisme de vitalité organisationnelle qui conduit à la transformation des programmes et des systèmes, en cohérence avec la culture et la vision du devenir organisationnel, tout en apportant les ajustements qui permettent de tenir compte des particularités de chaque secteur. Ainsi, le clonage agit par changements fragmentaires, comme s'il s'agissait d'un portfolio de changements dans lequel toutes les transformations tendent vers le même but, mais en avançant en pièces détachées. Ce modèle permet aux dirigeants d'introduire des changements en continu au sein de l'organisation. L'organisation n'est donc jamais complètement stable, mais elle n'est jamais non plus en profonde révolution. À long terme, ce modèle peut être qualifié de processus régulier de revitalisation. Pour bien fonctionner, ce modèle a besoin que les différents points de vue au sein des groupes de travail puissent s'exprimer librement. Pour ce faire, les membres de l'organisation ne doivent pas être trop contraints par l'orthodoxie. De plus, l'organisation doit nécessairement recourir à des mécanismes facilitant le partage des idées et l'adhésion des membres aux principes fondamentaux mis de l'avant par la vision du devenir organisationnel. Selon Mintzberg et Westley (1992), le clonage est le modèle caractéristique du maintien de la vitalité organisationnelle au sein de l'Église protestante. Celle-ci se démarque par son pluralisme religieux qui a conduit au développement de nombreuses Églises d'allégeance protestante, qui sont en compétition entre elles pour le recrutement des fidèles, mais qui partagent les mêmes croyances religieuses. **Ce modèle est particulièrement intéressant parce qu'il mise sur des processus continus**

d'apprentissage organisationnel qui sont porteurs d'un mouvement permanent de revitalisation des organisations.

Le déracinement est un mécanisme de transformation radicale. Cette méthode débute par un choc brusque qui déstabilise profondément l'organisation. Puis, à travers différents mécanismes permettant d'adapter isolément chaque secteur à la nouvelle culture imposée, l'organisation change, trouve une nouvelle stabilité et sort transfigurée de l'opération. Le déracinement est une méthode difficile **qui demande un leadership puissant** couplé à un engagement sans faille de la part des membres de l'organisation; cet engagement se manifeste par leur obéissance aux dictats émis par les leaders et par leur grande tolérance à l'ambiguïté. La revitalisation par le déracinement inhibe l'apprentissage organisationnel et soumet les individus à des ruptures répétées qui leur demandent une très grande flexibilité. **Le déracinement peut être un modèle particulièrement approprié pour revitaliser une organisation fortement intégrée et qui se maintient envers et contre tout dans un statu quo dépassé.** Mais sans leadership fort et sans adeptes obéissants, le déracinement ne permettra pas de déstabiliser suffisamment la situation pour véritablement la changer, ni de recréer une nouvelle stabilité nécessaire à l'efficacité organisationnelle. Mintzberg et Westley (1992) donnent deux exemples de revitalisation par le déracinement : la révolution culturelle de Mao Tse Tong qui a déraciné des millions de chinois de leur village, de leur famille et de leur travail; et le bouddhisme qui repose sur une discipline stricte (voir citation) qui déracine ses adeptes de leurs relations au monde concret afin qu'ils atteignent le nirvana.

Wandering homelessly, without possessions and work, absolutely abstemious as regards sex, song and dance, practising vegetarianism, shunning spices, salt, and honey, living from door to door by salient mendicancy, for the rest given to contemplation, the Buddhist sought salvation the thirst for existence. (Weber, 1958 : 114 cité par Mintzberg et Westley 1992: 55)

L'enracinement est un mécanisme de synchronisation des activités d'une organisation avec l'expression collective des besoins, priorités et moyens d'action privilégiés par les citoyens ou par leurs représentants. Il s'agit de mécanismes d'ouverture aux revendications et aux innovations sociales développés par les regroupements de citoyens et soutenus par les mouvements sociaux (Bate, Robert et Bevan 2004b). L'enracinement passe par des mécanismes qui augmentent la participation citoyenne aux processus de décision et à la gestion des affaires publiques (CSBE 2001; Hamel et Jouve 2006). Depuis les années 1970 au Québec, les instances publiques ont régulièrement eu recours à de tels mécanismes dans différents secteurs socio-économiques⁶, dont celui de la santé et des services sociaux par :

- l'adoption de lois, de politiques ou programmes⁷ qui véhiculent des stratégies et des valeurs de responsabilité collective, d'engagement social, de participation, de décentralisation, etc.;

⁶ Éducation, logement, affaires juridiques, économie, etc.

⁷ Exemples : la Loi sur la santé et les services sociaux, la Loi sur la santé publique, la Politique de la santé et du bien-être, le Programme national de santé publique, la Loi sur la protection de la jeunesse, etc.

- l'incorporation d'expériences communautaires locales à l'intérieur des structures publiques de dispensations de services (ex. : cliniques communautaires dont sont issues les CLSC);
- la décentralisation des responsabilités (régionalisation et territorialisation) et la participation active des usagers/citoyens et de leurs représentants aux conseils d'administration des instances du système de santé et de services sociaux, ainsi qu'à diverses instances de concertation.

L'enracinement permet donc aux institutions de s'ajuster, du moins en partie, aux revendications citoyennes et d'être à l'écoute de leur évolution. Ce mécanisme de vitalité organisationnelle n'affecte pas la capacité des citoyens de se mobiliser et d'agir à l'extérieur des institutions publiques (Hamel et Jouve 2006). Toutefois, il conduit presque inévitablement à la professionnalisation des acteurs sociaux qui sont ainsi cooptés par les institutions publiques (Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette 2007). L'enracinement est un processus de transformation qui permet d'ouvrir les arènes institutionnelles décisionnelles aux représentants de la société civile et de mieux synchroniser les interventions des institutions avec les priorités d'action des citoyens. Il s'agit d'un mode de médiation entre les instances publiques formelles et les expressions citoyennes locales. L'enracinement est un mécanisme de vitalité organisationnelle qui s'est développé, de concert avec l'évolution de l'État-providence, en vue de maintenir un certain équilibre entre les tendances centralisatrices de cet État et les aspirations autonomistes des collectivités locales (Hamel et Jouve 2006).

Tous ces modèles ont été utilisés à un moment ou l'autre au sein du système québécois de santé et de services sociaux. Par exemple, à partir des années 1970, l'enclavement a été utilisé pour intégrer les actions communautaires et la compréhension globale de la santé dans le système de santé et de services sociaux en les circonscrivant au sein des CLSC. Ce n'est que trente ans plus tard que ces nouvelles façons de faire ont été désenclavées et étendues à l'ensemble du système avec la création des CSSS en 2004. Pour sa part, le clonage est un modèle qui n'a pas beaucoup été utilisé jusqu'à maintenant dans le système de santé et de services sociaux. On en retrouve néanmoins quelques exemples autour de projets-pilotes qui ont généralement été introduits sans vision globale de développement ou sans perspective réelle de pérennisation. De son côté, le déracinement est un modèle qui a récemment été utilisé, notamment lors de la création des CSSS par la fusion d'établissements et l'introduction d'une nouvelle culture de dispensation des services basée sur la responsabilité populationnelle, la coordination transversale et la hiérarchisation des services. Enfin, comme nous l'avons vu, l'enracinement est mis de l'avant dans le système par différentes lois, politiques et programmes et notamment par le mandat de responsabilité populationnelle dévolu aux CSSS et à leur réseau local de services.

Le Tableau 4 montre qu'il y a des affinités entre les modèles de vitalité organisationnelle, les lieux de passage, les théories en gestion du changement et les attitudes à l'égard du changement. Par exemple, le clonage, les petits succès, les théories émergentes et l'innovation sont étroitement associés. Il en va de même pour le déracinement, les chocs perturbateurs, la gestion délibérée du changement et la volonté des acteurs de maintenir le statu quo.

Tableau 4 Les modèles de vitalité organisationnelle et leurs affinités avec les lieux de passage, les théories en gestion du changement et les attitudes

Modèle de vitalité organisationnelle	Lieu de passage	Théorie en gestion du changement	Attitude face au changement
Enclavement	- Appropriation du changement	- Émergente	- Innover - S'adapter
Clonage	- Petits succès	- Émergente	- Innover
Déracinement	- Chocs perturbateurs	- Délibérée	- Maintenir le statu quo
Enracinement	- Partage des intentions - Appropriation du changement	- Processus de traduction	- Innover - S'adapter

L-H Trottier 2013

Dépendamment des situations dans lesquelles se trouvent les gestionnaires, ils pourront travailler avec l'un ou l'autre des modèles de vitalité organisationnelle et des lieux de passage. Pour illustrer ce point, prenons l'exemple d'un CSSS qui déciderait de recourir à des mécanismes d'appropriation du changement (démarches participatives) au début de sa démarche de transformation en faveur de la responsabilité populationnelle. Cette façon de faire peut engendrer des volontés de transformation qui s'éloignent significativement du projet de changement envisagé par les dirigeants. Dans ces circonstances, deux moyens s'offrent aux gestionnaires. Le premier est le recours à la contrainte pour imposer le changement qu'ils préconisent au détriment du projet émergent formulé par les partenaires. La contrainte peut toutefois conduire à des formes plus ou moins subtiles d'opposition au changement et à un antagonisme durable envers les promoteurs du changement (McShane et Benabou 2008). Un autre moyen pour composer avec cette situation est le recours à l'enclavement. Ce dernier permet de faire l'expérimentation du projet émergent dans un secteur circonscrit du CSSS ou du RLS, plutôt que de le réprimer. Pour ce faire, les dirigeants doivent s'assurer que le projet ne prendra pas d'expansion avant qu'ils ne le jugent pertinent et ils doivent s'assurer que les acteurs impliqués comprennent que la réalisation et la continuité du projet sont tributaires de leur respect de cette règle. Ainsi, l'enclavement permettra à ces dirigeants de tirer profit d'initiatives émergentes, ce qui leur donnera l'opportunité d'en saisir les forces et l'utilité pour atteindre certains objectifs organisationnels et, le cas échéant, de les désenclaver pour faire avancer d'autres secteurs de l'organisation ou du RLS dans la direction désirée. Par ailleurs, le recours à ce mécanisme de vitalité organisationnelle permet également aux gestionnaires, si c'est ce qu'ils jugent préférable, de laisser graduellement mourir le projet au fur et à mesure que l'engagement et le dynamisme de leurs promoteurs s'atténueront.

2.7 LES CONSTATS QUI SE DÉGAGENT DE LA RECENSION DES ÉCRITS SUR LA GESTION DU CHANGEMENT

Il se dégage plusieurs constats de la recension des écrits sur la gestion du changement. Nous les avons regroupés à partir des thèmes suivants : contexte; mécanismes de gestion du changement; rythme du changement; acteurs et leadership; évaluation et rétroaction.

Contexte

- La gestion du changement et les moyens à privilégier pour implanter le changement doivent être adaptés au contexte dans lequel il sera réalisé.
- Pour gérer le changement, il faut avoir une connaissance étoffée et sensible des problèmes à résoudre, des processus en cours, de la dynamique de l'organisation et de celle de l'environnement.
- Il est nécessaire de prendre en considération les aspects politiques du changement. La réalisation du changement concerne plusieurs parties aux intérêts différents, mais dont les décisions et les actions doivent converger. Ceci peut nécessiter une bonne dose de négociations et de compromis. Il ne faut donc pas ignorer les relations entre leadership et pouvoir, entre vision et politique, afin d'être en mesure de concilier les intérêts particuliers des groupes et des partenaires avec qui le changement doit être réalisé.

Mécanismes de gestion du changement

- Les organisations qui réussissent le mieux leur projet de changement délibéré utilisent un plan de réalisation formalisé et se dotent d'indicateurs qui leur permettent de suivre la progression du changement et d'ajuster sa trajectoire.
- La gestion du changement ne répond qu'en partie à des règles précises de planification. La vision et le plan de réalisation nécessitent des reformulations fréquentes qui s'appuient sur le va-et-vient entre les opérations, la planification et la stratégie.
- Il est préférable que la vision donne seulement un sens général à la direction à prendre.
- Tout mécanisme ou approche de gestion du changement peuvent être propices à la réussite du changement, dans la mesure où ils sont adaptés au contexte dans lequel le changement se réalise.
- La vitalité organisationnelle provient d'un équilibre entre continuité et changement, et entre stabilité et apprentissage.
- Le maintien d'un certain équilibre organisationnel et de réseau est facilité par la mise en place de mécanismes de débats, de création de sens et de participation.
- Les processus d'écoute et de dialogue sont essentiels à l'appropriation du changement par les divers acteurs et à la résolution des résistances au changement.

Rythme du changement

- Le degré d'ouverture au changement est un bon indicateur de la capacité d'un secteur à réaliser un changement.
- Les transformations trop rapides ou trop lentes réduisent les possibilités de réussites des projets de changement.
- L'atteinte de résultats relativement rapides, et qui vont dans le sens du changement global envisagé, permet de maintenir l'engagement des acteurs en faveur du changement.

Acteurs et leadership

- Les cadres intermédiaires peuvent jouer un rôle névralgique dans la réalisation des adaptations, ainsi que dans l'implantation et l'émergence des innovations.
- L'accès aux connaissances et à l'apprentissage fait du changement une opportunité de carrière pour les employés et un mécanisme d'amélioration des conditions de travail.
- Le changement requiert la contribution de nombreux agents de changement. Un leadership partagé par un groupe d'acteurs aux positions hiérarchiques différentes et ayant accès à des sources de pouvoir et à des ressources diversifiées devrait faciliter l'émergence, la réalisation, la diffusion et la pérennisation du changement.
- L'absence d'autorité hiérarchique unique dans les réseaux nécessite l'engagement actif des hauts dirigeants concernés (équipe stratégique, membres du comité de direction, membres du conseil d'administration et partenaires influents).

Évaluation et rétroaction

- La réalisation d'un changement délibéré doit être encadrée par une démarche d'évaluation et par des mécanismes de rétroaction qui permettent de cerner les aspects positifs et négatifs des processus de changement et des effets collatéraux qu'ils engendrent, de mesurer les progrès réalisés, de connaître les résultats, et d'ajuster l'intervention aux difficultés rencontrées, tout en gardant le focus sur l'objectif initial.

La méthode de gestion du changement que nous présentons à la section suivante tient compte de l'ensemble de ces constats, tout en portant une attention particulière à quatre d'entre eux.

- Les hauts dirigeants doivent développer une vision mobilisatrice qui donne un sens général à la direction à prendre.
- Les moyens à privilégier pour implanter un changement doivent être adaptés au contexte dans lequel le changement sera réalisé.
- Les organisations qui réussissent le mieux leur transformation délibérée utilisent un plan de réalisation formel.
- La gestion du changement ne répond qu'en partie à des règles précises de planification.

3 UNE MÉTHODE DE GESTION DU CHANGEMENT ASSOCIÉE À L'EXERCICE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Cette section présente la méthode que nous proposons pour gérer le changement en faveur de la responsabilité populationnelle au sein des CSSS et de leur territoire local. Les paragraphes suivants présentent brièvement les éléments théoriques sur lesquels repose cette méthode.

- **L'hypothèse centrale**

Les trois attitudes organisationnelles face au changement (s'adapter, innover, maintenir le statu quo) sont présentes à des degrés divers au sein d'une organisation et de son réseau de partenaires. Pour introduire un changement comme la responsabilité populationnelle, il faut s'attendre à ce que certains groupes aient un intérêt à s'ajuster au changement, que d'autres aient un désir d'apprendre et d'innover, et que d'autres cherchent à maintenir intact le fonctionnement en vigueur.

- **La combinaison de trois approches théoriques**

Des quatre approches théoriques de la gestion du changement que nous avons présentées⁸, trois ont été combinées pour construire la méthode de gestion du changement que nous proposons : l'approche délibérée, l'approche émergente et l'approche par processus de traduction. La combinaison de ces trois approches permet de miser simultanément sur quatre mécanismes de gestion du changement qui favorisent la réussite du changement organisationnel :

- la formulation d'une orientation stratégique générale (la vision);
- le recours à une planification formelle;
- la mise en place des conditions qui favorisent l'adaptation du changement au contexte local;
- le recours au dialogue en vue de créer l'ouverture en faveur du changement et d'ajuster ce dernier aux possibilités et aux priorités locales.

- **Les lieux de passage**

Les lieux de passage privilégiés par notre méthode sont : les petits succès, le rythme soutenu, le partage des intentions et l'appropriation du changement.

- **Les modèles de vitalité organisationnelle**

Les modèles de vitalité organisationnelle pour lesquels opte notre méthode sont le clonage et l'enracinement. Ce choix s'est imposé parce qu'il **permet d'introduire le changement à partir d'un portefeuille de projets cohérents avec les orientations systémiques, la vision organisationnelle et les priorités d'action territoriales**. Cette façon de faire conduit à la consolidation de l'exercice de la responsabilité populationnelle de façon graduelle, ce qui donne de l'espace pour que les projets puissent prendre forme en synchronisation avec les priorités des partenaires locaux et les opportunités présentes sur le territoire.

⁸ Approche délibérée, approche par un leader visionnaire, approche émergente et approche par processus de traduction.

Le tableau 5 fait ressortir les forces, provenant des différentes approches théoriques ou modèles de gestion du changement, que permet de combiner notre méthode de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle.

Tableau 5 Les principales forces des théories en gestion du changement que permet de combiner notre méthode

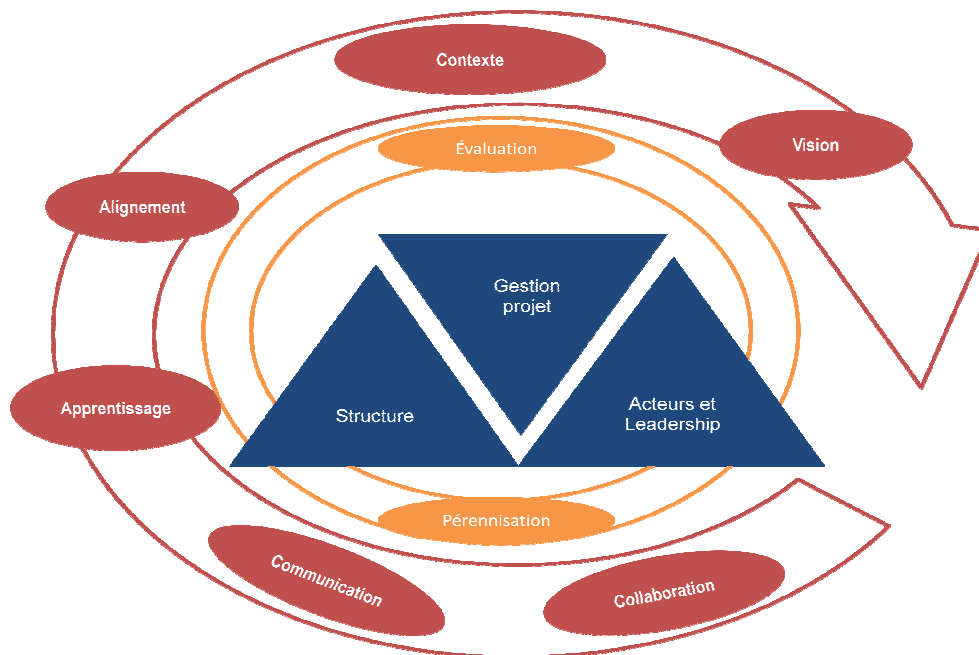
Les forces du guide	Ce qu'elles permettent de faire	Approche(s) ou modèle(s) d'où elles proviennent
Apprentissage organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffler un mouvement continu de revitalisation, d'ouverture aux meilleures pratiques et aux interventions pertinentes; - Capitaliser sur les forces innovantes présentes dans l'organisation et le réseau. 	Émergente Traduction
Vision	<ul style="list-style-type: none"> - Donner une orientation cohérente avec les grandes politiques systémiques; - Maintenir le cap sur l'objectif à atteindre. 	Délibérée Délibérement émergente
Portefeuille de projets	<ul style="list-style-type: none"> - Approcher le changement par secteurs circonscrits, ce qui facilite la gestion du changement; - Ajuster le changement aux particularités locales; - Accumuler les petits succès et l'acquisition d'expériences transférables d'un projet à l'autre. 	Clonage
Processus de dialogue et d'écoute	<ul style="list-style-type: none"> - Facilite l'élaboration de sens; - Permet aux réalisateurs du changement de se l'approprier; - Permet d'ajuster le projet et la vision au contexte dans lequel le changement sera réalisé; - Facilite les arbitrages; - Prévient et permet de gérer les résistances au changement. 	Traduction Enracinement
Engagement et soutien des instances hiérarchiques supérieures	<ul style="list-style-type: none"> - Facilite la réussite des projets; 	Délibérée Délibérement émergente
Planification formelle	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les besoins, les interventions et les ressources disponibles; - Utiliser les données probantes; - Définir des procédures rigoureuses d'implantation; - Suivre l'implantation; - Mesurer les résultats; - Faciliter l'ajustement de l'intervention à son contexte de réalisation. 	Délibérée
Rôle central aux cadres intermédiaires	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter le maintien de l'équilibre organisationnel et l'engagement des opérations en faveur du changement. 	Délibérement émergente

Concrètement, la méthode de gestion du changement associée à la responsabilité populationnelle que nous avons développée a trois composantes (Figure 2).

- 1) Le moteur du changement : les aspects stratégiques. Ces éléments sont en rouge dans la figure.
- 2) Les piliers du changement : structure, acteurs, leadership et gestion de projets. Ces éléments sont en bleu dans la figure.
- 3) Les conditions de succès et de consolidation du changement : évaluation et pérennisation. Ces éléments sont en orange dans la figure.

Ces composantes prennent appui sur deux outils indispensables pour réaliser l'exercice de la responsabilité populationnelle : a) la maîtrise des connaissances au regard des besoins de la population, des ressources disponibles et des meilleures pratiques connues; b) la présence de structures de collaboration fonctionnelles.

Figure 2 Les trois composantes de la méthode de gestion du changement



La méthode suggérée vise à donner des outils aux gestionnaires pour développer une planification formelle du changement, pour tenir compte aussi des aspects non linéaires de son fonctionnement et pour faciliter son ajustement au contexte local. Dans ses trois composantes notre méthode met l'accent sur les points qui suivent.

- 1) L'importance pour les gestionnaires d'avoir une bonne connaissance et compréhension du changement à introduire et du contexte dans lequel le changement sera réalisé.
- 2) L'importance des mécanismes de dialogue et d'écoute pour réaliser le changement et pour composer avec les controverses, les diverses interprétations et la répartition des

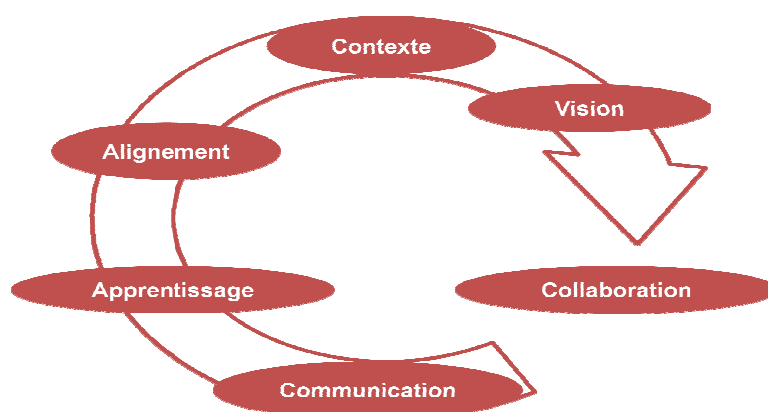
pouvoirs qui influencent la capacité de changer de l'organisation et des réseaux de partenaires.

- 3) L'importance d'une planification structurée, mais flexible et ajustable, ainsi qu'une définition partagée des rôles et des responsabilités des gestionnaires, des intervenants et des partenaires pour faciliter l'implantation des projets.
- 4) L'importance d'insuffler au sein des organisations de santé et de services sociaux une culture d'apprentissage; ce qui est une base essentielle au développement de leur capacité continue d'adaptation et d'innovation.

3.1 LE MOTEUR DU CHANGEMENT : LES ASPECTS STRATÉGIQUES (ROUGE)

Les aspects stratégiques du changement ont six composantes : la vision, le contexte, la collaboration, la communication, l'apprentissage et l'alignement (Figure 3). Pour engager l'organisation et le RLS dans un processus de changement, il faut d'abord élaborer la **vision** du changement et la partager avec l'ensemble des collaborateurs et des partenaires. L'élaboration et le partage de la vision nécessitent une compréhension étoffée du **contexte**, l'existence de structures de **collaboration** et de décision fonctionnelles, et un plan de **communication** approprié. Comme les changements associés à la responsabilité populationnelle peuvent entraîner des modifications significatives dans les valeurs, les pratiques et la compréhension des besoins, les gestionnaires et les intervenants peuvent avoir besoin de formation (**apprentissage**) pour acquérir ou fortifier les connaissances et compétences nécessaires à la réalisation du changement. De plus, les changements à introduire auront tendance à défaire l'équilibre organisationnel et celui des relations que l'organisation entretient avec ses partenaires. Pour faciliter le changement au sein de leur organisation et de leur réseau de partenaires, les CSSS doivent s'assurer que les différentes composantes du réseau et de l'organisation sont le plus compatibles possibles avec le changement à réaliser. C'est ce que nous appelons l'**alignement**.

Figure 3 Le moteur du changement : les aspects stratégiques



La figure 3 indique qu'il faut continuellement vérifier la compréhension que les acteurs ont du contexte, reformuler la vision en fonction de l'évolution de cette compréhension, acquérir régulièrement de nouvelles connaissances et compétences, s'assurer de la solidité du partenariat et de la cohérence des actions tout au long du parcours du changement, et revoir

fréquemment le plan de communication. Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons chacun de ces éléments.

3.1.1 Comprendre le contexte

La compréhension du contexte dans lequel s'inscrit le changement est essentielle à la formulation de la vision et à la gestion en réseau. **Les connaissances qu'il faut détenir pour développer une compréhension sensible du contexte** interne et externe au CSSS sont les suivantes.

- Le **portrait de la population** du territoire : état de santé et de bien-être; profil des déterminants (habitudes de vie, conditions sociales et économiques); qualité de vie; iniquités en matière de problématiques sociales et de santé.
- Le **portrait des services, des ressources** disponibles pour la population du territoire (ressources locales, régionales et supra régionales) **et de leur utilisation**, afin de connaître les forces et les lacunes des continuums de services et des réseaux de partenaires.
- Le **portrait des partenaires** pour cerner leurs zones d'influence, leur logique d'action, leurs compétences particulières et leurs interactions, c.-à-d. ce qui les unit et ce qui les divise.
- Les **principales caractéristiques socio-politico-économiques du territoire** pour en connaître les atouts, les principaux enjeux, de même que les initiatives présentes ou en émergence qui peuvent contribuer à la solution des problèmes et au travail sur les déterminants de la santé.

Le portrait de la population ainsi que celui des ressources et des services se brossent à partir des banques de données existantes, des analyses réalisées par les différentes instances de santé publique, et à partir des connaissances concrètes des intervenants. Pour sa part, le portrait des partenaires vise à cerner les caractéristiques de l'environnement dans lequel les projets seront planifiés, gérés et réalisés. Ces caractéristiques affectent inévitablement les positions des partenaires, leur ouverture au changement, les relations qu'ils entretiennent entre eux et leur propension au conflit ou à la coopération. Benson (1975) a identifié six dimensions auxquelles il faut porter attention pour cerner le contexte de collaboration. Il s'agit des ressources, du pouvoir, de l'autonomie, des alliances, de la richesse de l'environnement et des mécanismes de contrôle de l'environnement sur le réseau (Tableau 6).

Ainsi, la connaissance du contexte dans lequel évolue le CSSS permet d'apprécier les besoins de santé et de bien-être de la population, et de cerner les forces qui sont favorables ou défavorables au changement. Elle permet également de circonscrire les thématiques prioritaires pour les partenaires et d'identifier les partenaires stratégiques, soit ceux qui vont rallier les autres, ainsi que les partenaires névralgiques, ceux sans lesquels le projet ne peut fonctionner (Bilodeau, Lapierre et Marchand 2003).

Tableau 6 Les dimensions à partir desquelles le contexte de collaboration doit être cerné

Dimensions	Caractéristiques
Concentration/dispersion des ressources	<ul style="list-style-type: none"> - Les ressources auxquelles ont accès les différents partenaires proviennent-elles d'un nombre limité d'organisations ou au contraire émanent-elles de canaux diversifiés? - Plus les sources de financement seront contrôlées par un petit nombre d'organismes, moins le réseau aura d'autonomie d'action. - Plus les sources de financement seront fragmentées, plus le réseau aura de la latitude pour résister aux stratégies de rupture.
Concentration/dispersion du pouvoir	<ul style="list-style-type: none"> - Y a-t-il des organisations qui participent au réseau et qui, dans l'environnement, ont un pouvoir dominant sur les autres? - Plus le pouvoir est concentré dans un nombre limité d'organisations, plus la coopération entre les partenaires est dépendante du soutien de ces organisations au projet du réseau.
Autonomie/dépendance	<ul style="list-style-type: none"> - Jusqu'à quel point le réseau est-il contrôlé par les forces au sein de l'environnement? - Plus les organisations membres du réseau auront de l'autonomie d'action à l'égard de leur source de financement et de leurs alliances environnementales, plus il leur sera possible d'adhérer et d'investir dans la réalisation du projet commun.
Composition des alliances dans l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> - Dans quels secteurs socio-économiques se concentrent les alliances environnementales des différentes organisations membres du réseau de partenaires? - Sont-elles concentrées dans la fonction publique, dans les organisations citoyennes, dans certains groupes ethniques, dans certains groupes de clients, etc.? - Comment ces alliances affectent-elles les actions, les décisions ou les orientations des organisations membres?
Abondance/rareté des ressources de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> - L'environnement dispose-t-il de nombreuses ressources financières, d'expertise, d'influence? - Les environnements ayant peu de ressources sont désavantagés, ce qui peut entraver significativement les opportunités de coopération.
Mécanismes de contrôle de l'environnement sur le réseau	<ul style="list-style-type: none"> - Les mécanismes de contrôle auquel l'environnement soumet les organisations membres du réseau sont-ils formels et autoritaires ou correspondent-ils davantage à des incitatifs? - Plus ces mécanismes seront formels et autoritaires, plus le réseau de partenaires rencontrera des difficultés pour introduire de nouvelles façons de faire.

Adapté de Benson 1975

Il y a sept niveaux possibles d'engagement des acteurs dans un projet de changement. Ces niveaux correspondent à des degrés d'ouverture des acteurs au changement. Face à un projet de changement, les acteurs peuvent être engagés, adhérents, favorables, ambivalents, contre, défavorables ou indifférents (Tableau 7) (Iles et Sutherland 2001).

Tableau 7 Niveaux d'engagement possibles des acteurs dans un projet de changement

Degré d'ouverture au changement		Caractéristiques
+++	Engagé	Favorable au changement. Prêt à créer les conditions nécessaires à sa réussite.
++	Adhérent	Soutient le changement.
+	Favorable	Trouve que c'est une bonne initiative.
—	Ambivalent	Pas hostile au changement, mais ne change pas facilement de pratique.
--	Défavorable	Ne voit pas les côtés positifs du changement, mais ne fait pas de cabale contre.
---	Contre	Ne voit pas les côtés positifs du changement et s'oppose publiquement au projet.
∅	Indifférent	Ne s'intéresse pas au changement. Il s'en fiche.

Adapté de Iles et Sutherland 2001

Pour leur part, les groupes de partenaires les plus ouverts au changement peuvent être repérés par leur degré d'intérêt en regard du projet de changement. Cet intérêt se capte par différents paramètres dont : a) leur expérience antérieure positive de changement; b) la concordance de leur mission avec le projet; c) la nature de leurs activités; d) les liens de collaboration qu'ils ont avec les représentants de l'établissement; e) leurs forces en regard du changement à réaliser; les fenêtres d'opportunités qui se présentent à eux; etc. (Benson 1975; Cameron, Granfield et Iles 2001; Renaud et Lafontaine 2011).

Pour orienter les actions à entreprendre en vue de mobiliser les différents partenaires, il est important de combiner le degré d'intérêt d'un secteur pour le changement avec la capacité d'influence de ses membres. Le Tableau 8 est un outil qui permet de réaliser cette combinaison. Il vise à cerner les acteurs qui seront les partenaires incontournables du projet, soit ceux qui ont un grand intérêt et une grande influence (les partenaires stratégiques). Il permet aussi d'identifier ceux qui ont une grande influence, mais peu d'intérêt pour le projet (les partenaires névralgiques). Les promoteurs d'un projet de changement doivent porter une attention particulière à ces derniers acteurs. Ils doivent prendre en considération leurs préoccupations et, si nécessaire, ajuster le projet en conséquence afin de faire progresser leur intérêt en faveur du changement.

Tableau 8 Le degré d'ouverture d'un secteur au changement

Capacité d'influence	Degré d'intérêt			
	Aucun 1	Peu 2	Plutôt élevé 3	Grand 4
Très élevée 4				
Élevée 3		Mobiliser et susciter l'adhésion (névralgique)		Engager étroitement et influencer (stratégique)
Faible 2				
Aucune 1		Assurer un suivi minimal		Informé

Adapté de Renaud et Lafontaine 2011

En somme, tout le travail permettant de bien connaître le contexte dans lequel évoluent le CSSS et le RLS va faciliter la formulation de la vision, l'identification des principales priorités, la mise en commun des intérêts, des savoirs et des ressources, de même que l'élaboration de projets. Il ne faut pas oublier que la **compréhension du contexte se construit avec le temps**. Il s'agit d'un processus **continu qui doit être réalisé tant par les hauts dirigeants que par les cadres intermédiaires et les intervenants engagés dans la réalisation des projets de changement**. Ceci permet d'avoir une connaissance à la fois élargie et pointue du contexte dans lequel les projets de changement s'inscrivent. C'est cette compréhension du contexte qui va faciliter le repérage des modèles de vitalité organisationnelle les plus appropriés et des lieux de passage les plus prometteurs pour favoriser la réalisation des projets.

3.1.2 Formuler la vision

En début de démarche, pour s'engager dans la transformation et faciliter la planification et la réussite des projets, l'organisation doit élaborer sa vision du changement. La vision correspond à l'orientation stratégique de l'organisation et du changement à réaliser. Elle se construit à partir de la compréhension du contexte et des principales caractéristiques du changement à introduire. La vision doit être formulée dans une perspective de changement global et à long terme. Elle doit pouvoir donner naissance à plusieurs projets d'envergure variable (Mento, Jones et Dirndorfer 2002; Golden 2006; Lemire et Litvak 2011). **L'objectif de la vision du changement est de donner une impulsion stratégique, de dresser un portrait clair des domaines clés qui doivent être améliorés et des changements qui s'imposent.**

Pour être en mesure d'identifier clairement la destination du changement, il faut bien connaître son point de départ. La vision se développe donc à partir d'une compréhension étoffée des raisons qui alimentent le changement, d'une réflexion sur la nature du changement à réaliser et de ses implications, d'une compréhension sensible de l'environnement dans lequel évoluent l'organisation et le réseau local de services, ainsi qu'à partir de l'identification des arguments qui permettront de légitimer le changement auprès des acteurs concernés.

La formulation de la vision peut se faire à partir d'images contrastantes qui permettent de visualiser rapidement la situation existante et celle que le changement veut introduire au regard des services et de l'action sur les déterminants de la santé. Pour alimenter la réflexion visant à formuler la vision, le Tableau 9 présente des points de comparaison entre trois contextes de gestion avec lesquels les CSSS ont actuellement à composer pour assurer à la fois le fonctionnement de leur organisation et introduire les changements que nécessitent l'amélioration de la qualité, de la pertinence des services et l'action sur les déterminants de la santé.

Le Tableau 9 indique que les CSSS ont à réaliser le passage d'une organisation traditionnelle, axée sur les producteurs de services et structurée en silo, à une organisation articulée autour de deux nouveaux axes :

- **un axe patient** qui demande de structurer la production de services par continuum et de s'engager dans un processus continu d'amélioration de la qualité des services et des processus;
- **un axe résultats** qui demande à l'organisation et au réseau de partenaires sectoriels et intersectoriels de travailler à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population du territoire (Fine, Golden et al 2009; Rondeau 2012).

Pour réaliser ce changement, les CSSS doivent faire preuve de leadership pour stimuler l'adoption d'une culture de qualité, d'amélioration et de formation continues, d'optimisation de l'utilisation des ressources et d'atteinte de résultats de santé et de bien-être au sein de leur organisation et de leurs réseaux de partenaires. Leur vision du devenir organisationnel doit être suffisamment mobilisatrice pour faire naître des projets dans différents secteurs de l'organisation et du réseau de partenaires qui permettront d'actualiser le changement.

La formulation de la vision doit se faire, se préciser et évoluer en fonction des échanges qu'elle suscite, des projets concrets qu'elle stimule et de la mouvance des pressions qui s'exercent sur l'établissement et sur son environnement. Toutefois, dès sa première étape de diffusion, elle doit présenter le projet général de transformation comme étant le point de convergence vers lequel devront tendre les projets concrets de changement. Elle doit aussi identifier les nouveaux modes d'organisation du travail (équipe multidisciplinaire, travail en réseau, continuum de services) et les nouveaux rôles professionnels (gestionnaires de projet, intervenants-pivots, etc.) qui seront introduits par le changement. Elle doit cerner les principales incohérences qui risquent de subvenir et les moyens qui pourront être utilisés pour y pallier. Elle doit également présenter les mécanismes qui seront disponibles pour soutenir l'acquisition de compétences, ainsi que les

Tableau 9 Éléments de réflexion pour formuler la vision

	Contexte de gestion traditionnel des établissements (axe curatif)	Contexte de gestion nécessaire à l'amélioration des services (axe patient)	Contexte de gestion nécessaire aux actions sur les déterminants de la santé (axe résultats)
Objectif	Donner des services aux utilisateurs pour qu'ils recouvrent un état de santé optimal et où le déroulement de l'intervention est le plus fonctionnel possible pour les intervenants.	Améliorer l'accès , la réponse aux besoins mal desservis, la continuité, la performance, la qualité et la pertinence des services et des interventions, ainsi que la fluidité de l'information.	Améliorer la santé et le bien-être de la population.
Structure des activités	En silo Spécialités, services, départements : colloque singulier, diagnostic-traitement.	Transversale Continuum de services : équipe multi, gestionnaires de cas, inf. cliniciennes, diagnostic-traitement + activités de prévention et promotion pour individus et groupes de patients	En réseau Actions sectorielles et intersectorielles concertées sur les déterminants de la santé.
Moteur de la production	Le bon fonctionnement de la production interne : clinique et administratif.	La clientèle (le patient) Coordination des ressources internes et externes.	Les besoins de la population Coopération avec les partenaires.
Modèle de gestion dominant	Gestion des ressources pour répondre à la demande.	Gestion des processus pour produire un résultat déterminé et améliorer la qualité des services.	Gestion des connaissances pour agir sur les déterminants de la santé.
Caractéristiques du modèle de gestion dominant	Autoritaire et directif qui récompense et blâme l'individu : centralisation des pouvoirs, contrôle des ressources, multiplication des normes et hiérarchisation des rôles.	Matriciel : plusieurs sources d'autorité, ententes de services, orienté sur le client, les résultats, l'équipe, le soutien à l'apprentissage, le chemin des causes des problèmes.	Vision partagée de l'objectif. Ajustement des rôles et des contributions de chacun. Mécanismes d'échange, de partage d'information, d'intérêts, de concertation et d'influence. Soutien à l'apprentissage.
Indicateurs de performance	Le volume réduit les coûts.	Supprimer le gaspillage réduit les coûts. Améliorer en continu la qualité et la pertinence réduit les coûts.	Produire la santé et le bien-être, s'assurer de la pertinence des interventions et optimiser l'utilisation des ressources réduisent les coûts.

L-H Trottier 2013

différentes ressources qui seront mises à contribution. Lors de la première étape, l'**objectif de la diffusion de la vision** est de deux ordres : 1) **établir les bases de la communication** avec les intervenants, les gestionnaires et les partenaires; 2) **mobiliser un noyau d'acteurs influents** en faveur du changement (Kotter 1996; Contandriopoulos 2003; Denis *et al.* 2011a).

3.1.3 Construire et maintenir le contexte de collaboration

L'insertion des CSSS au sein des réseaux de partenaires sectoriels et intersectoriels est essentielle pour qu'ils parviennent à se restructurer en fonction des deux nouveaux axes sur lesquels leur mandat est construit. De façon générale, on sait que les réseaux de partenaires permettent de multiplier et de reconfigurer les ressources et les connaissances auxquelles les organisations ont accès pour répondre à leur mandat ou pour atteindre certains de leurs objectifs. Ainsi, **les réseaux permettent de mobiliser des organisations autonomes en vue de réaliser des projets qu'elles ne pourraient atteindre sans la contribution des autres**. Un des principaux constats qui ressort de l'analyse des réseaux de partenaires est qu'ils sont toujours habités par le dilemme conflit/coopération (Arranz et de Arroyabe 2007). Suivant cette logique, **pour réussir des projets en réseau, il faut trouver les partenaires pour lesquels le projet a le plus d'intérêt et qui sont donc les plus enclins à coopérer**.

La coopération au sein des réseaux réside dans l'opportunité d'accéder à des ressources décuplées pour contribuer à un objectif commun, alors que le conflit s'inscrit dans la volonté d'acquérir et de contrôler ces ressources pour atteindre des objectifs particuliers que poursuit une organisation membre ou une coalition d'organisations membres (Benson 1975). **Un enjeu central de la gouvernance des réseaux est donc de mettre en place des mécanismes qui vont faciliter le développement et le maintien des relations de coopération entre leurs membres** (Dhanaraj et Parkhe 2006). **Il y a quatre dimensions à partir desquelles se structurent les relations au sein d'un réseau : la culture, le consensus sur les zones d'influence de chacun, la reconnaissance de l'expertise d'autrui et la coordination des activités des membres du réseau**.

- Le développement d'une **culture cognitive commune** est primordial à la coopération au sein du réseau. Cette culture se construit à partir de la circulation des connaissances. Plus cette circulation sera fluide au sein du réseau, c.-à-d. moins elle sera concentrée seulement sur quelques pôles du réseau, plus les membres auront une culture commune qui leur permettra de partager un système de signification qui facilite les échanges entre eux, la combinaison de connaissances hétérogènes, le développement d'actions qui contribuent à l'objectif commun et la participation de tous à ces activités (Barlatier et Thomas 2007).
- Le **consensus sur les zones d'influence** de chacun correspond aux ententes tacites et explicites entre les participants sur le rôle, les responsabilités et l'espace d'influence que chacun peut occuper au sein du réseau (Benson 1975). Plus ce consensus est flou, plus les jeux de pouvoir seront actifs et plus les organisations centrales au sein du réseau auront des opportunités pour accaparer les ressources en fonction de leur projet particulier.
- La **reconnaissance de l'expertise** correspond au jugement des organisations membres sur la qualité du travail réalisé par les autres organisations du réseau. Cette reconnaissance est essentielle au respect mutuel qui est à la base de la coopération au sein des réseaux de partenaires (Benson 1975).
- La **coordination** correspond à l'articulation des activités d'au moins deux organisations du réseau. Plus les organisations participantes seront fortement engagées dans des

mécanismes de coordination efficaces de leurs activités, plus les ressources du réseau serviront l'objectif commun (Benson 1975).

Comment soutenir la reconnaissance d'expertise de chacun? Comment créer une culture commune? Comment parvenir à un consensus sur les zones d'influence de chacun? Ceci se réalise graduellement par :

- le travail de réseautage que nécessite la mobilisation des acteurs-clés;
- le partage d'une compréhension commune de la responsabilité populationnelle, du profil du territoire au regard des déterminants de la santé, des besoins comblés et non comblés, des services présents et à développer;
- l'élaboration, le partage et la reformulation de la vision du changement;
- l'ordonnancement des priorités permettant d'actualiser la responsabilité populationnelle sur le territoire local⁹;
- l'échange sur les rôles, les responsabilités, les champs d'action et les réseaux d'influence de chacun;
- l'organisation d'activités qui permettent de faire valoir l'expertise de chacun;
- le développement de mécanismes qui facilitent la coordination des activités des partenaires;
- le repérage des secteurs les plus aptes à réussir un changement à court terme.

La création et la consolidation des réseaux de partenaires constituent un travail continu. Les réseaux ne doivent jamais être pris pour acquis. Les intérêts des membres des réseaux peuvent évoluer très rapidement. Il est important de suivre cette évolution et de s'y ajuster régulièrement.

3.1.4 Communiquer : informer, écouter, dialoguer

La communication accompagne l'ensemble du processus de changement. Elle permet de partager la vision et la connaissance du contexte, de faire connaître les raisons qui motivent le changement, d'appuyer les projets, de mobiliser les acteurs, d'échanger avec eux, de donner de la rétroaction sur l'évolution des projets et de célébrer les bons coups. **Un plan de communication** doit être élaboré et révisé régulièrement. Ce plan **doit accompagner l'ensemble du processus de changement, ainsi que chaque projet de changement**. Il doit également permettre de préparer les acteurs aux effets positifs et négatifs du changement.

Une communication efficace repose sur différents paramètres dont voici les principaux : a) un langage simple, clair et adapté à l'auditoire qui mise sur les métaphores; b) des messages honnêtes, francs et opportuns; c) des messages clés répétés; d) un communicateur crédible, approprié au message et à l'auditoire; e) des mécanismes d'échange bidirectionnels, ce qui facilite l'appropriation de la vision et du projet; f) l'écoute des préoccupations et des

⁹ Les critères à prendre en considération pour s'entendre collectivement sur des priorités d'action sont présentés au Tableau 12, section 3.3.3.

objections; et g) des mécanismes de rétroaction (Mento, Jones et Dirndorfer 2002; Lavis, Robertson *et al.* 2003; Nonaka, von Krogh et Voelpel 2006; Charbonneau 2009).

3.1.5 Apprentissage et pratiques réflexives

L'introduction de changement associé à la responsabilité populationnelle fait souvent appel à des connaissances et à des compétences nouvelles ou moins bien maîtrisées par les gestionnaires et les intervenants. **Pour faciliter les processus de changement en faveur de la responsabilité populationnelle, il est important d'outiller les acteurs et de leur faciliter l'accès à des formations et à des lieux de réflexion qui leur permettront d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à la réalisation et à la gestion du changement.**

Pour soutenir les organisations dans l'identification de leurs besoins de formation, l'IPCDC a développé un référentiel qui identifie les compétences, les connaissances, les habiletés et les attitudes requises pour exercer la responsabilité populationnelle. Ce référentiel permet de cerner les savoirs-agir individuels, collectifs et organisationnels présents dans l'organisation et ceux qui doivent être acquis ou consolidés pour faciliter l'actualisation de la responsabilité populationnelle à partir de cinq grandes compétences :

- 1) Analyser et dégager une vision collective des besoins, des interventions et des partenariats avec le réseau local de services.
- 2) Engager l'organisation dans une démarche commune avec les acteurs afin de renforcer le travail en réseau/parteneriat pour répondre aux besoins de la population.
- 3) Adapter les services et les interventions pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population, de même que l'expérience de soins et de services d'un territoire.
- 4) Initier et soutenir les changements organisationnels pour l'adaptation des services et des interventions de l'organisation et du réseau local de services.
- 5) Évaluer les services et les interventions réalisés par le CSSS et ses partenaires pour en connaître la performance et l'effet sur le maintien et l'amélioration de la santé de la population.

De plus l'IPCDC offre des activités de formation et de réflexion dans le domaine de la santé publique, de la gestion du changement et du développement des communautés qui permettent aux intervenants et aux gestionnaires d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à l'exercice de la responsabilité populationnelle. Ces activités sont : le microprogramme en santé publique, compétences en action en santé publique et en gestion du changement, les groupes de réflexion sur la gestion du changement, le microprogramme en gestion du changement et responsabilité populationnelle et les formations en soutien au développement des communautés.

Enfin, le recours aux processus rétroactifs d'information, d'écoute et de dialogue, de partage de connaissances et d'intentions avec les collaborateurs internes et externes, sont de bons mécanismes pour créer des lieux d'interactions au sein des équipes de travail et des réseaux

de partenaires. De tels processus permettent de soutenir le développement de pratiques réflexives et la capacité d'apprentissage des intervenants (Boffo 2003).

3.1.6 Alignement des composantes organisationnelles et de réseau

L'introduction d'un changement de l'envergure de la responsabilité populationnelle a nécessairement des répercussions souhaitées et non souhaitées au sein des continuums de services et dans les relations que les acteurs entretiennent entre eux (Golden 2006). Le changement a tendance à diminuer la concordance au sein des organisations, des continuums de services et des réseaux de partenaires. **Pour stimuler le développement d'une concordance organisationnelle compatible avec le changement à réaliser, plusieurs analystes suggèrent d'adopter des mesures qui feront en sorte que les choix des acteurs seront plus cohérents avec les nouveaux objectifs visés et qu'il y aura ainsi moins d'incohérence organisationnelle et moins de réactions visant à retrouver l'équilibre antérieur** (Institute of Medicine 2001; Pink *et al.* 2006 – cité par Custers *et al.* 2008). De façon générale, **plus les mesures utilisées dans l'ensemble du système de santé et de services sociaux sont cohérentes entre elles et avec le changement envisagé, plus elles pourront avoir d'impact sur les comportements des acteurs et sur la cohésion des différentes composantes de l'organisation et des réseaux.**

Les mesures permettant d'agir sur la concordance peuvent concerner différents aspects de l'organisation du travail. Nous pensons entre autres aux incitatifs monétaires, à la reconnaissance et à la valorisation du personnel, au contenu des activités, à la qualité des relations, à un niveau satisfaisant de ressources, à la qualité de l'environnement physique, aux habiletés personnelles (*self-efficacy*), au développement des capacités et des connaissances, etc. (Blegen 1993; Contandriopoulos *et al.* 1996; Ashford *et al.* 1999; Bauman *et al.* 2001; Javier, Montes, Moreno et Fernandez 2003).

L'introduction d'incitatifs financiers (modes de rémunération, primes, etc.) est souvent utilisée pour orienter le comportement des acteurs dans la direction recherchée. On sait, par exemple, que dans le cadre du paiement à l'acte les incitatifs financiers ont une influence significative sur la pratique des médecins (Robinson 2001; Godsdén *et al.* 2001). Par contre, les systèmes de primes (*Pay-for-Performance Incentives*), qui ont été adoptés par de grandes organisations comme le NHS en Angleterre et les HMO aux États-Unis, en vue de stimuler les activités de prévention chez les médecins, n'obtiennent pas les résultats escomptés (Hurley *et al.* 2011). Même si les incitatifs financiers n'ont pas toujours une efficacité sans faille, lorsqu'on introduit un changement, il est préférable qu'il n'y ait pas trop de discordance entre ces incitatifs et les nouvelles pratiques qui doivent être adoptées. En général, le remaniement des incitatifs financiers est plus à la portée des instances supérieures que des **gestionnaires d'établissements**. Néanmoins, ces derniers **ont un rôle important à jouer dans ce domaine afin de sensibiliser les instances supérieures aux incitatifs financiers qui leur semblent nécessaires à mettre en place pour faciliter l'adoption des nouvelles pratiques.**

Pour leur part, **les dirigeants d'établissements ont de l'emprise sur d'autres leviers de l'organisation du travail et du partenariat qui agissent notamment sur la valorisation du personnel, la qualité des relations de travail et de collaboration, ainsi que sur le**

développement des compétences et des connaissances du personnel. Ces principaux leviers sont ceux qui permettent de :

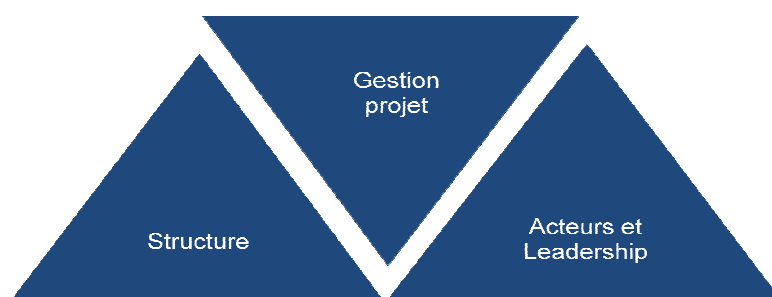
- faire avancer les mentalités par la circulation de l'information qui permet aux acteurs de mieux comprendre les enjeux qui propulsent le changement;
- se doter de structures de collaboration, de rétroaction et d'échange de manière à faciliter l'engagement des acteurs en faveur du changement;
- faciliter l'adoption des nouvelles pratiques en faisant du changement un moment privilégié d'amélioration des conditions de travail, des compétences, des connaissances et des opportunités de carrière.

Comme le souligne Langley et Denis (2008), **pour soutenir la réalisation du changement, il faut assurer la convergence de trois dimensions du fonctionnement organisationnel : les mentalités, les structures et les activités.** Lorsque l'organisation introduit un changement délibéré, l'alignement de ces trois dimensions peut être facilité par l'adoption d'une démarche rationnelle et planifiée qui laisse de l'espace aux échanges. L'utilisation d'indicateurs de réalisation du changement et de mécanismes de rétroaction permet de suivre l'implantation du changement, d'identifier les lieux de blocage et d'agir de manière à réduire en cours de réalisation les incohérences organisationnelles ou de réseau que le changement fait apparaître.

3.2 LES PILIERS DU CHANGEMENT : LA RÉALISATION DE PROJETS (BLEU)

Les piliers sur lesquels notre méthode propose de s'appuyer pour introduire des projets de changement sont : la structure, les acteurs, le leadership et la gestion de projets.

Figure 4 Les piliers du changement



3.2.1 La structure : les équipes de gestion du changement

L'introduction d'un changement délibéré se fait généralement à partir de trois équipes : l'équipe stratégique, l'équipe tactique et l'équipe opérationnelle (Tableau 10). Souvent, dans les projets d'optimisation de type *Lean*, la gestion de projet repose sur deux équipes : l'équipe stratégique et l'équipe terrain qui regroupe ce que nous nommons l'équipe tactique et l'équipe opérationnelle. Dans les faits, peu importe le nombre d'équipes impliquées dans la gestion du changement, ce dont il faut s'assurer c'est que des

représentants de tous les niveaux hiérarchiques nécessaires à la réalisation du projet soient engagés dans le processus de planification et de gestion du projet (cadres supérieurs, cadres intermédiaires, intervenants et opérateurs). Nous présentons ici les trois équipes de gestion du changement, en vue de faire ressortir les rôles et responsabilités qui doivent être assumés par les équipes de gestion du changement, ainsi que les principaux enjeux auxquels elles font face. Cependant, deux équipes peuvent amplement suffire pour gérer le changement dans la mesure où elles regroupent des représentants de tous les acteurs touchés par la planification, la gestion et la réalisation du projet, et qu'elles permettent de couvrir l'ensemble des rôles et responsabilités dévolues aux trois équipes que nous présentons dans les paragraphes qui suivent.

Chacune des équipes de gestion du changement intervient à des niveaux de décision et d'action différents. Les caractéristiques générales à considérer pour choisir les membres de chacune de ces équipes sont : leur expertise et leur capacité à trouver des solutions, leur influence dans leur secteur respectif, la force et la diversité de leur réseau et la qualité de leur réputation (Kotter 1996; Golden 2006; Fine, Golden *et al.* 2009).

L'**équipe stratégique** est principalement composée des dirigeants du CSSS, tant administratifs que cliniques, et des dirigeants des autres instances sectorielles et intersectorielles interpellés par le projet de transformation. Les rôles et responsabilités de l'équipe stratégique sont de :

- formuler la vision et de faire émerger la volonté de changement au sein de l'organisation et du réseau de partenaires;
- mobiliser un noyau de partenaires stratégiques;
- construire la légitimité du changement;
- maîtriser la connaissance des enjeux présents dans l'environnement interne et externe;
- ajuster les orientations, les ressources, les structures, les règles et les incitatifs de manière à les rendre plus cohérents avec le changement envisagé;
- faciliter l'accès à la formation permettant d'acquérir les connaissances et les compétences appropriées au changement;
- mettre en place des règles de fonctionnement qui soutiennent les actions en réseau;
- se préoccuper de la dynamique des relations entre les acteurs (Arranz et de Arroyabe 2007; Rondeau 2008; Rondeau et Jacob 2008).

Tableau 10 Les équipes de gestion du changement

Équipe	Composition	Rôles et responsabilités	Enjeux
Stratégique	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigeants administratifs et cliniques, à l'interne et à l'externe du CSSS 	<ul style="list-style-type: none"> - Formuler la vision - Construire la légitimité du changement - Maîtriser la connaissance des enjeux - Mobiliser - Faciliter l'accès à la formation - Assurer la cohérence des règles et des incitatifs avec les objectifs du changement 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser le noyau acteurs influents - Développer et maintenir la confiance et la coopération entre les acteurs - Résoudre les confrontations et les blocages associés à la mise en œuvre du projet - Maintenir l'équilibre fonctionnel de l'organisation et du réseau
Tactique	<ul style="list-style-type: none"> - Experts - Cadres supérieurs - Cadres intermédiaires (dont le gestionnaire de projet) 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer le projet - Répertorier les meilleures pratiques - Élaborer le plan d'exécution - Mettre en place des mécanismes de collaboration - Développer des outils d'implantation - Identifier les compétences à consolider et à développer 	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre le changement réalisable - Assurer la cohérence du projet avec vision - Ajuster l'infrastructure au changement - Maintenir la fonctionnalité organisationnelle et la fonctionnalité du réseau - Faciliter l'acquisition et la consolidation des compétences
Opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Gestionnaire de projet - Acteurs dont les activités sont directement transformées par le changement 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser l'équipe de travail - Soutenir l'appropriation du projet - Cerner les activités à transformer - Identifier les obstacles et les pistes d'amélioration à partir connaissances expérientielles 	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser le changement

L-H Trotter 2013

Les principaux enjeux de l'équipe stratégique sont de mobiliser un noyau d'acteurs influents favorables au changement, de développer et maintenir la confiance et la coopération entre les acteurs, et de créer un environnement favorable au changement qui se maintient dans le temps (IHI 2005; Provan et Kenis 2007; Fine, Golden *et al.* 2009). C'est à l'équipe stratégique que revient la responsabilité de résoudre les confrontations et les

blocages qui apparaissent entre la mise en œuvre du changement et l'équilibre fonctionnel de l'organisation et du réseau (Rondeau 2002).

L'**équipe tactique** est composée d'experts, de cadres supérieurs et de cadres intermédiaires, dont le gestionnaire de projet. Ces personnes, qui proviennent de l'interne et de l'externe du CSSS, ont une bonne connaissance des processus et de la dynamique du continuum de services. De plus, elles ont des expertises diversifiées, ce qui permet de multiplier les points de vue et les façons de faire au sein de l'équipe. Les rôles et responsabilités de l'équipe tactique sont de :

- développer le projet;
- répertorier les meilleurs pratiques;
- élaborer le plan d'exécution;
- mettre en place les mécanismes de collaboration, de dialogue et de mobilisation;
- développer les outils de soutien à l'implantation et à l'évaluation;
- identifier les compétences à consolider et à développer pour réussir la transformation (Kotter 1996; Mento, Jones et Dirndorfer 2002; Cash *et al.* 2003; IHI 2005; Rondeau 2008).

Les principaux enjeux de l'équipe tactique sont de rendre le changement réalisable, d'assurer la cohérence des projets avec la vision générale, et de maintenir les liens avec les deux autres équipes de gestion du changement. C'est à cette équipe qu'incombe la responsabilité de maintenir au quotidien la fonctionnalité organisationnelle, tout en ajustant le travail des équipes au projet de changement et en facilitant l'actualisation des nouvelles compétences (Rondeau 2002).

L'**équipe opérationnelle** regroupe le gestionnaire de projets et les acteurs qui ont à réaliser le changement, c.-à-d. les personnes dont les pratiques seront directement transformées par le changement. **L'enjeu central pour l'équipe opérationnelle est de trouver les solutions les mieux adaptées à la réalité locale afin de faciliter la réalisation du projet.** Plusieurs soulignent que pour accroître les chances de réussite de cette équipe, il faut prioriser les actions à gain élevé, soit celles qui nécessitent des efforts peu ou moyennement contraignants (Lauzon 2010). Les rôles et responsabilités de cette équipe sont de :

- mobiliser les membres de l'équipe de travail;
- soutenir la création de sens et l'appropriation du projet par les intervenants et les opérateurs;
- identifier les processus actuels et cerner les éléments à transformer;
- identifier les obstacles et les pistes d'amélioration à partir des connaissances que détiennent les personnes directement engagées dans les processus à transformer (Lauzon 2010; Lemire et Litvak 2011).

Selon Rondeau (2002), chacune des équipes de gestion du changement réussit à maintenir assez facilement une cohérence d'action interne. C'est dans les interfaces entre ces équipes

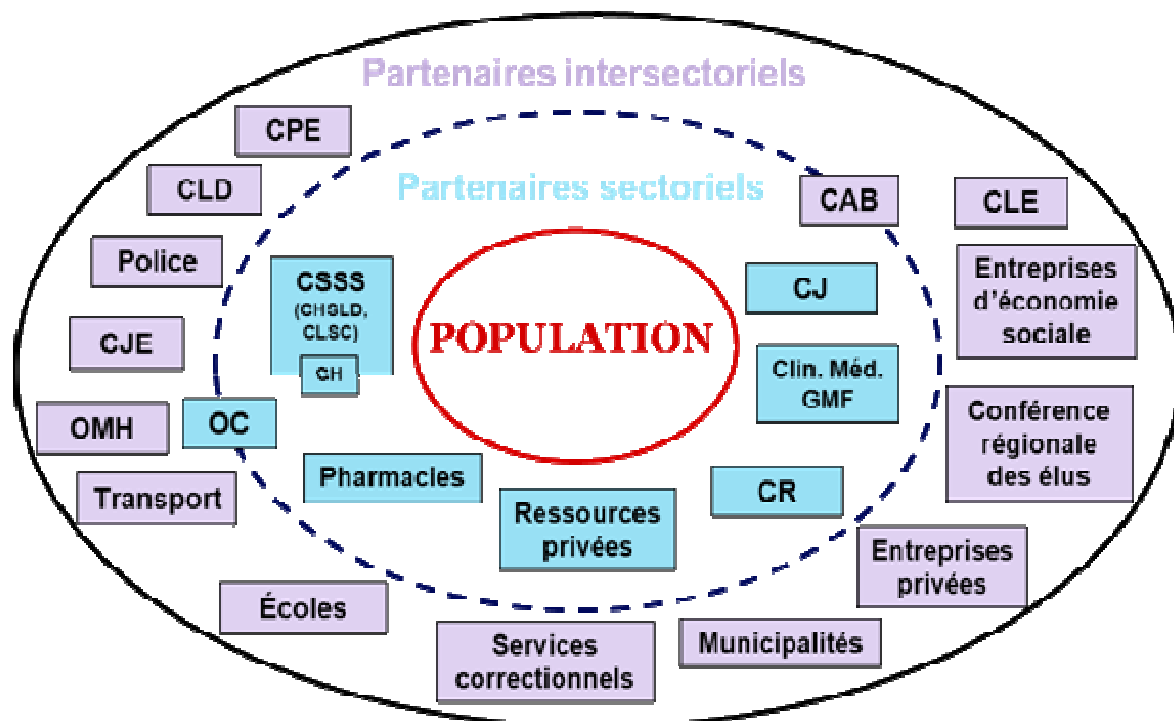
que se jouent les principaux enjeux que soulève la gestion du projet de changement. La résolution de ces enjeux nécessite de :

- maintenir les relations actives entre l'équipe stratégique et les deux autres équipes de gestion du changement;
- faciliter une prise de décision à l'intérieur de chaque équipe qui soit en cohérence avec la vision globale du changement et sensible aux suggestions des équipes tactiques et opérationnelles;
- manœuvrer entre les forces d'inertie et celles favorables au changement qui sont présentes au sein de l'organisation et du réseau.

3.2.2 Les acteurs et le leadership

Les projets associés à la responsabilité populationnelle se réalisent en partenariat avec de nombreux acteurs sectoriels et intersectoriels qui proviennent de diverses organisations et de tous les niveaux hiérarchiques (Figure 5). Cette diversité d'acteurs nécessite l'engagement actif des hauts dirigeants (équipe stratégique, membres du comité de direction, membres du conseil d'administration et partenaires influents) tout au long du processus de changement pour maintenir la mobilisation et la cohérence des actions par rapport à la vision (Lemire et Litvak 2011). Le contexte de réseau, dans lequel plusieurs projets de changement en faveur de la responsabilité populationnelle doivent être réalisés, place ces projets dans un environnement où le pouvoir est diffus. Ceci fait en sorte que les

Figure 5 Les acteurs interpellés par les projets de responsabilité populationnelle



IPCDC 2013, inspiré du MSSS

projets de changement sont généralement portés par des acteurs qui proviennent d'horizons diversifiés, qui poursuivent à la fois des objectifs convergents et divergents et **qui ont des capacités d'influence dans des sphères socio-politico-économiques différentes**. Dans un tel contexte, la mobilisation des acteurs est probablement plus facile à réaliser à partir d'un leadership collectif qui s'appuie sur plusieurs personnes et sur un partage dynamique des rôles entre eux (Denis, Lamothe et Langley 2001; Friedrich *et al.* 2011). Rocher (2008) regroupe les principaux **acteurs du changement en cinq catégories : les concepteurs (visionnaires), les promoteurs, les modélistes, les diffuseurs et les réalisateurs** (Tableau 11). Tous ces acteurs participent au changement, soit pour le formuler, le légitimer, l'entourer d'adeptes, lui trouver les ressources nécessaires, le planifier, lui donner du sens, le gérer ou le réaliser. On peut associer à chaque équipe de gestion du changement certaines catégories d'acteurs. Ainsi, l'équipe stratégique est principalement composée de visionnaires et de promoteurs, l'équipe tactique de concepteurs, de modélistes et de diffuseurs, et l'équipe opérationnelle est presque exclusivement composée de réalisateurs.

Plusieurs acteurs engagés dans la transformation doivent et peuvent assumer des fonctions de leadership pour faciliter la création de sens, la mobilisation, la réalisation et le succès des projets de changement dans leur milieu et à leur niveau respectifs. Le leadership doit donc s'exercer dans tous les contextes où évolue le projet soit : 1) à l'intérieur de l'organisation, au sein de l'équipe de direction et du conseil d'administration, de même que dans les équipes de projet et les équipes de travail; 2) à l'extérieur de l'organisation, au sein des instances hiérarchiques supérieures du système de santé, des réseaux de partenaires, des instances sectorielles autonomes et des instances intersectorielles impliquées dans les projets de changement.

Tableau 11 Les acteurs du changement et les équipes auxquelles ils sont rattachés

Acteurs et équipes	Rôles
Concepteurs (visionnaires) Équipe stratégique	À l'origine du processus : - Formuler et présenter la vision - Construire la légitimité - Faciliter l'engagement en faveur du changement - Action fondamentale au début, puis périphérique
Promoteurs Équipe stratégique	- Premier relais de diffusion et de mobilisation - Présence tôt dans le processus, en périphérie par périodes, action nécessaire durant tout le processus
Modélistes Équipe tactique	- Planifier le projet de changement - Mettre en place les mécanismes de participation, de traduction et de mobilisation
Diffuseurs (passeurs) Équipe tactique et équipe opérationnelle	- Diffuser le projet : expliquer les intentions, les buts et les modalités; recevoir les suggestions et les faire cheminer au sein du projet, dans l'organisation et dans le réseau
Réalisateurs Équipe opérationnelle	- Opérer le changement par la modification des pratiques

Adapté de Rocher 2008

En plaçant le leadership parmi les piliers du changement, nous insistons sur le fait que **le changement en faveur de la responsabilité populationnelle demande un effort collectif qui repose sur l'apport différentiel et complémentaire de nombreux acteurs actifs et influents. L'influence de tous ces acteurs est essentielle pour faire avancer les idées et pour mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation du changement dans chacune de leur sphère d'action.** Le leadership à développer pour atteindre les changements associés à la responsabilité populationnelle doit :

- permettre de responsabiliser un grand nombre de personnes;
- aider à instaurer à large échelle une meilleure compréhension des enjeux;
- faciliter l'échange d'information et le partage des ressources;
- soutenir les processus de dialogue et de création de sens;
- permettre d'engager le plus grand nombre de personnes à l'atteinte des buts (Neath 2007; Luc 2010; Friedrich *et al.* 2011).

En fait, la transformation a plus de chances de réussir si les environnements internes et externes légitiment et soutiennent l'effort de changement, s'ils se mobilisent pour réaliser l'objectif commun et si ces environnements se structurent de manière à influencer les groupes sur lesquels chacun a du pouvoir formel (Rondeau 2002; Luc 2010).

3.2.3 La gestion de projets

La méthode que nous préconisons pour réaliser la responsabilité populationnelle repose sur le développement d'un portefeuille de projets qui vise l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Ce portefeuille de projets se déploie en fonction des grandes priorités d'action locale, régionale et provinciale. Le développement de tels projets doit suivre des étapes de planification rigoureuses, même si fréquemment ces dernières doivent être revisitées. **Lorsque la planification de projets débute, le CSSS a élaboré sa planification stratégique. Il s'est donc doté d'outils de base.** Ces outils, qui représentent les assises à partir desquelles les projets peuvent s'élaborer, correspondent à la présence :

- d'une **vision** générale de la transformation en faveur de la responsabilité populationnelle qui a été partagée avec les acteurs stratégiques et tactiques de l'interne et de l'externe du CSSS;
- de **structures décisionnelles et de collaboration** internes et externes fonctionnelles;
- d'un **portrait général de la population** du territoire, portant sur ses caractéristiques socio-économiques, sur ses besoins et sur les principaux enjeux liés aux déterminants de la santé;
- d'un consensus collectif au sein du RLS et du CSSS sur les **domaines d'action prioritaires** à partir desquels entamer la transformation des pratiques en faveur de la responsabilité populationnelle;
- d'un bassin d'**acteurs favorables** au changement au sein de l'organisation et du RLS, prêt à se mobiliser dans les projets qui seront développés;

- d'échanges sur le **partage des rôles, des responsabilités et des zones d'influence** respectifs des acteurs stratégiques;
- d'une **réflexion sur les lieux de passage** à privilégier pour faciliter la transformation en faveur de la responsabilité populationnelle au sein du CSSS et du RLS.

La réalisation d'un projet de changement passe par deux grandes étapes : 1) la conception du projet et la mobilisation des acteurs tactiques et opérationnels; 2) la gestion et la réalisation du projet. Les deux prochaines sections présentent chacune de ces étapes.

3.2.3.1 Concevoir le projet et mobiliser les acteurs tactiques et opérationnels

La planification d'un projet de changement doit s'inscrire à l'intérieur d'un domaine qui a été retenu prioritaire par le CSSS et le RLS. De tels domaines prioritaires recourent par exemple : les habitudes de vie des enfants, le suicide chez les hommes, la sécurité physique des personnes âgées, etc. Idéalement, la planification des projets associés à la responsabilité populationnelle doit émerger d'un processus d'échange avec les principaux collaborateurs et partenaires qui participeront à la gestion et à la réalisation du projet. La planification du projet commence donc par la mise en place de l'équipe tactique et de ses partenaires. La première tâche de cette équipe et de ses collaborateurs sera d'identifier et d'analyser les principaux problèmes et enjeux que rencontre le domaine priorisé et de statuer sur lequel de ces problèmes ou de ces enjeux le projet sera focalisé. Cette première tâche demande de connaître :

- les problèmes et leur importance à l'intérieur du domaine auquel cette équipe s'intéresse;
- les groupes ou les clientèles concernés qui sont les plus affectés;
- les facteurs qui influencent ces problèmes positivement et négativement;
- les activités ou stratégies connues qui permettraient d'améliorer les pratiques et d'agir sur la santé et le bien-être.

Ce travail conduit donc à recueillir l'information nécessaire pour être collectivement en mesure de **décider de la priorité sur laquelle portera le projet**. Dans le cadre de la responsabilité populationnelle, **il y a au moins quatre types de critères à prendre en considération pour retenir une priorité : des critères d'importance, des critères de pertinence, des critères de faisabilité et des critères éthiques** (Tableau 12). Ces critères peuvent également être utilisés pour établir les priorités stratégiques du CSSS et du RLS au regard de la responsabilité populationnelle.

Pour **déterminer cette priorité d'action conjointement avec les collaborateurs internes et les partenaires** du RLS qui sont interpellés par le domaine priorisé, **il est nécessaire d'entreprendre d'abord un travail de mobilisation et de conscientisation** auprès d'eux. Ce travail se réalise à partir d'activités qui permettent d'informer et d'échanger :

- sur le portrait de santé et de bien-être de la population du territoire en regard du domaine d'intérêt;

Tableau 12 Les critères pour déterminer une priorité d'action ou une priorité stratégique

Critères	Indicateurs
Importance	<p>Ampleur du problème :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qui et combien de personnes sont touchées? - Quel est l'écart territorial par rapport à la norme ou par rapport à la moyenne régionale, provinciale ou nationale? - Quelle importance les partenaires et la population accordent-ils à ce problème?
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> - Adéquation avec les besoins de la population. - État actuel des interventions : forces et lacunes. - Capacité d'intervenir sur les causes du problème de façon efficace. - Action sur plusieurs déterminants ou facteurs de risque.
Faisabilité	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance des causes ou des déterminants du problème. - Possibilité d'améliorer les interventions : identification des interventions prometteuses ou exemplaires et des stratégies efficaces qui permettront d'agir sur les différents déterminants ou facteurs. - Cohérence avec le mandat et le rôle des organisations qui seront mises à contribution. - Disponibilité des ressources et facilité de les mobiliser pour réaliser la priorité. - Faisabilité politique : la priorité s'inscrit-elle dans les orientations locales, régionales et nationales?
Éthique	<ul style="list-style-type: none"> - La priorité permet-elle de redistribuer les bénéfices et les risques de façon équitable? - Les actions permettront-elles d'intervenir pour le bien de la population ou lui seront-elles nuisibles? - La priorité permet-elle de porter attention aux groupes vulnérables?

Iles et Sutherland 2001; Agence de la santé publique du Canada 2011; Renaud et Lafontaine 2011; Pineault 2012.

- sur les forces et les lacunes de l'offre actuelle de services dans ce domaine;
- sur le sens à donner à la responsabilité populationnelle;
- sur la vision du changement en faveur de la responsabilité populationnelle qui a été développée par le CSSS;
- sur la structure de collaboration/partenerariat qui facilitera la transversalité et le partenariat.

Cette mobilisation va permettre à l'équipe tactique de se faire **connaître par ses collaborateurs et partenaires, ainsi que d'approfondir sa propre connaissance de ces derniers**. Pour acquérir une bonne connaissance des partenaires, les membres de l'équipe tactique doivent porter attention à différentes caractéristiques de leurs collaborateurs et partenaires, soit :

- leur mission, la nature de leurs activités, leurs principales clientèles, l'étendue de leurs ressources, leur latitude décisionnelle et d'action, leurs compétences particulières, les réseaux dans lesquels ils évoluent, leurs zones d'influence, etc.

Une fois que les collaborateurs et partenaires ont commencé à être mobilisés et que la priorité d'action a été arrêtée avec eux, il faut **préciser l'objectif du projet**. La formulation de l'objectif du projet est une étape cruciale car elle permet de clarifier ce que l'on veut améliorer. **L'objectif de chaque projet doit être formulé de manière à être spécifique (S), mesurable (M), atteignable (A), réaliste (R) et déterminer dans le temps (T) (SMART)** (Lemire et Litvak 2011). (Tableau 13).

Tableau 13 L'objectif du projet formulé selon les critères SMART

<p>Exemple d'objectif de projet :</p> <p>D'ici 2015, avoir augmenté de 25% le nombre d'enfants du primaire qui consomment au moins 5 fruits et légumes par jour</p>
<p>L'objectif d'un projet doit être formulé de manière à être SMART</p> <p>Spécifique (S); Mesurable (M); Atteignable (A); Réaliste (R); déterminé dans le Temps (T)</p> <p>Illustration de l'objectif en fonction des critères SMART</p> <p>Spécifique : consommer 5 fruits et légumes par jour</p> <p>Mesurable : nombre de fruits et légumes et pourcentage d'augmentation</p> <p>Atteignable : augmenter le nombre d'enfants du primaire et non toute la population</p> <p>Réaliste : la cible est de 25%</p> <p>Temps : d'ici 2015</p>

Lorsque la priorité et l'objectif du projet sont cernés, il faut les faire entériner par l'équipe stratégique et, si nécessaire, par les autres instances supérieures concernées. Cette étape nécessite de décrire le problème à résoudre et la nouvelle situation désirée. Elle exige aussi de montrer en quoi le projet de changement contribuera aux orientations stratégiques de l'organisation, à celles du RLS, ainsi qu'à celles de la région et du système de santé et de services sociaux. Pour faciliter l'acceptation du projet par les hauts dirigeants, il peut aussi être utile de faire ressortir les principaux critères d'importance, de pertinence, de faisabilité et éthiques qui ont conduit à retenir cette priorité.

L'étape suivante est la **conception du projet**. **Il est préférable de concevoir le projet avec les collaborateurs et les partenaires qui participeront à sa gestion et à sa réalisation.** Cette façon de faire permet d'engager les gens en faveur du changement et de désamorcer bon nombre de résistances, puisque le projet aura été conçu de manière à tenir compte de leurs préférences, des opportunités qui se présentent à eux et des compétences qu'ils ont ou qu'ils souhaitent acquérir. Ce sont les interactions répétées entre les gestionnaires et les futurs opérateurs du projet qui vont permettre de moduler le projet en fonction des contextes locaux dans lesquels il prendra vie. À plus long terme, l'ajustement des projets au contexte de réalisation va soutenir la capacité de l'organisation et du réseau à transformer régulièrement ses pratiques et à devenir une organisation performante. **Les opérateurs jouent un rôle clé dans la capacité de changement des organisations.** Pour pouvoir jouer ce rôle, ils doivent s'appropriier le projet, lui donner un sens concret pour eux et l'intégrer dans leurs pratiques. **Il est donc important de les impliquer dans la conception**

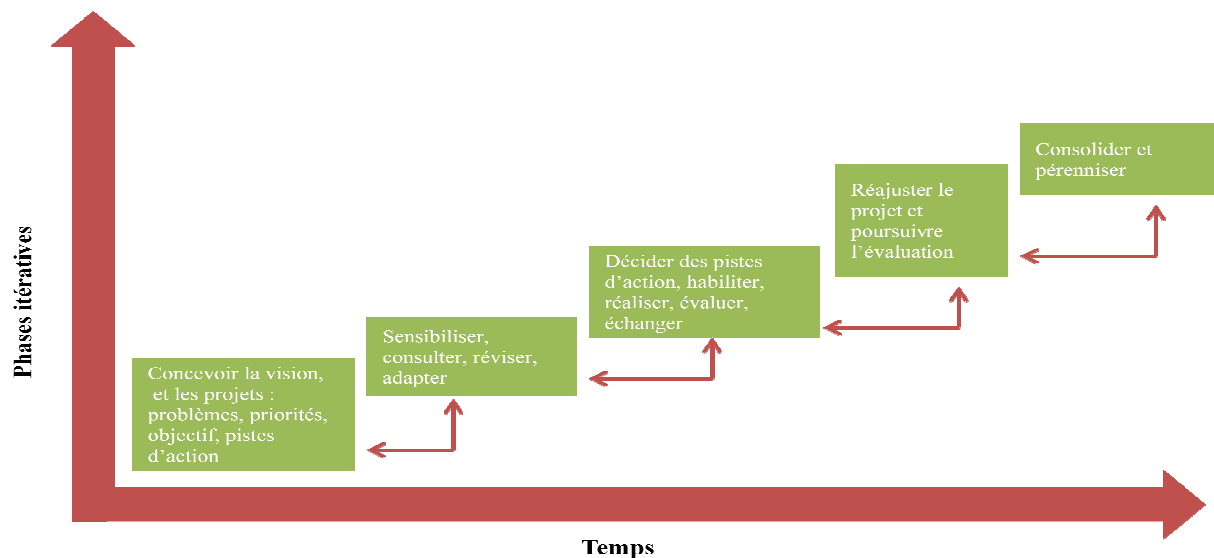
du projet et de ses outils, dans l'élaboration et l'utilisation des indicateurs de suivi et d'évaluation du projet, ainsi que dans la mise en place des mécanismes continus de rétroaction.

Ainsi, l'ensemble des structures de collaboration, de concertation et de décision à partir desquelles les CSSS doivent travailler visent à favoriser l'enracinement d'un processus collectif et continu de changement au sein des CSSS et de leur RLS. Toute cette approche interactive, que nous décrivons depuis la formulation de la vision, demande de réaliser des retours réguliers sur le processus de changement afin d'ajuster ses différentes étapes aux informations qui émanent des échanges, de la construction de sens collectif, de la mise en commun des savoirs, des façons de faire et des lieux de passage possibles (Latour 1989; Demers 2002; Boffo 2003). La Figure 6 présente les principaux moments de rétroaction et d'ajustement auxquels devraient se soumettre les processus de changement.

En somme, la conception du projet conduit à préciser les éléments suivants :

- **Statuer sur les activités et les processus qui seront implantés** et utilisés pour atteindre l'objectif du projet. Par exemple, les activités ou processus peuvent viser à renforcer les connaissances, à aménager les milieux physiques pour faciliter les choix santé, à former les acteurs périphériques au changement (ex. les enseignants), à soutenir la concertation locale, etc.
- **Spécifier à qui s'adresseront les activités** ou stratégies : enfants, parents, professeurs, personnels des cuisines, journalistes, grand public, etc.
- **Présenter les facteurs sur lesquels les activités doivent agir** : connaissances, attitudes, valeurs, comportements, aptitudes, contexte, etc.
- **Développer les outils** qui permettront d'actualiser ces activités ou stratégies.
- **Identifier le territoire couvert et les principaux partenaires impliqués dans le projet.**
- **Cerner les conditions de réalisation :**
 - ressources nécessaires : financières, humaines, matérielles, technologiques et de formation. Sont-elles disponibles? Peuvent-elles être acquises ou rendues accessibles dans un délai raisonnable?
 - position occupée par le projet dans les priorités du continuum, de l'organisation, du RLS, de la région et du système de santé et de services sociaux;
 - intérêt des acteurs-clés pour le projet;
 - conséquences du projet : effets sur les autres continuums, sur la clientèle, sur le personnel, sur les services administratifs ou de soutien, sur différentes composantes du contexte local (par exemples sur les infrastructures municipales), etc.

Figure 6 Les principales phases itératives et d'ajustement du processus de changement



Adapté de Charbonneau 2009

3.2.3.2 Gérer et réaliser le projet

La gestion de projet vise à s'assurer de son développement et de son bon déroulement. Pour être en mesure d'élaborer, d'implanter et de suivre le projet, il est important de **nommer un chargé de projet et un directeur qui le parraine**. La marge de manœuvre et les rôles respectifs de ces deux personnes doivent être clarifiés en début de projet et présentés aux membres des équipes, aux gestionnaires de l'organisation et aux partenaires engagés dans le projet dès l'enclenchement du processus. Le **directeur qui parraine le projet** est imputable de son succès ou de son échec. Il doit veiller à la cohérence du projet au regard des orientations stratégiques, et il doit assurer sa promotion au sein de l'organisation et du RLS. C'est à lui de mobiliser ses collègues en faveur du changement et de faciliter l'alignement et la contribution des autres secteurs de l'organisation à la réussite du projet. Pour sa part, le **rôle du chargé de projet** est de veiller, au quotidien, au bon déroulement du projet. C'est à lui d'informer le directeur qui parraine le projet de l'évolution de celui-ci et des embûches qu'il rencontre. C'est également à lui d'établir les liens avec les équipes engagées dans la réalisation du projet et de s'assurer de la conciliation des points de vue différents. Le chargé de projets doit aussi s'assurer que les acteurs impliqués dans la réalisation du projet s'entendent sur les contributions, les rôles et les responsabilités de chacun. Le chargé de projet est membre d'office des équipes tactiques et opérationnelles, afin de voir à la gestion du projet et d'assurer la liaison entre ces équipes et la cohérence de leurs actions.

De façon générale, pour gérer et réaliser le projet, il faut accomplir les tâches suivantes :

- **S'entendre** avec les acteurs engagés dans le projet **sur les contributions, les responsabilités et les rôles de chacun.**

- **Spécifier les livrables**, c'est-à-dire les résultats qui témoigneront des réalisations concrètes du projet en regard du processus et des résultats, et identifier les responsables, les activités ou les tâches à réaliser pour chaque livrable. Les livrables permettent de préciser l'échéancier du projet, les principales étapes de sa réalisation, le moment où elles devraient être complétées en tout ou en partie, de même que l'impact souhaité. L'élaboration de l'échéancier doit tenir compte du temps qui sera consacré au projet par les personnes qui auront à réaliser les activités et les tâches.
 - Un livrable en regard du processus correspond par exemple à la signature d'une lettre d'entente entre les organisations actives dans le projet (le CSSS, les écoles, les organismes communautaires, etc.), ou à l'élaboration d'un dépliant promotionnel, ou à des outils de formation du personnel des organisations participantes, etc.
 - Un livrable au regard des résultats intermédiaires correspond par exemple à la réduction de l'offre de croustilles et de boissons sucrées à l'école ou dans l'environnement immédiat, ou à la réduction de l'offre d'aliments riches à la cafétéria. Alors qu'un livrable au regard des résultats ultimes du projet serait la hausse de la consommation de légumes par les élèves, etc.
- **Identifier les mécanismes de suivi**, d'évaluation et de contrôle en regard : de la structure, du processus, des résultats, du partenariat et des effets collatéraux¹⁰.
- **Faire des rétroactions régulières** auprès des acteurs stratégiques du CSSS et du RLS et auprès des intervenants afin de les informer sur les progrès accomplis et de trouver des solutions aux difficultés rencontrées. Les rétroactions doivent être très fréquentes auprès des acteurs opérationnels, alors qu'elles peuvent être réalisées aux deux mois auprès des acteurs stratégiques (Sirkin, Keenan et Jackson 2005).

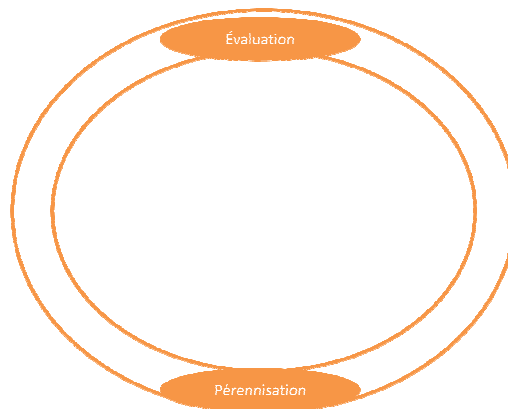
En somme, **l'objectif de la planification, de la gestion et de l'implantation d'un portefeuille de projets de changement en faveur de la responsabilité populationnelle est de soutenir et de développer la capacité de l'organisation et du réseau à transformer ses pratiques de façon routinière**, c.-à-d. à devenir une organisation apprenante et innovante en vue d'améliorer en continu la santé et le bien-être de la population du territoire. Les nouvelles habitudes que les projets de changement vont créer dans les façons de faire à l'interne et à l'externe vont conduire à consolider les changements introduits par les projets et à pérenniser graduellement le changement mis de l'avant par l'énoncé de vision.

3.3 LES CONDITIONS DE SUCCÈS ET DE CONSOLIDATION DU CHANGEMENT (ORANGE)

Une fois que **le changement** est enclenché, il y a **une condition incontournable pour le réussir**, c'est **la mise en place de mécanismes d'évaluation** qui fournissent de l'information sur son évolution, sur l'atteinte de ses objectifs et sur les processus de participation. Pour sa part, **la consolidation du changement passe par la pérennisation de l'approche populationnelle**, ainsi que **des processus et des nouvelles pratiques introduits par les projets et qui donnent des résultats positifs**.

¹⁰ Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont présentés à la section 3.3.1.

Figure 7 Les conditions de succès et de consolidation du changement



3.3.1 L'évaluation

De façon générale, l'évaluation d'une transformation peut être réalisée à différents moments de l'implantation de la vision organisationnelle ou du processus de réalisation d'un ou de plusieurs projets (Brouselle *et al.* 2009). La présente section s'intéresse exclusivement à **l'évaluation en cours de projet**. L'évaluation concomitante à la réalisation d'un projet **consiste à colliger les données de suivi du projet et du partenariat, et à documenter les obstacles, les facilitateurs ou les imprévus qui surviennent, en vue de réajuster et d'adapter l'intervention en cours de réalisation**. L'objectif de cette évaluation est d'obtenir l'information nécessaire pour corriger la trajectoire au besoin, comprendre comment et pourquoi le projet réussit ou non à atteindre les livrables et les résultats escomptés, et à identifier les écarts d'exécution du projet par rapport à ce qui avait été planifié (Lemire et Litvak 2011). Les écarts d'exécution peuvent être positifs ou négatifs, mais leur documentation est toujours instructive pour la suite des choses.

L'évaluation d'un projet doit permettre de connaître l'évolution de ses diverses composantes. Du point de vue de l'évaluation, un projet est généralement constitué de trois composantes : la structure, le processus et les résultats. La structure englobe l'utilisation des ressources et la gestion du projet; le processus concerne les activités à réaliser; les résultats réfèrent à l'impact que les interventions doivent avoir sur la santé et le bien-être ou sur les éléments intermédiaires ou proximaux qui devraient permettre de s'en approcher (Pineault 2012).

Les indicateurs retenus pour mesurer chacune de ces dimensions (la structure, le processus et les résultats) ne doivent pas être nombreux. L'objectif de ces indicateurs est d'informer sur l'aspect le plus significatif de chaque composante du projet et sur la principale conséquence collatérale que chacune d'elle peut avoir. Pour déterminer le ou les indicateurs d'évaluation qui permettront de suivre la réalisation du projet, il faut préciser ce qui doit être apprécié dans chaque composante du projet. **Les indicateurs de structure** qui seront retenus **permettront d'apprécier l'utilisation des ressources et l'adéquation des mécanismes de gestion et de coordination**. Pour leur part, **les indicateurs de processus viseront à cerner le rythme d'avancement du projet et la qualité de la collaboration avec les partenaires**. Enfin, **les indicateurs de résultats apporteront de l'information sur l'effet des interventions au regard de l'objectif du projet (effet ultime) ou des réalisations intermédiaires prévues dans le projet (effets proximaux)**. Le Tableau 14 donne des

exemples de questions à se poser pour trouver les indicateurs d'évaluation à utiliser selon chaque composante du projet. Il présente aussi des exemples d'effets collatéraux potentiels et il donne des exemples d'indicateurs possibles pour apprécier chaque composante du projet.

Un indicateur d'évaluation est un outil qui permet de capter la variation entre ce qui fut planifié et ce qui se passe en réalité. Pour s'assurer que l'on mesure vraiment ce qui se passe à l'intérieur du projet, les indicateurs choisis doivent être valides et fiables, c'est-à-dire qu'ils doivent permettre de témoigner correctement du résultat obtenu (validité) et qu'ils doivent permettre de mesurer le même phénomène dans le temps (fiabilité : la variation des résultats ne doit pas être due au hasard).

L'élaboration des indicateurs se fait de pair avec le choix des outils de collecte de données et avec l'identification des sources d'information qui seront mises à contribution. Les outils peuvent être des grilles de suivi de projet, des grilles d'analyse de dossiers, des tableaux de bord pour suivre l'utilisation des ressources humaines et financières, des sondages téléphoniques, des questionnaires complétés par les réalisateurs du projet, par la clientèle visée ou par des représentants des partenaires engagés dans le projet, etc. Ainsi, les acteurs engagés directement ou indirectement dans le projet sont souvent les sources d'information, c.-à-d. ceux qui fournissent les informations à partir desquelles se fera l'évaluation. Les informations peuvent aussi provenir de banques de données administratives ou populationnelles déjà existantes.

Les informations qui seront colligées grâce aux indicateurs et aux outils de collecte de données doivent être saisies, organisées et analysées en fonction d'un échéancier préétabli. Lors de la planification du projet, il faut donc prévoir, pour la réalisation de ces tâches, des ressources humaines, informatiques, et financières suffisantes. Enfin, les résultats obtenus aux différentes étapes de l'évaluation doivent être rapidement communiqués aux gestionnaires et aux réalisateurs afin de les informer du déroulement global du projet et leur permettre ainsi de s'entendre pour introduire les ajustements qui s'imposent.

En somme, l'évaluation en cours de projet repose sur cinq étapes : 1) formuler les questions d'évaluation pour chaque composante du projet (structure, processus et résultats); 2) déterminer les indicateurs; 3) développer les outils de collecte de données et identifier les sources d'information; 4) saisir, organiser et analyser les données; 5) communiquer les résultats et ajuster le projet. L'évaluation en cours de projet est un mécanisme incontournable pour connaître l'évolution des projets, maintenir la motivation des personnes engagées dans leur réalisation et pour les réussir.

Tableau 14 Exemples de questions, d'effets collatéraux et d'indicateurs permettant d'apprécier les trois composantes d'un projet de changement

Composantes du projet	Exemples de questions	Exemples d'effets collatéraux	Exemples d'indicateurs
Structure - Ressources	<ul style="list-style-type: none"> - Les ressources prévues sont-elles disponibles? suffisantes? - Les formations prévues ont-elles eu lieu? 	<ul style="list-style-type: none"> - Rotation de personnel. - Climat de travail. Surcharge de travail. Déséquilibre financier dans certains secteurs du CSSS ou du RLS dû au projet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Écart entre ressources planifiées et utilisées. - Écart entre effectifs planifiés et réellement engagés dans le projet. - Écart entre le nombre d'heures travaillées et le nombre d'heures planifiées.
- Coordination	<ul style="list-style-type: none"> - Les livrables sont-ils atteints? - L'échéancier est-il observé? - Les rôles et responsabilité sont-ils respectés? 	<ul style="list-style-type: none"> - Répercussions non prévues des nouveaux rôles et responsabilités dans le continuum ou dans d'autres secteurs du CSSS ou du RLS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Différence entre l'échéancier planifié et le moment de réalisation des livrables. - Concordance entre qui fait quoi, qui est responsable de quoi et les ententes formelles.
Processus - Activités ou outils	<ul style="list-style-type: none"> - Les activités sont-elles conformes aux lignes directrices du projet? - Les outils du projet sont-ils appropriés? 	<ul style="list-style-type: none"> - Déstabilisation des processus administratifs ou de soutien. - Impact non prévu sur les infrastructures des partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> - Différences entre l'activité planifiée et celle réalisée. - Degré d'appréciation des outils du projet.
- Partenariat	<ul style="list-style-type: none"> - La collaboration des partenaires se maintient-elle dans le temps? - Est-elle satisfaisante? 	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse de la participation des partenaires aux instances de concertation. Remise en question des consensus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction des partenaires vis-à-vis de la collaboration. - Présence des partenaires aux rencontres.
Résultats - Effets ultimes	<ul style="list-style-type: none"> - L'objectif du projet est-il atteint? 	<ul style="list-style-type: none"> - L'environnement s'organise pour maintenir les habitudes que le projet veut changer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pourcentage de la clientèle visée qui a atteint l'objectif du projet.
- Effets proximaux	<ul style="list-style-type: none"> - La clientèle visée est-elle rejointe? - Les nouveaux services sont-ils disponibles? accessibles? utilisés? 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution ou stagnation de l'offre de services. - Baisse ou absence d'augmentation du taux de pénétration de la clientèle visée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pourcentage de la clientèle rejointe. - Appréciation par la clientèle des nouveaux services et de leur qualité. - Nombre de formations données.

Inspiré de Brousselle *et al.* 2009; Pineault 2012

3.3.2 La pérennisation

La pérennisation d'un projet de changement est souvent comprise comme l'ensemble des mécanismes qui permettent de stabiliser, de maintenir et d'amplifier l'effet des structures, des processus et des résultats obtenus par l'introduction d'une nouvelle activité. La pérennisation correspond effectivement à ce type de consolidation d'innovation, mais elle réfère également à un processus dynamique qui permet de soutenir l'amélioration continue des pratiques et la capacité d'apprentissage, d'adaptation et d'innovation des organisations et des réseaux. **Les mécanismes de pérennisation peuvent donc poursuivre deux objectifs : 1) stabiliser l'atteinte des résultats et assurer la routinisation des nouvelles pratiques et méthodes de travail** (Pluye, Potvin et Denis 2004); **2) poursuivre une trajectoire de changement en consolidant la capacité d'apprentissage et d'innovation au sein des équipes de travail** (Buchanan et Fitzgerald 2007).

La pérennisation des pratiques n'est pas toujours désirable. Le maintien ou la répétition de pratiques inefficaces peut avoir un impact négatif sur la performance générale des organisations et des réseaux locaux, et ainsi conduire à une offre de services mal ajustée aux besoins de santé et de bien-être de la population d'un territoire. En fait, lorsqu'on **combine les deux objectifs de la pérennisation, soit la stabilisation de l'atteinte de résultats et la poursuite d'une trajectoire de changements, l'enjeu central qui en ressort est de s'assurer que les pratiques au sein du CSSS et du RLS sont maintenues, introduites et consolidées que si elles sont efficaces et pertinentes, qu'elles répondent de manière optimale aux besoins de la population et qu'elles sont adaptées au contexte dans lequel elles sont utilisées.**

La pérennisation concerne non seulement la stabilité des projets de changement qui ont été développés, mais également la stabilité des façons de faire qui permettent d'exercer de façon constante la responsabilité populationnelle. Le rôle des gestionnaires est central dans la capacité du CSSS et du RLS d'assurer à long terme la vitalité des pratiques d'intervention, de partenariat et de planification qui permettent d'actualiser la responsabilité populationnelle.

Ultimement, la pérennisation de la responsabilité populationnelle passe par le recours systématique à l'approche populationnelle, c.-à-d. par l'adoption d'une méthode de gestion et de planification basée sur les besoins exprimés et non exprimés de la population et sur la multiplication des actions qui agissent en amont des problèmes de santé et de bien-être. En fait, la pérennisation de l'exercice de la responsabilité populationnelle s'inscrit dans un changement de culture qui repose sur l'ouverture des établissements et du RLS :

- à la connaissance maîtrisée du portrait de santé et de bien-être de la population du territoire;
- à l'amélioration continue de la qualité et de la pertinence des interventions;
- à l'augmentation significative des interventions sur les déterminants de la santé;
- à la multiplication des opportunités d'apprentissage pour les gestionnaires et les intervenants.

Par ailleurs, avant d'enclencher un processus de pérennisation ou d'expansion des nouvelles pratiques, les gestionnaires doivent se poser plusieurs questions :

- les nouvelles pratiques conduisent-elles aux résultats anticipés en ce qui concerne les besoins ciblés?
- les nouvelles pratiques améliorent-elles la performance du CSSS et du RLS?
- les nouvelles pratiques apportent-elles des solutions significatives aux divers problèmes d'efficacité, d'accessibilité et de continuité que rencontraient les interventions au préalable?
- les nouvelles pratiques influencent-elles positivement le climat de travail et la rétention du personnel au sein de l'organisation, de même que la confiance au sein des réseaux de partenaires?
- quels sont les éléments du projet qui sont suffisamment performants pour être pérennisés et quels sont ceux qui nécessitent des ajustements?
- le partage des rôles et des responsabilités entre les intervenants est-il optimal ou doit-il être révisé?

Pour introduire, déployer et pérenniser la responsabilité populationnelle au sein de leur CSSS et de leur réseau local de services, les gestionnaires doivent réfléchir aux différentes facettes du changement. Ils doivent aussi identifier les difficultés, les leviers et les opportunités qui se présentent dans leur environnement. Les divers aspects auxquels les gestionnaires doivent réfléchir ont été présentés tout au long de ce document. Le Tableau 15 reprend les principaux d'entre eux, afin que les gestionnaires aient un outil leur permettant de cerner rapidement le contexte dans lequel s'inscrit pour eux l'exercice de la responsabilité populationnelle, ainsi que le contexte particulier dans lequel évolue chaque projet. Plusieurs éléments identifiés dans ce tableau auront tendance à évoluer dans le temps. Ainsi, les difficultés et les leviers que rencontrera l'exercice de la responsabilité populationnelle seront eux aussi variables d'un projet à l'autre et d'un secteur d'intervention à l'autre. Les énoncés du Tableau 15 sont donc des éléments de réflexion sur lesquels les gestionnaires peuvent revenir sporadiquement afin de revoir leurs choix, de s'assurer qu'ils travaillent toujours dans la bonne direction et qu'ils cernent bien les contraintes et les opportunités présentes d'un secteur d'intervention à l'autre.

Tableau 15 Les conditions favorables et défavorables à la transformation et à la pérennisation des pratiques

Facteur	Questions ou Conditions	Favorable	Défavorable
Nature du changement	Le changement est-il central à l'efficacité et à la survie de l'organisation?	Central	Marginal
Contexte	Le changement est-il une réponse appropriée à l'évolution des besoins?	Oui	Non
	Y a-t-il d'autres projets majeurs qui accaparent l'attention?	Non	Oui
	Est-il facile de recruter et de retenir le personnel qualifié?	Oui	Non
	Le réseau de partenaires est-il solide?	Oui	Non ou peu
	Le projet est-il en adéquation avec les normes sociales?	Oui	Non ou peu
Stratégie	La vision est-elle claire et stimulante?	Oui	Non
	Les partenaires ont-ils participé à l'adoption des priorités stratégiques?	Oui	Non
	Les partenaires adhèrent-ils aux priorités stratégiques?	Oui	Non
	L'objectif du projet est-il clair? Est-il formulé selon les critères SMART?	Oui	Non
	Est-il pertinent de recourir à des chocs perturbateurs?	Oui, si le choc permet d'accroître l'influence des acteurs favorables au changement	Non, si le changement provoque de nombreuses résistances difficiles à assouplir
	Est-il possible de mettre en place des mécanismes qui facilitent l'appropriation du changement?	Oui	Non
	Est-il opportun de développer une planification formelle du projet?	Oui	Non, lorsque le changement doit émaner de la base de l'organisation ou du réseau
Processus	Le partage des responsabilités est-il clair?	Oui	Non
	Les comités tactiques et stratégiques de gestion du changement sont-ils fonctionnels?	Oui	Non
	Les leaders dédiés au changement ont-ils été identifiés à tous les échelons engagés dans la réalisation du projet?	Oui	Non ou en partie
	Le projet a-t-il obtenu le soutien actif des instances supérieures?	Oui	Non ou peu

Facteur	Questions ou Conditions	Favorable	Défavorable
Processus (suite)	Le plan de communication est-il fait et est-il à jour?	Oui	Non
	Le contexte organisationnel est-il turbulent?	Moments d'accalmie	Turbulence continue
Temps	Le rythme d'introduction du projet est-il soutenu, sans être trop rapide ou trop lent?	Soutenu	Trop rapide ou trop lent
	Pensez-vous obtenir ou avez-vous obtenu des résultats positifs rapidement?	Positifs assez rapides	Négatifs ou très lents
Organisationnel et de réseau	Le processus de décision est-il flexible ou autoritaire?	Flexible	Autoritaire
	Existe-t-il des mécanismes de gestion des problèmes et sont-ils efficaces?	Oui et efficaces	Aucun ou inefficaces
	La collaboration transversale et le travail en équipe sont-ils facilités?	Oui, il existe des mécanismes facilitateurs	Non. Il y a des barrières significatives
	Y a-t-il des règles qui facilitent la qualité des interventions?	Oui	Non
	La formation continue est encouragée et adéquate par rapport à la vision du changement?	Encouragée et adéquate	Non encouragée ou non adaptée
	Les bons coups dans la gestion et la réalisation des projets sont soulignés et célébrés	Oui	Non
Performance	Le changement contribue aux principaux indicateurs de performance	Oui	Non
	Les bénéfices associés au projet sont plus élevés que les coûts	Oui	Non
Culture	Le climat et les valeurs de l'organisation et du réseau de partenaires sont favorables au changement	Oui	Non
	L'amélioration continue des pratiques est une priorité de l'organisation et du réseau de partenaires	Oui	Non
	Les liens entre les nouvelles pratiques et la performance de l'organisation et du RLS sont clairs et bien compris	Oui	Non
	Les employés adhèrent aux objectifs du projet	Oui	Non
Politique	Les opposants au projet ont perdu de la crédibilité?	Oui	Non
	Les leaders du changement ont le soutien des réseaux externes	Oui	Non
	Les partenaires sont engagés dans le processus de décision	Oui	Non
	Les acteurs influents au sein du CSSS, du	Oui	Non

Facteur	Questions ou Conditions	Favorable	Défavorable
Politique (suite)	système de santé et de services sociaux et du RLS appuient le changement		
Leadership	Le leadership d'intendance au sein du CSSS et du RLS est fort	Oui	Non
	Le leadership transformationnel au sein du CSSS et du RLS est fort	Oui	Non
	Le leadership collectif au sein du CSSS et du RLS est fort	Oui	Non
	Les leaders ont la confiance des employés	Oui	Non
	Les leaders ont la confiance des partenaires	Oui	Non
Gestion	La planification du projet est crédible et légitime	Oui	Non
	Le projet est ciblé dans un secteur ouvert au changement	Oui	Non
	Les causes des problèmes font l'objet d'une analyse systématique et sont discutés	Oui	Non
	Les difficultés sont discutées	Oui	Non
	Les relations au sein de l'organisation et avec les partenaires se caractérisent par la confiance?	Oui	Non
	Les gestionnaires ont de la facilité à changer leurs pratiques	Oui	Non
	Les gestionnaires sont favorables au changement	Oui ou Oui avec des ajustements	Non
	Les personnes affectées par le changement sont favorables au changement	Oui ou Oui avec des ajustements	Non
Individu	Les personnes affectées par le changement se sont engagées à le réussir	Oui	Non
	Les personnes affectées par le changement ont : - les habiletés et les connaissances nécessaires - accès à des formations pour les acquérir	Oui	Non
		Oui	Non
	Les personnes ont confiance dans l'avenir	Oui	Non
	Le changement est bienvenu	Oui	Non

Adapté de Buchanan, Fitzgerald et Ketley 2007

C'est la réflexion et l'action des gestionnaires par rapport à ces différents aspects associés au changement qui leur permettra d'identifier les meilleures conditions possibles pour introduire, déployer et pérenniser l'exercice de la responsabilité populationnelle dans leur contexte spécifique. Évidemment, plus ils pourront identifier de conditions favorables au changement, plus il sera facile de le rendre pérenne, c.-à-d. de faire en sorte que la nouvelle

culture, les nouvelles pratiques et les nouveaux résultats deviennent la norme. Un changement est vraiment pérenne lorsque les processus sont standardisés, que les résultats sont récurrents, que les attitudes et les façons de penser sont modifiées en sa faveur et que les systèmes sont transformés de manière à soutenir les nouvelles pratiques et les nouveaux résultats (Buchanan et Fitzgerald 2007).

3.4 LES PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MÉTHODE ET SES MESSAGES FONDAMENTAUX

La méthode de gestion du changement que nous venons de présenter vise à soutenir la transformation du système de santé et de services sociaux en faveur de la responsabilité populationnelle. Cette méthode mise sur le développement d'une culture et de façons de faire qui stimulent la capacité des CSSS et de leur RLS à renouveler systématiquement leurs connaissances et leurs pratiques, en vue d'en améliorer la qualité, la pertinence et l'efficacité, et de les ajuster aux besoins évolutifs de leur population et à l'avancement des moyens d'intervention.

Dans cette section, nous présentons en un clin d'œil les principales étapes de la méthode. Puis, nous faisons ressortir les messages fondamentaux qui la sous-tendent et qui devraient guider les gestionnaires et les intervenants dans le choix des moyens et des stratégies qu'ils privilégieront pour soutenir leur organisation et leur réseau de partenaires dans le déploiement de l'exercice de la responsabilité populationnelle.

3.4.1 En un clin d'œil : les principales étapes de la méthode de gestion du changement

Étape 1. Les aspects stratégiques : le moteur du changement

- Connaître le contexte.
- Formuler la vision.
- Construire et maintenir le partenariat.
- Communiquer.
- Faciliter l'acquisition des connaissances et des compétences nécessaires au changement de pratiques et à sa gestion.
- Assurer la cohérence des composantes organisationnelles et du réseau.
- Déployer des projets de changement en faveur de la responsabilité populationnelle lorsque les assises suivantes sont en place :
 - la vision;
 - les structures décisionnelles et de collaboration;
 - un portrait récent de la population du territoire;
 - un bassin d'acteurs favorables au changement;
 - des domaines d'action prioritaires identifiés collectivement.

Étape 2. La réalisation de projets : les piliers du changement

- Mettre en place la structure : identifier les équipes d'élaboration et de gestion de projets.
- Engager les acteurs et développer un leadership collectif en faveur du projet.
- Concevoir le projet et mobiliser les acteurs tactiques et opérationnels
 - Prioriser collectivement la problématique sur laquelle portera le projet et déterminer l'objectif du projet;
 - Mobiliser les collaborateurs et les partenaires interpellés par le projet;
 - Concevoir le projet avec les collaborateurs et les partenaires.
- Gérer le projet
 - Identifier un chargé de projet et un directeur qui parraine le projet;
 - S'entendre sur les rôles, les responsabilités et les contributions de chacun;
 - Spécifier les livrables;
 - Identifier les mécanismes de suivi;
 - Informer les divers acteurs des progrès accomplis.

Étape 3. L'évaluation en cours de projet : les conditions de succès

- Formuler les questions d'évaluation; déterminer les indicateurs; développer les outils de collecte de données; analyser les données; communiquer les résultats; prévoir les ressources qui seront consacrées à l'évaluation et à la communication des résultats.

Étape 4. La pérennisation du changement : la consolidation de l'exercice de la responsabilité populationnelle

- Rendre récurrent le recours à l'approche populationnelle
 - Adopter une méthode de gestion et de planification basée sur les besoins exprimés et non exprimés de la population.
 - Connaître le portrait de santé et de bien-être de la population, celui des ressources et de leur utilisation.
 - Multiplier les actions sur les déterminants de la santé et du bien-être.
 - Améliorer en continu la pertinence et la qualité des interventions.
 - Travailler en réseau pour multiplier les ressources, les zones d'influence et pour accroître l'impact des interventions.
 - Faciliter l'accès des gestionnaires et des intervenants à la formation continue.

3.4.2 Les messages fondamentaux du guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle

- **Transformer.** La transformation du système de santé et de services sociaux est un processus lent qui nécessite une orientation délibérée claire et à long terme (Baker et Denis 2011). En regard de la responsabilité populationnelle, cette orientation a trois piliers : 1) le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population; 2) une offre de services de qualité et pertinente; 3) une organisation basée sur le travail en réseau.
- **Planifier et créer collectivement du sens.** Les réformes délibérées prennent appui sur une planification formelle (Lemire et Litvak 2011), mais elles se réalisent à travers des processus récursifs d'interprétation des intentions, de création de sens, et d'adaptation des moyens d'action en fonction du contexte local dans lequel elles se réalisent (Finn, Currie et Martin 2010).
- **Déployer un portefeuille de projets.** Le déploiement d'une série de projets d'amélioration ayant des objectifs précis permet de s'engager graduellement dans une transformation cohérente avec la vision (Mintzberg et Westley 1992). L'approche par projets permet d'expérimenter à petite échelle de nouvelles façons de faire, de suivre leur déroulement, d'apprendre de ces expériences, de déployer progressivement celles qui font leurs preuves et d'harmoniser graduellement les structures et les processus en fonction du changement recherché (Lemire et Litvak 2011; Baker et Denis 2011).
- **Connaître le contexte.** La formulation de projets de changement percutants et mobilisateurs demande de comprendre en détail le fonctionnement des interventions en vue de cerner les domaines où des améliorations doivent et peuvent être apportées (IHI 2005).
- **Consolider la première ligne et coordonner les actions.** La consolidation des interventions de première ligne, leur meilleure coordination entre elles et avec les services spécialisés, et leur arrimage avec les partenaires des autres secteurs d'activités favorisent l'utilisation optimale des ressources, l'atteinte de meilleurs résultats de santé et de bien-être, ainsi que la réduction des coûts (Roy, Litvak et Paccaud 2010; Aggarwal et Hutchison 2012).
- **Devenir une organisation apprenante.** La capacité des organisations et des réseaux de se transformer repose sur l'acquisition récurrente de connaissances et de compétences. Elle nécessite également le renforcement des capacités d'analyse des gestionnaires et des intervenants en ce qui concerne les enjeux et les opportunités, les besoins et les préférences de la population, ainsi que les forces et les faiblesses de l'offre de services (MSSS 2011; IPCDC 2012).
- **Connaître les pratiques exemplaires.** Pour améliorer l'offre de services, pour bonifier les actions sur les déterminants de la santé et pour pérenniser la capacité de dissémination des pratiques performantes, il faut connaître la qualité, l'efficacité et la pertinence des

interventions existantes, et il faut recourir systématiquement aux pratiques exemplaires (Baker et Denis 2011).

- **Travailler en réseau.** Le travail en réseau requiert la connaissance des forces qui structurent l'environnement local, le déploiement de mécanismes de réalisation de projets collectifs qui facilitent la promotion d'une culture et de priorités communes, la coordination des pratiques et des ressources, ainsi que le développement de relations de coopération (Benson 1975; Dhanaraj et Parkhe 2006; Barlatier et Thomas 2007). Le succès du travail en réseau repose sur :
 - Le partage collectif d'un intérêt supérieur;
 - La détermination conjointe de priorités, d'objectifs et de modes de fonctionnement;
 - La pertinence des projets pour les acteurs terrain;
 - Le soutien actif des équipes de direction;
 - Le choix de responsables de projet qui ont une bonne compréhension de la transformation, un style de gestion gagnant-gagnant, ainsi que des habiletés relationnelles qui facilitent la résolution de problèmes et la coopération;
 - Le développement d'une compréhension commune des enjeux et des processus;
 - La clarification des rôles et des responsabilités;
 - La reconnaissance de la complémentarité et de la qualité d'expertise des collaborateurs;
 - Le développement d'outils de coordination communs;
 - La mesure de la progression des projets et l'évaluation des résultats;
 - La diffusion de l'information sur l'évolution des projets et l'échange sur leurs résultats.

- **Miser sur la qualité et la pertinence.** La promotion d'une culture organisationnelle et de réseau qui favorise la qualité des interventions, le travail en équipe, la coordination des interventions, de même que la participation des partenaires et de la population aux choix stratégiques, améliore l'expérience de soins et l'atteinte de meilleurs résultats de santé et de bien-être (Baker et Denis 2011).

- **Pratiquer un leadership collectif.** Le leadership collectif se réalise par un groupe d'acteurs aux positions hiérarchiques multiples (gestionnaires, cliniciens, intervenants), ayant accès à des ressources et à des sources de pouvoir diversifiées. Ce type de leadership permet de mettre de l'avant et de porter à long terme une vision intégrative du changement, puisqu'il est à la fois porté par des individus et des organisations (Denis, Lamothe et Langley 2001; Baker et Denis 2011; Edwards 2011).

CONCLUSION

Les changements que requiert d'introduire la responsabilité populationnelle au sein des CSSS et de leur réseau local de services sont importants. Ils nécessitent l'adoption de nouvelles valeurs et le déploiement d'activités et de pratiques réalisées en réseau et orientées sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population d'un territoire.

La responsabilité populationnelle repose sur une programmation des activités des CSSS et de leur RLS qui tient compte de l'ensemble des besoins exprimés et non exprimés de la population de leur territoire. Ceci implique un déplacement des valeurs associées aux activités curatives vers des valeurs favorables aux actions de promotion et de prévention. La responsabilité populationnelle demande aux CSSS d'agir sur les déterminants de la santé et du bien-être de façon systématique, ce qui entraîne une modification des modes d'intervention vers des pratiques collectives de réseau, de concertation et de partenariat qui sont complémentaires aux pratiques cliniques centrées sur la thérapie et le colloque singulier. De plus, l'exercice de la responsabilité populationnelle s'inscrit à l'intérieur de continuums de services, ce qui entraîne des chambardements dans l'organisation du travail et dans les rôles et responsabilités des intervenants et des gestionnaires. Tous ces changements sont porteurs d'une réorientation significative du fonctionnement du système de santé et de services sociaux qui vise à améliorer l'expérience de soins et à produire plus de résultats de santé et de bien-être.

Le présent document a cerné plusieurs éléments théoriques qui devraient soutenir les CSSS et leurs partenaires dans les transformations auxquelles les convie le mandat de responsabilité populationnelle. La méthode de gestion du changement que nous proposons fait l'hypothèse qu'il existe trois grands groupes d'acteurs au sein des CSSS et de leur réseau de partenaires : ceux qui sont favorables au changement, ceux qui veulent l'adapter à leur réalité, et ceux qui s'y opposent. En se situant au carrefour de trois approches différentes de gestion du changement – l'approche délibérée, l'approche émergente et l'approche par processus de traduction – notre méthode présente des outils qui permettent de composer avec ces trois groupes d'acteurs. De plus, cette combinaison d'approches permet de proposer une méthode qui tient compte des principaux enseignements qui se dégagent des réflexions et des analyses récentes sur la gestion du changement organisationnel. Ces constats sont :

- 1) L'importance d'une excellente connaissance et compréhension du changement à introduire et du contexte dans lequel le changement sera réalisé. Ce point revient dans la méthode de façon systématique, tant pour élaborer la vision, développer les projets de changement que pour les pérenniser.
- 2) L'importance des mécanismes de communication, de collaboration, de concertation, de rétroaction et de traduction pour réaliser le changement et pour composer avec les controverses, avec les forces qui sont favorables au changement, et avec celles qui cherchent à maintenir le statu quo au sein de l'organisation et des réseaux de partenaires. Ce point est présent dans plusieurs aspects de la méthode : vision, leadership, projets, alignement, pratiques réflexives et d'apprentissage, et évaluation.

- 3) L'importance d'une planification structurée, mais flexible et qui peut être ajustée, ainsi qu'une définition partagée des rôles et des responsabilités de chacun des intervenants et partenaires pour faciliter l'implantation des projets et l'atteinte des résultats.
- 4) L'importance de combiner l'approche délibérée, émergente et de traduction pour introduire les projets de changement et insuffler au sein des organisations de santé et de services sociaux le goût de l'apprentissage qui mène à la capacité d'adaptation continue des organisations et des réseaux.

Nous espérons que la lecture de ce document aura su soulever l'intérêt des gestionnaires, tout en leur apportant des éléments de réflexion pertinents, ainsi qu'une méthode et des outils leur permettant de soutenir et de faciliter l'exercice de la responsabilité populationnelle sur leur territoire et dans leur région.

RÉFÉRENCES

- Aggarwal, M. et Hutchison, B. (2012). Vers une stratégie de soins primaires pour le Canada. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS).
- Agence de la santé publique du Canada (2011). Le portail canadien des pratiques exemplaires. Approche axée sur la santé de la population : cadre organisateur. http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/population_health/index-fra.html accès 2011-11-11.
- Arranz, N., et J. C. F. de Arroyabe (2007). "Governance structures in R&D networks: An analysis in the European context." Technological Forecasting & Social Change 74: 645-662.
- Ashford, A., M. Eccles, L. Hall et J. Bond (1999). "Improving Health Care through Professional Behaviour Change: Introducing a Framework for Identifying Behaviour Change Strategies" British Journal of Clinical Governance 4(1): 14-23.
- Baker, G.R. et J.-L. Denis (2011). Étude comparative de trios systèmes de santé porteurs de changements : leçons pour le Canada. Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS).
- Bate, P., H. Bevan et G. Robert (2004a). Towards a million change agents. A review of the social movements literature: implications for large scale change in the NHS. NHS Modernisation Agency.
- Bate, P., G. Robert et H. Bevan (2004b). "The best phase of healthcare improvement: what can be learn from social movements?" Quality Safety Health Care 13: 62-66.
- Bareil, C. (2004). La résistance au changement : synthèse et critique des écrits. Cahier 04-10 – Août 2004, Centre d'études en transformation des organisations (CÉTO), HEC Montréal.
- Barlatier, J.-P. et C. Thomas (2007). « Savoir-vivre collectif et développement de capacités réseau ». Revue française de gestion 170(1) : 173-190.
- Bauman, A., L. Giovanetti, L. O'Biren-Pallas, C. Mallette, R. Deber. J. Blythe et A. Di Censo (2001). "Healthcare Restructuring : The Impact of Job Change", Nursing Leadership 14(1): 14-20.
- Benson, J.K. (1975). "The Interorganizational Network as a Political Economy", Administrative Science Quarterly 20(2): 229-249.
- Bilodeau, A., S. Lapierre et Y. Marchand (2003). Le partenariat : comment ça marche? Mieux s'outiller pour réussir. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Blegen, M. A. (1993). "Nurses job Satisfaction: A Meta-Analysis of Related Variables" Nursing Research 28(1): 36-41
- Boffo, C. (2003). Changement continu et situé : théorie et implications pratiques. Cahier 2003-01 – juin 2003, Centre d'études en transformation des organisations (CÉTO), HEC Montréal.
- Borins, S. (2002). "Leadership and innovation in the public sector". Leadership and Organization Development Journal 23(8): 467-476
- Bourque, D., T. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette (2007). L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique, Les Presses de l'Université du Québec.

Brousselle A., F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos et Z. Hartz (2009). L'évaluation : concepts et méthodes, Les Presses de l'Université de Montréal.

Buchanan, A., et L. Fitzgerald (2007). "Improvement evaporation: why do successful changes decay?" The Sustainability and Spread of Organizational Change, sous la direction de D. A. Buchanan, L. Fitzgerald et D. Ketley. London and New-York, Routledge, p.23-40.

Buchanan, A., L. Fitzgerald et D. Ketley (2007). "Sustaining change and avoiding containment: practice and policy", The Sustainability and Spread of Organizational Change, sous la direction de D. A. Buchanan, L. Fitzgerald et D. Ketley. London and New-York, Routledge, p. 249-271.

Burgelman, R. A. (1991). "Intraorganizational ecology of strategy making and organizational adaptation: Theory and field research". Organization Science 2(3): 239-262.

Calon, M. (1986). « Éléments pour une sociologie de la traduction ». Prospective et santé, 36 : 169-208.

Cameron, M., S. Cranfield et V. Iles (2001). Managing Change in the NHS. Making Informed Decisions on Change. London, National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation (NCCSDO).

Cash, D. W., W. C. Clark, *et al.* (2003). "Knowledge systems for sustainable development." Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS) 100(14): 8086-8091.

Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Étude No 39. Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Charbonneau, S. (2009). La gestion et l'appropriation du changement. Brio Conseils. Croire au potentiel. Programme de relève et de gestion de carrière des DG et DGA.

Contandriopoulos, A.-P. (2003). « Inertie et changement » Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 6(2): 174-191.

Contandriopoulos, A.-P., F. Champagne, J.-L. Denis *et al.* (1996). Éléments financiers incitatifs/dissuasifs du système de santé du Canada. Volume 1 : Rapport Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal.

Crosby, B. C. et J. M. Bryson (2010). "Integrative leadership and the creation and maintenance of cross-sector collaboration" The leadership Quarterly 21: 211-230.

Crosby, B. C. et J. M. Bryson (2005). "A leadership for Cross-Sector Collaboration" Public Management Review 7(2): 177-201.

CSBE (2000). Le milieu communautaire : un acteur essentiel au développement du Québec. Commentaires du Conseil de la santé et du bien-être, 31 juillet.

CSBE (2001). L'appropriation par les communautés de leur développement. Rapport du Conseil de la santé et du bien-être, février.

Custers, T., J. Hurley, N. S. Klazinga et A. D. Brown (2008). "Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance" BMC Health Services Research 8: 66-79.

Demers, A., D. Maltais et F. Trickey (1993). « Construction d'un programme en santé communautaire : du projet planifié à l'action implantée ». The Canadian Journal of Program Evaluation/La revue canadienne d'évaluation de programme, 8(1) : 11-32.

Demers, C. (2002). « De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui » Transformer l'organisation : la gestion stratégique du changement, sous la direction de R. Jacob, A. Rondeau et D. Luc, Collection « Racines du savoir », Revue Gestion, p.52-70.

Denis, J.-L., A. Langley et L. Rouleau (2007). "Rethinking Leadership in Public Organizations", in E. Ferlie, L. Lynn, C. Pollit (Eds), Handbook of Public Administration, III(9): 446-467, London, Oxford University Press.

Denis, J.-L., L. Lamothe et A. Langley (2001). "The dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations." Academy of Management Journal 44(4): 809-837.

Denis, J.-L., H.T.O. Davies, E. Ferlie et L. Fitzgerald (2011a). Analyse des initiatives pour la transformation des systèmes de soins de santé : des leçons à tirer pour le système de santé du Canada. Série d'études de la FCRSS sur la transformation des services de santé : document 1. Fondation canadienne de recherche sur les services de santé.

Denis, J.-L., G. Dompierre, A. Langley et L. Rouleau (2011b). "Escalating Indecision: Between Reification and Strategic Ambiguity." Organization Science 22(1): 225-244.

Dhanaraj, C. et A. Parkhe (2006). "Orchestrating innovation networks". Academy of Management Review 31(3): 659-669.

Edwards, G. (2011). "Concepts of Community: A Framework for Contextualizing Distributed Leadership". International Journal of Management Reviews 13: 301-312.

Fine, B. A., B. Golden, *et al.* (2009). "Leading Lean: A Canadian Healthcare Leader's Guide." Healthcare Quarterly 12(3): 32-41.

Finn, R., G. Currie et G. Martin (2010). "Team work in context: Institutional mediation in the public-service professional bureaucracy". Organization Studies 31(8): 1069-1097.

Friedrich, T. L., W. B. Vessey, M. J. Schuelke, G. A. Ruark et M. D. Mumford (2011). A Framework for Understanding Collective Leadership: The Selective Utilization of Leader and Team Expertise within Networks. United States Army Research Institute for the Behavioral and Social Sciences. Technical Report 1288.

Glynn, M. A., T. K. Lant et F. J. Milliken (1994). "Managing learning processes in organizations: A multi-level framework linking learning and organizing", Advances in Managerial Cognition and Organizational Information Processing, sous la direction de C. Stubbart, J. R. Meindl et J. F. Porac, JAI Press, p.43-83.

Godsden, T., F. Forland, I. S. Kristiansen *et al.* (2001). "Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review" Journal of Health Services Research and Policy 6(1): 44-54.

Golden, B. (2006). "Change: Transforming Healthcare Organizations." Healthcare Quarterly 10 (Special Issue): 10-19.

Guo, K. L. (2009). "Core Competencies of the Entrepreneurial Leader in Health Care Organizations". The Health Care Manager 28(1): 19-29.

Halfi, T., F. Séguin et J.-M. Toulouse (2002). « Une typologie des transformations stratégiques », Transformer l'organisation : la gestion stratégique du changement, sous la

direction de R. Jacob, A. Rondeau et D. Luc, Collection « Racines du savoir », Revue Gestion, p. 8-14.

Hamel, P. et B. Jouve (2006). Un modèle québécois? Gouvernance et participation dans la gestion publique. Les Presses de l'Université de Montréal.

Hurley, J., P. DeCicca, J. L. Ma, G. B. Ma (2011). The Response of Ontario Primary Care Physicians to Pay-for-Performance Incentives. CHEPA Working Paper Series, paper 11-02, McMaster University, Hamilton Ontario.

IHI (2005). Going Lean in Health Care. Innovation Series. Cambridge, Institute for Healthcare Improvement.

Iles, V. et K. Sutherland (2001). Organisational Change. A Review for Health Care Managers, Professionals and Researchers. Managing Change in the NHS. London, National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D.

Institute of Medicine (2001). Crossing the quality chasm: A new healthcare system for the twenty-first century. Washington, DC. National Academies Press.

IPCDC (2012). Référentiel de compétences pour relever le défi de l'exercice de la responsabilité populationnelle. Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences. Pour relever le défi de la responsabilité populationnelle. www.ipcdc.gc.ca

IPCDC (2013). Dépliant promotionnel. Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences. Pour relever le défi de la responsabilité populationnelle. www.ipcdc.gc.ca

Javier, F., L. Montes, A. R. Moreno et M. L. Molina Fernandez (2003). "Assessing the organizational climate and contractual relationship for perceptions of support for innovation" International Journal of Manpower 25(2): 167-180.

Kotter, J. P. (1996). Leading Change. Boston, Harvard Business School Press.

Lascombes, P. (2005). « De l'État à la gouvernamentalité : une nouvelle perspective sur l'organisation politique », Gouvernements, organisation et gestion : l'héritage de Michel Foucault, sous la direction de A. Hatchuel, E. Pezet, K. Starkey et O. Lenay. Les Presses de l'Université Laval, Saint-Nicolas – Québec.

Langley, A. et J.-L. Denis (2008). « Les dimensions négligées du changement organisationnel. » Télescope 14(3): 13-32.

Lapointe, L. (2012). « Analyse de la transformation des pratiques dans le cadre de l'implantation des technologies de l'information : gérer la résistance à l'implantation des TI. » Présentation faite au Colloque l'innovation dans le secteur public : au-delà des discours, ACFAS, 10 mai 2012.

Latour, B. (1989). La science en action. Introduction à la sociologie des sciences. Paris, Éditions la Découverte.

Lauzon, A. J. (2010). Gestion des processus opérationnels. De l'origine à des implantations réussies. Présentation dans le cadre du Micro-programme en gestion (IPCDC). St-Hyacinthe.

Lavis, J. N., D. Robertson, *et al.* (2003). "How Can Research Organizations More Effectively Transfer Research Knowledge to Decision Makers?" The Milbank Quarterly 81(2): 221-248.

Lemire, N. et E. Litvak (2011). L'amélioration en santé. Diriger, réaliser, diffuser. Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance de la santé et des services sociaux (LEGG), Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

L.R.Q. Chapitre S-4.2. Loi sur les services de santé et les services sociaux. Accès 11 février 2013

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html

Luc, E. (2010). Le leadership partagé. Deuxième édition. Les Presses de l'Université de Montréal.

McShane, S. L. et C. Benabou (2008). Comportement organisationnel. Comportements humains et organisations dans un environnement complexe. Chenelière et McGraw-Hill. Montréal.

Mento, J. A., R. M. Jones et W. Dirndorfer (2002). "A Change management process: Grounded in both theory and practice". *Journal of Change Management* 3(1): 45-59.

Miller, D., R. Greenwood et B. Hinings (2002). « Miser sur le chaos créateur ou évoluer dans la continuité. Le schisme entre les perspectives normative et universitaire du changement organisationnel », *Transformer l'organisation : la gestion stratégique du changement*, sous la direction de R. Jacob, A. Rondeau et D. Luc. Collection « Racines du savoir », *Revue Gestion*, p. 404-418.

Mintzber, H. et J. Waters (1985). "Of strategies: Deliberate and emergent". *Strategic Management Journal* vol. 6(3): 257-272.

Mintzber, H. et F. Westley (1992). "Cycles of Organizational Change". *Strategic Management Journal* vol. 13: 39-59.

MSSS (2004a). Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

MSSS (2004b). Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Documentation. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

MSSS (2011). Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Neath, A. (2007). "Layers of leadership: hidden influencers of healthcare", *The Sustainability and Spread of Organizational Change*, sous la direction de D. A. Buchanan, L. Fitzgerald et D. Ketley. London and New-York, Routledge, p.150-168.

Nonaka, I. (1994). "A dynamic theory of organizational knowledge creation". *Organization Science* 5(1) : 14-37.

Nonaka, I., G. von Krogh et S. Voelpel (2006). "Organizational Knowledge Creation Theory: Evolutionary Paths and Future Advances." *Organization Studies* 27(8): 1179-1208.

O'Brien, G. (2002). "Participation as the key to successful change – a public sector case study". *Leadership & Organization Development Journal* 23 (8): 442-455.

Paarlberg, L. E. et W. Bielefeld (2009). "Complexity Science – An Alternative Framework for Understanding Strategic Management in Public Serving Organizations". *International Public Management Journal* 12(2): 236-260.

- Pineault, R. (2012). Comprendre le système de santé pour mieux le gérer, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Pink, G.H., A. D. Brown, M. L. Stutter, K. L. Reiter and P. Leatt (2006). "Pay-for-Performance in publicly financed health care: some international experiences and considerations for Canada". Healthcare Papers 6: 8-26.
- Pluye, P., L. Potvin, et J.-L. Denis (2004). "Making Public Health Program Last: Conceptualizing Sustainability". Evaluation and Program Planning 27(2): 121-133.
- Proulx, J., D. Bourque et S. Savard (2011). « Les interfaces entre l'État et le tiers secteur au Québec : essai autour d'une typologie ». Intervention no 126 : 20-30.
- Provan, K. G. et P. Kenis (2007). "Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness." Journal of Public Administration Research 18: 229-252.
- Renaud, L. et G. Lafontaine (2011). Guide pratique. Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique, Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS), section des Amériques, Collection Partage.
- Robinson, J. C. (2001) "Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives" The Milbank Quarterly 79(2): 149-177.
- Rocher, G. (2008). « Les réformes : une perspective sociologique ». Les réformes en santé et en justice. Le droit et la gouvernance, sous la direction de P. Laborier, P. Noreau, M. Rioux et G. Rocher. Québec, Les Presses de l'Université Laval: 9-22.
- Rondeau, A. (2002). « Transformer l'organisation. Vers un modèle de mise en œuvre », Transformer l'organisation : la gestion stratégique du changement, sous la direction de R. Jacob, A. Rondeau et D. Luc. HEC Montréal, Gestion, revue internationale de gestion, p. 91-112.
- Rondeau, A. (2008). « L'évolution de la pensée en gestion du changement : leçons pour la mise en œuvre de changements complexes », Télescope 14(3) : 1-12.
- Rondeau, A. (2012). Gérer en mode transversal. Les défis de la direction d'organisation en mode matricielle ou en réseau. Conférence présentée dans le cadre du colloque annuel de l'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec, le 3 octobre 2012.
- Rondeau, A. et R. Jacob (2008). « Évolution de la gouvernance du système de santé au Québec : d'un modèle centré sur la gestion des ressources à un modèle centré sur la gestion des connaissances ». Communication réalisée dans le cadre du Colloque *La gouvernance des organisations privées et à but lucratif : l'autre gouvernance*.
- Roy, D. A., E. Litvak et F. Paccaud (2010) Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la population et la gouvernance en santé. Mascouche (Québec). Le Point en administration de la santé et des services sociaux.
- Saltman, R. B., et O. Ferroussier-Davis (2000). "The Concept of Stewardship in Health Policy", Bulletin of the World Health Organization 78(6): 732-739.
- Schaffer, R. H. et H. A. Thomson (1992). "Successful Change Programs Begin with Results." Harvard Business Review January-February: 80-89.
- Schaffer, R. H. et H. A. Thomson (2000a). « Les meilleurs programmes de changement sont ceux qui commencent par des résultats ». Le Changement. J.-L. Klisnick, Éditions d'organisation: 213-247.

Schaffer, R. H. and H. A. Thomson (2000b). "Successful Change Programs Begin with Results." Harvard Business Review January-February 1992: 80-89.

Senge, P. (1999). « Le cycle de vie des projets de changement ». La danse du changement, sous la direction de P. Senge, C. Roberts, F. Ross, G. Roth et B. Smith. Paris. Éditions Générales First.

Sirkin, H. L., P. Keenan et A. Jackson (2005). "The hard side of change management." Harvard Business Review october: 109-118.

Stacey, R. D. (1995). "The science of complexity: An alternative perspective for strategic change processes". Strategic Management Journal 16(6): 477-495.

Thiétart, R. A. (1993). « La dialectique de l'ordre et du chaos ». Revue française de gestion 93 : 5-15.

Tremblay, M., D. Chênevert, G. Simard, M.-E. Lapalme et O. Doucet (2005). « Agir sur les leviers organisationnels pour mobiliser le personnel : le rôle de la vision, du leadership, des pratiques de GRH et de l'organisation du travail ». Gestion vol 30 (2) : 69-78.

Trottier, L.-H. (2010). « Le territoire des CSSS, la responsabilité populationnelle et la gouvernance locale ». Infolettre Chaire GETOS et Anéis 7 (1) : 2-7.

Waldrop, M. M. (1992). Complexity. Simon & Schuster.

Les partenaires de l'IPCDC

aqesss
ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX

oqRS
Observatoire québécois
des réseaux locaux de services

**École nationale
d'administration
publique**

**Fondation canadienne pour
l'amélioration des
services de santé**

Québec 

- Agences de la santé et des services sociaux
- Institut national de santé publique
- Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Université 
de Montréal**

Centre de santé et de services sociaux

www.ipcdc.qc.ca