HEC MONTRÉAL

Développement d'un cadre de mesure de performance d'une transformation de culture organisationnelle : le cas de la migration vers le modèle de soins *Planetree* au CHU Sainte-Justine

par

Amélie Picard

Sciences de la gestion
(Stratégie)

Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de maîtrise ès sciences
(M. Sc.)

Avril 2013
© Amélie Picard, 2013

HEC MONTRÉAL

Retrait d’une ou des pages pouvant contenir des renseignements personnels

Sommaire

La présente recherche vise à documenter le processus de transformation de culture organisationnelle qui est actuellement véçu[1] au centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine. Plus précisément, nous avons cherché à démontrer que la mesure et le processus de pilotage sont essentiels pour changer une culture organisationnelle.

Cette recherche s'inscrit dans un contexte où les contraintes financières (Aucoin, 2012), matérielles et humaines (Aucoin, 2012; Lavoie-Tremblay *et al.*, 2008) présentes dans le système de santé et de services sociaux québécois exigent qu'il soit toujours à la recherche de moyens pour s'améliorer. Parmi les courants novateurs de gestion en santé qui émergent et se dessinent en toile le fond, l'approche centrée sur la personne est celle qui a été retenue par le centre hospitalier universitaire étudié. Depuis 2010, le CHU Sainte-Justine a amorcé son virage vers ce qu'il qualifie de démarche d'humanisation des soins, en appliquant le modèle de soins *Planetree* à son établissement.

Le courant que sous-tend cette approche implique une transformation de la culture organisationnelle (Simmons et Fraser, 2012; Frampton *et al.*, 2008; Silow-Carroll *et al*., 2007; Davis *et al*., 2005) puisqu'elle modifie les valeurs et les normes qui sont partagées et intégrées parmi les membres de l'organisation.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons donc cherché à répondre à la question suivante : Quels sont les principaux indicateurs à intégrer au système de performance d'un hôpital, qui témoignent de la transformation de la culture organisationnelle vers une approche centrée sur le patient? Notre objectif principal est d'identifier les indicateurs de performance qui témoignent de la progression vers la nouvelle culture organisationnelle et de son maintien.

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons privilégié l'approche de la recherche-action. Ce type d'approche favorise l'interaction entre le chercheur (la théorie) et le praticien (la réalité) afin qu'ils arrivent ensemble à créer ou à faire émerger des connaissances. Dans le cadre de notre recherche, cette collaboration est primordiale puisque les membres de l'établissement étudié sont les premières parties prenantes

[1] au moment du dépôt du mémoire.

concernées par cette transformation. Leur culture organisationnelle est le reflet de l'ensemble des valeurs qu'ils partagent. De plus, les indicateurs de performance qui doivent être retenus à la fin de la recherche seront utilisés par ces mêmes membres. Il est donc essentiel qu'ils aient participé au processus réflexif derrière ce choix s'ils veulent se les approprier et les utiliser dans le but d'atteindre leur objectif final, c'est-à-dire avoir une culture organisationnelle fondée sur les principes de l'approche centrée sur le patient.

Dans le cadre de notre méthodologie, nous avons analysé plusieurs données documentaires, avons fait de l'observation, avons assisté à des rencontres de comités et avons recueilli les propos de neuf participants lors d'entretiens qualitatifs. L'ensemble de ces données nous a permis de rédiger une étude de cas sur le CHU Sainte-Justine.

L'analyse des résultats a permis de dégager quelques conclusions. Premièrement, pour assurer la progression organisationnelle vers l'atteinte de la culture désirée, il faut développer et mesurer des indicateurs de performance qui témoignent de l'évolution de la transformation de la culture organisationnelle (Cameron et Quinn, 2011). Basés sur la chaîne de résultats de Botton *et al.* (2012), nous considérons que les indicateurs privilégiés sont ceux d'intrants et de processus. Ce sont les « précurseurs de l'atteinte des résultats » (Botton *et al.*, 2012 : 43).

Deuxièmement, l'atteinte de la nouvelle culture organisationnelle désirée ne sera réalisée que lorsqu'elle sera intégrée et partagée parmi tous les membres de l'organisation (Schein, 2004). Alors, pour témoigner de cette nouvelle culture, les indicateurs de performance pressentis sont idéalement des indicateurs de résultats.

Troisièmement, pour développer une nouvelle culture organisationnelle, les membres doivent désapprendre leurs anciennes façons de faire et d'être pour intégrer et partager de nouvelles valeurs et normes communes. Cet exercice est exigeant et cause de l'anxiété (Schein, 2004). Il faut donc que l'urgence de changer pour cette nouvelle culture soit perceptible par tous les membres (Gebhardt *et al.*, 2006) et que des conditions facilitantes soient déployées dans l'organisation afin d'apaiser l'anxiété d'apprentissage (Schein, 2004).

Bref, dans le cadre d'un changement de culture organisationnelle, il est important de mesurer l'état d'avancement de la transformation de l'organisation en se concentrant tout d'abord sur les indicateurs d'intrants et de processus (les déterminants), afin de parvenir idéalement par la suite, aux indicateurs de résultats.

Enfin, notre recherche contribue au niveau des connaissances théoriques et pratiques. Tout d'abord, elle offre des apports théoriques : documentation du premier centre hospitalier universitaire québécois qui implante un modèle basé sur l'approche centrée sur la personne, état détaillé des connaissances au niveau de la littérature sur le modèle de soins *Planetree*, application et adaptation d'un modèle de transformation organisationnelle initialement construit pour le milieu lucratif et finalement, synthèse et liens entre les modèles de quelques auteurs sur le changement d'une culture organisationnelle. Deuxièmement, notre recherche offre aux praticiens la possibilité d'apprécier des dimensions aussi abstraites que sont la culture organisationnelle et la transformation culturelle en les intégrant dans un cadre de mesure de la performance.

Par contre, certaines limites de notre recherche doivent être soulevées. Premièrement, le petit nombre de participants interrogés et la méthodologie de collecte de données n'ont pas permis de creuser toutes les dimensions liées à la culture organisationnelle. Deuxièmement, au niveau de l'évolution de la transformation de la culture organisationnelle, il est difficile de départager entre l'influence qu'a l'application du modèle de soins *Planetree* dans l'établissement et l'influence marquée du directeur général. Troisièmement, les traceurs et les indicateurs identifiés au moment du dépôt du mémoire ne seront plus pertinents lorsque la nouvelle culture organisationnelle désirée sera intégrée et partagée parmi tous les membres. Il ne restera que les indicateurs de résultats qui auront été identifiés.

Finalement, certaines avenues de recherche peuvent être évoquées suite aux résultats obtenus. Dans un premier temps, il serait intéressant de continuer de documenter la progression du centre hospitalier universitaire Sainte-Justine dans un contexte d'étude longitudinale. Dans un deuxième temps, nous pourrions réaliser une recherche comparative avec d'autres établissements qui souhaitent prendre le virage de l'approche centrée sur la personne, au niveau de leurs trajectoires, leurs méthodes utilisées et leurs

résultats obtenus. Dans cette même lignée, une troisième avenue de recherche à considérer concerne une comparaison des cultures organisationnelles entre les établissements de santé qui auraient implanté différentes approches novatrice de gestion en santé. Puis, nous pourrions évaluer l'application d'une approche centrée sur la personne dans un milieu lucratif.

Mots-clé : approche centrée sur la personne, humanisation des soins, *Planetree*, culture organisationnelle, transformation de culture organisationnelle, gestion de la performance, cadre de mesure de la performance

Table des matières

Avis de conformité du CER ii

Sommaire iii

Liste des figures xvii

Liste des tableaux xix

Liste des abréviations et des sigles utilisés xxi

Remerciements xxii

Chapitre 1 : Introduction 1

1.1 Le contexte 1

1.2 Les solutions proposées 2

1.3 La culture organisationnelle 3

1.4 La transformation culturelle de l'organisation 4

1.5 Le cadre de mesure 4

1.6 La structure du mémoire 5

Chapitre 2 : La gestion de la performance 7

2.1 La performance : ses définitions 7

2.2 La performance vue par les théories des organisations 9

2.2.1 La matrice des valeurs concurrentes 9

2.2.2 La classification de Jacquet 11

2.2.3 La classification du GRIS 11

2.2.4 Les niveaux de contrôle selon Simons 12

2.3 L'intérêt pour la gestion de la performance organisationnelle 14

2.3.1 Un avantage concurrentiel 14

2.3.2 La modification du contexte des affaires 16

2.4 La mesure 17

2.4.1 Les indicateurs de performance 17
2.4.2 Le tableau de bord 19
2.5 La performance organisationnelle : les différents outils d'identification des préoccupations de gestion 20
2.5.1 Les matrices de mesure de la performance 20
2.5.1.1 La matrice de Keegan et al. 20
2.5.1.2 La matrice de Fitzgerald et al. 21
2.5.1.3 La triade de Donabedian 21
2.5.1.4 Le modèle de Brown 23
2.5.1.5 La chaîne des résultats de Botton et al. 24
2.5.2 Les modèles des parties prenantes 25
2.5.2.1 Le modèle d'Atkinson et al. 25
2.5.2.2 Le modèle de Trischler 26
2.5.2.3 Le modèle de Neely et al. 27
2.5.3 Le modèle de l'efficacité organisationnelle de Savoie et Morin 28
2.5.4 La pyramide de performance de Lynch et Cross 30
2.5.5 Le tableau de bord prospectif de Kaplan et Norton 31
2.5.6 Une synthèse 33
2.6 La gestion de la performance en contexte hospitalier : les outils 34
2.6.1 Le tableau de bord prospectif appliqué au domaine de la santé 34
2.6.2 Le modèle ÉGIPSS 36
2.6.3 Le modèle théorique de Le Pogam et al. 38
2.7 La gestion de la performance : certaines difficultés de mesure 39
Chapitre 3 : La culture organisationnelle 41
3.1 La culture : ses définitions 41

3.2 La culture organisationnelle vue par les théories des organisations 42
3.3 La culture organisationnelle : ses caractéristiques 45
3.3.1 Ses niveaux 45
3.3.2 Sa dynamique 47
3.3.3 La culture et ses sous-cultures 49
3.3.4 Une distinction importante 49
3.4 La culture organisationnelle : comment l'étudier? 50
3.5 La culture organisationnelle : les typologies 51
3.5.1 Typologies centrées sur le mode d'engagement des membres 51
3.5.2 Typologies centrées sur le caractère social et la culture 53
3.5.3 Typologies intra-organisationnelles 56
3.6 La culture organisationnelle : son analyse 57
3.7 La culture organisationnelle : comment la changer? 58
3.7.1 Les outils pour guider le changement de culture organisationnelle 60
3.7.2 Les étapes du changement organisationnel 62
3.7.3 Le processus de transformation organisationnelle 69
3.8 La synthèse du chapitre 71
Chapitre 4 : Approches novatrices en gestion de la santé 73
4.1 Le système traditionnel de santé au Québec 73
4.2 Vers une approche centrée sur les processus 78
4.3 Vers une approche centrée sur le service 80
4.4 Vers une approche centrée sur le patient 83
4.4.1 Le modèle du patient partenaire 85
4.5 Vers une approche centrée sur les employés 85
4.6 Des modèles intégrateurs 88

4.6.1 Le modèle *Planetree* 89
4.6.1.1 Le contexte 89
4.6.1.2 L'étendue du modèle au niveau international 90
4.6.1.3 Une richesse d'informations et de données 91
4.6.1.4 Les composantes du modèle de soins Planetree 93
4.6.1.5 Le chemin vers la désignation 97
4.6.1.5.1 Affiliation 97
4.6.1.5.2 Le programme de reconnaissance et la désignation 97
4.6.1.5.3 Les étapes menant à la reconnaissance ou à la désignation 98
4.6.1.6 Les outils proposés 99
4.6.1.7 Mesurer le changement de culture organisationnelle dans une démarche Planetree 101
4.7 La synthèse du chapitre 106
Chapitre 5 : Le modèle de recherche 107
5.1 Explication des concepts choisis 107
5.1.1 La culture organisationnelle actuelle 107
5.1.2 La culture organisationnelle désirée : l'approche centrée sur la personne 108
5.1.3 La transformation de la culture organisationnelle 108
5.1.4 Le système de mesure de performance 109
5.2 Le modèle de recherche et ses objectifs 110
Chapitre 6 : Méthodologie de recherche 112
6.1 L'approche de recherche 112
6.1.1 La nature du problème étudié et de la question 112
6.1.2 Les objectifs & la participation 113
6.1.3 Le vocabulaire commun 113

6.1.4 Le contrat 114
6.2 La stratégie de recherche 114
6.2.1 Première question : Observer quoi? 114
6.2.2 Deuxième question : Observer sur qui? 115
6.2.3 Troisième question : Observer comment? 115
6.2.3.1 Le choix de la méthode de recherche 116
6.2.3.2 Le contexte de la recherche 117
6.2.3.2.1 L'étude de cas unique 117
6.2.3.2.2 L'étude de cas unique : unités d'analyse intégrées 117
6.2.3.3 Les sources de données 118
6.2.3.3.1 Les données existantes 118
6.2.3.3.2 Les rencontres et entretiens 119
6.2.3.3.2.1 Rencontres avec le comité de coordination 120
6.2.3.3.2.2 Rencontres avec le comité de pilotage des sites pilotes Planetree 120
6.2.3.3.2.3 Entretiens qualitatifs 121
6.3 L'analyse des données 124
6.4 Les critères de qualité de la recherche 124
6.4.1 La validité 125
6.4.1.1 La validité du construit 125
6.4.1.2 La validité interne 125
6.4.1.3 La validité externe 126
6.4.2 La fiabilité 126
6.5 Le tableau synthèse de la méthodologie 127
Chapitre 7 : Étude de cas, analyse et discussion des concepts liés à la culture organisationnelle 128
7.1 La présentation du CHU Sainte-Justine 128

7.1.1 Les missions du CHU Sainte-Justine 129
7.1.2 La structure au CHU Sainte-Justine 129
7.1.3 Le travail en réseau 132
7.2 L'arrivée du modèle de soins *Planetree* 133
7.2.1 Les orientations stratégiques du CHU Sainte-Justine 133
7.2.2 Les valeurs partagées et les comportements associés 135
7.2.2.1 L'excellence 135
7.2.2.2 La créativité 136
7.2.2.3 L'engagement 136
7.2.2.4 La collaboration 137
7.2.2.5 Les interdits 138
7.2.3 La chronologie des activités liées à *Planetree* 138
7.2.3.1 Le comité de pilotage des sites pilotes Planetree 140
7.2.3.2 Les formations liées à Planetree 141
7.2.3.3 Le comité d'humanisation des soins Planetree 141
7.2.3.4 Les lieux physiques du CHU Sainte-Justine 143
7.2.4 Le mandat d'accompagnement 144
7.2.5 La démarche de transformation 145
7.2.5.1 L'adaptation des outils de gestion de performance 145
7.2.5.1.1 Les objectifs stratégiques 146
7.2.5.1.2 L'expérience patient 148
7.2.5.1.3 La valorisation des employés 149
7.2.5.2 La réflexion des membres au CHU Sainte-Justine 150
7.2.5.2.1 Leurs perceptions 150
7.2.5.2.2 L'application des composantes 151

7.2.5.2.3 Leurs préoccupations 152
7.3 Les éléments liés à la culture organisationnelle 153
7.3.1 La culture organisationnelle actuelle au CHU Sainte-Justine 154
7.3.1.1 Les postulats implicites 154
7.3.1.1.1 La réalité et la vérité 155
7.3.1.1.2 Les relations humaines 155
7.3.1.1.3 La nature de l'espace 155
7.3.1.1.4 La nature du temps 155
7.3.1.2 Une synthèse des caractéristiques de la culture organisationnelle 156
7.3.1.2.1 Les valeurs et croyances 157
7.3.1.2.2 Les artefacts 157
7.3.1.2.3 Les postulats implicites 158
7.3.1.2.4 Les dissonances 158
7.3.1.3 La dynamique de la culture organisationnelle 159
7.3.1.4 Son positionnement selon les niveaux de solidarité et sociabilité 160
7.3.2 La transformation organisationnelle 162
7.3.2.1 Le renouvellement culturel 162
7.3.2.2 La démarche de transformation 164
Étape 1 : Le coup d'envoi 164
1.1 La prise de conscience 164
1.2 La préparation 165
Étape 2 : La mise en œuvre du plan de changement 166
7.3.2.3 Le processus de transformation organisationnelle 168
7.3.2.3.1 Le respect de la première condition facilitante 170
7.3.2.3.2 Le respect de la deuxième et de la troisième conditions facilitantes 171

7.3.2.3.3 Le respect de la sixième condition facilitante 171

7.3.2.3.4 Le respect de la quatrième, cinquième et septième conditions facilitantes 172

7.3.2.3.5 Le respect de la huitième condition facilitante 172

7.3.3 La culture organisationnelle désirée..... 173

7.4 La synthèse du chapitre..... 173

Chapitre 8 : Analyse et discussion du cadre de mesure de la transformation de culture organisationnelle 175

8.1 Le cadre de mesure..... 175

8.1.1 Le cadre de mesure actuel 176

8.1.2 Le cadre de mesure de la transformation organisationnelle..... 181

8.1.2.1 Étape 1 Le coup d'envoi 182

8.1.2.2 Étape 2 La mise en œuvre du plan de changement 183

8.1.2.2.1 Présentation du plan de changement à l'ensemble de l'organisation 183

8.1.2.2.2 Développer un nouvel ensemble de valeurs organisationnelles..... 183

8.1.2.2.3 Avoir une compréhension commune et partagée de la culture organisationnelle 184

8.1.2.2.4 Recruter de nouveaux membres qui partagent la même philosophie 186

8.1.2.3 Étape 3 L'institutionnalisation des changements 187

8.1.2.3.1 Formaliser et rendre concret le changement 187

8.1.2.3.2 Les systèmes RH..... 189

8.1.2.3.3 Le transfert de pouvoir..... 190

8.1.3 Le cadre de mesure de la culture organisationnelle désirée..... 192

8.1.3.1 La pérennisation de la nouvelle culture organisationnelle..... 194

8.1.3.2 Le tableau synthèse des indicateurs et des bonnes pratiques 194
8.2 La synthèse du chapitre 201
Chapitre 9 : Conclusion 203
9.1 Principaux constats 203
9.2 Apports théoriques 205
9.3 Apports pratiques 206
9.4 Limites 207
9.5 Avenues de recherche 209
Annexes 210
Annexe 1 : Les critères de désignation 211
Annexe 2A : Scénario d'entretien individuel (version une heure) 225
Annexe 2B : Scénario d'entretien individuel (version 30 minutes) 228
Annexe 3 : Formulaire A 231
Annexe 4 : Courriel envoyé aux participants 233
Annexe 5 : Organigramme du CHU Sainte-Justine 234
Annexe 6 : Exemple du rapport de l'évaluation organisationnelle 235
Annexe 7 : Sommaire des résultats du sondage de la clientèle 238
Annexe 8 : Les dimensions évaluées par le questionnaire « Défi Meilleurs Employeurs » 239
Annexe 9 : Le cadre de mesure de la transformation organisationnelle au CHU Sainte-Justine 242
Bibliographie 261
Articles 261
Articles de journaux 266
Livres 267
Dictionnaires 270

Documentation autre 270

Sites internet 273

Pages liées au modèle de soins *Planetree* 273

Pages liées au CHU Sainte-Justine 273

Autres pages consultées 274

Liste des figures

Figure 1 :	Le modèle de Gilbert 1980	8
Figure 2 :	La matrice des valeurs concurrentes de Quinn et Rohrbaugh (1983)	10
Figure 2 :	Les quatre systèmes selon Simons (1995)	12
Figure 4 :	Les quatre leviers de contrôle de Simons (1995)	13
Figure 5 :	Cycle des activités du système de gestion de la performance de Botton *et al.* (2012)	15
Figure 6 :	*Performance measurement matrix*	21
Figure 7 :	La matrice des résultats et des déterminants	21
Figure 8 :	Le modèle de Donabedian (2003)	22
Figure 9 :	Le modèle de Brown (1996)	23
Figure 10 :	La chaîne des résultats de Botton *et al.* (2012)	24
Figure 11 :	Le modèle d'Atkinson *et al.* (1997)	26
Figure 12 :	Le modèle de Trischler (1996)	27
Figure 13 :	*Performance Prism* de Neely *et al.* (2000)	28
Figure 14 :	Le modèle révisé de Savoie et Morin (2002)	29
Figure 15 :	La pyramide de performance de Lynch et Cross (1995)	31
Figure 16 :	Le tableau de bord équilibré de Kaplan et Norton (1996)	32
Figure 17 :	Le modèle du ÉGIPSS (2005)	36
Figure 18 :	Le modèle théorique de Le Pogam *et al.* (2009)	38
Figure 19 :	Les types de cultures basés sur le modèle de conception organisationnelle d'Adler (1999)	52
Figure 20 :	Les typologies de cultures selon Goffee et Jones (1998)	53
Figure 21 :	Le cadre des valeurs concurrentes de Cameron et Quinn (2011)	55
Figure 22 :	Les huit étapes du modèle de changement de Kotter (1996)	64
Figure 23 :	Le modèle théorique de changement de culture organisationnelle de Gebhardt *et al.* (2006)	65
Figure 24 :	Le processus combiné de transformation organisationnelle	69
Figure 25 :	Le réseau québécois de la santé et des services sociaux	74
Figure 26 :	Le positionnement du système de santé traditionnel dans la matrice des valeurs concurrentes de Quinn et Rohrbaugh (1983)	76
Figure 27 :	Le positionnement du système de santé traditionnel au Québec dans la matrice de Goffee et Jones (1998)	77
Figure 28 :	Illustration de l'approche par processus (Rondeau, 2002)	79
Figure 29 :	Le modèle d'une culture de service, *GALLUP Business Journal* (2012)	81
Figure 30 :	L'approche client selon Pinet et Coupet (2008)	82
Figure 31 :	Le cycle de cheminement vers une approche centrée sur le patient	100

Figure 32 :	Les niveaux d'analyse de la culture organisationnelle à la lumière du modèle *Planetree*	104
Figure 33 :	Le positionnement de la culture organisationnelle visée par le modèle de soins *Planetree* dans la matrice de Goffee et Jones (1998)	105
Figure 34 :	Les concepts de culture organisationnelle dans notre modèle de recherche	109
Figure 35 :	Le modèle de recherche	110
Figure 36 :	Représentation sommaire des caractéristiques de la culture organisationnelle au CHU Sainte-Justine	157
Figure 37 :	Le positionnement de la culture organisationnelle du CHU Sainte-Justine dans la matrice de Goffee et Jones (1998)	161
Figure 38 :	Le positionnement du CHU Sainte-Justine dans la matrice des valeurs concurrentes de Quinn et Rohrbaugh (1983)	177

Liste des tableaux

Tableau 1 :	La classification de la gestion de la performance selon le GRIS (2005)	11-12
Tableau 2 :	Les définitions d'un indicateur de performance selon différents auteurs	17-18
Tableau 3 :	Les caractéristiques d'un indicateur de performance	18-19
Tableau 4 :	La classification des modèles de représentation de la performance	33-34
Tableau 5 :	Les quatre dimensions adaptées au domaine de la santé	35
Tableau 6 :	Intégration des modèles conceptuels du GRIS (2005) dans le modèle du ÉGIPSS	37
Tableau 7 :	Définitions de la culture selon Le Petit Robert (1993)	41
Tableau 8 :	Distinctions entre les visions sur la culture	42-43
Tableau 9 :	Évolution du concept de culture selon les théories des organisations	43
Tableau 10 :	Les approches de la culture classées selon leurs fondements disciplinaires	44
Tableau 11 :	Les niveaux de culture organisationnelle	45-46
Tableau 12 :	Les types et les dimensions du changement culturel selon Trice et Beyer (1993 : 399, traduction libre)	60
Tableau 13 :	Les dix étapes pour un changement de culture organisationnelle selon Schein (2004 : 340-348, traduction libre)	61
Tableau 14 :	Les neufs étapes pour un changement de culture organisationnelle selon Cameron et Quinn (2011 : 102, traduction libre)	61
Tableau 15 :	Les sous-étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006) et les conditions pour apaiser l'anxiété d'apprentissage	70-71
Tableau 16 :	Les dimensions valorisées par les institutions/organismes centrés sur l'approche patient	84
Tableau 17 :	Accréditions en santé au niveau des RH	87
Tableau 18 :	Sources d'information consultées relativement au modèle de soins *Planetree*	91-92
Tableau 19 :	Missions, visions et valeurs de l'OBNL *Planetree* (États-Unis) et du RPQ (Canada)	92-93
Tableau 20 :	Les indicateurs *Planetree* selon la chaîne des résultats de Botton *et al.* (2012)	102
Tableau 21 :	Tableau des différentes méthodes de recherche, adaptation de Yin (2009 : 8)	115
Tableau 22 :	Les unités d'analyse de l'étude de cas unique	118
Tableau 23 :	Identification des participants	123-124

Tableau 24 :	La méthodologie utilisée	127
Tableau 25 :	Comparaison des orientations stratégiques du CHU Sainte-Justine	133-134
Tableau 26 :	Les dimensions valorisées et non valorisées selon les participants	135
Tableau 27 :	Chronologie des activités liées à l'application du modèle de soins *Planetree*	138-139
Tableau 28 :	Les outils de gestion de performance en place et leur arrimage par rapport aux composantes de *Planetree*	146
Tableau 29 :	Le cadre de mesure de performance du CA et CD du CHU Sainte-Justine	147-148
Tableau 30 :	Les conditions pour apaiser l'anxiété d'apprentissage : état de la situation au CHU Sainte-Justine	169-170
Tableau 31 :	La classification des indicateurs liés à l'humanisation des soins au CHU Sainte-Justine	178-179
Tableau 32 :	Les critères de désignation associés à l'étape 2.3 du modèle de Gebhardt *et al.(*2006)	184-185
Tableau 33 :	Les critères de désignation associés à l'étape 3.1 du modèle de Gebhardt *et al*.(2006)	187-189
Tableau 34 :	Les critères de désignation associés à l'étape 3.2 du modèle de Gebhardt *et al*.(2006)	189
Tableau 35 :	Les critères de désignation associés à l'étape 3.4 du modèle de Gebhardt *et al*.(2006)	190
Tableau 36 :	Tableau synthèse des indicateurs de performance et des bonnes pratiques proposés	196-200
Tableau 37 :	Les critères de désignation du modèle de soins *Planetree*	211-224
Tableau 38 :	L'analyse des propos à la lumière des composantes *Planetree* et les pistes de réflexion suggérées	235-236
Tableau 39 :	L'analyse des propos à la lumière des thèmes associés au modèle *Planetree* et les pistes de réflexion suggérées	237
Tableau 40 :	Le sommaire des résultats du sondage de la clientèle 2010 au CHU Sainte-Justine	238
Tableau 41 :	Les dimensions évaluées par le questionnaire « Défi Meilleurs Employeurs »	239-241
Tableau 42 :	Le cadre de mesure de la transformation organisationnelle	242-260

Liste des abréviations et des sigles utilisés

ANCC : *American Nurses Credentialing Council*

ASSS : Agence de la santé et des services sociaux

CA : Conseil d'administration

CAAHC : Centre d'apprentissage des attitudes et habiletés cliniques

CD : Comité de direction

CHU : Centre hospitalier universitaire

CRE : Centre de réadaptation Estrie

CRME : Centre de réadaptation Marie Enfant

CSSS : Centres de santé et de services sociaux

DAMU : Direction des affaires médicales et universitaires

DG : Directeur général

DRH : Direction des ressources humaines

DSC : Direction des soins cliniques

DSI : Direction des soins infirmiers

ÉGIPSS : Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé

GRIS : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

HCAHPS : *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Provider and Systems*

IFSC : Instituts de santé et de recherche

IOM : *Institute of Medecine*

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

OAT : Organisation administrative du travail

OBNL : Organisme à but non lucratif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OST : Organisation scientifique du travail

PSOI : Programme santé des organisations et des individus

RH : Ressources humaines

RPQ : Réseau *Planetree* Québec

RUIS : Réseau universitaire intégré en santé

TBP : Tableau de bord prospectif

Remerciements

Tout d'abord, mes premiers remerciements vont à Mme **Marie-Hélène Jobin**, ma directrice de mémoire. Merci d'avoir cru en mon potentiel dès le début de cette aventure, de m'avoir offert un terrain de recherche aussi intéressant à analyser et de m'avoir soutenue financièrement via le Pôle santé HEC Montréal. Merci également de m'offrir l'opportunité de continuer ma carrière avec la belle équipe du Pôle santé.

Merci à ma micro-société

À mon chéri, **François**, merci de m'avoir fait découvrir ma passion pour le milieu de la santé. Merci d'être l'homme que tu es : compréhensif, intelligent et enthousiaste face à tous les projets que j'entreprends. Merci d'entrer dans ma folie « de-vivre-de-ce-qu'on-aime ». Ton soutien moral et amoureux m'ont fait croire en moi et m'ont toujours poussé vers l'avant. Merci d'être fier de moi. Je t'aime.

Mary et **Max**, merci de m'avoir encouragée vers la M. Sc., c'était la meilleure décision à prendre. Merci aussi de m'avoir partagé vos expériences pour me réconforter. **Mary**, les conseils justes et pertinents que tu m'as offerts m'ont permis de mieux avancer. **Max**, merci de m'avoir offert ton soutien par ta musique. Elle m'a accompagnée, m'a inspirée et m'a permis de tenir le coup. Une mention spéciale pour ton soutien durant mon dernier *mile*.

Cath, merci pour tes encouragements constants, ils m'ont motivée! Merci aussi pour ton intérêt soutenu envers chacune des étapes que je réalisais et surtout, merci de ton écoute. Finalement, merci pour mon superbe kit de rédaction : il a été mon porte-bonheur!

Chlo, **Mélou** et **Val**, merci d'avoir vu les étoiles dans mes yeux lorsque je vous parlais de mon sujet de recherche, merci pour votre écoute, votre support, vos encouragements et vos suivis qui me permettaient de vous communiquer mon évolution. **Chlo**, merci aussi pour les disques de musique classique, ils m'ont offert un environnement calme qui

me disposait à l'écriture. **Val**, merci également d'avoir pris de ton temps pour faire la mise en page de mon mémoire.

Hugo, merci d'avoir partagé nos courses d'après-midi qui m'ont libérée l'esprit. J'en revenais plus concentrée et disposée à rédiger. Merci aussi d'avoir eu le souci constant de prendre de mes nouvelles et de suivre toutes mes péripéties!

Maman et Papa, merci pour la curiosité que vous m'avez léguée dans mes gènes. Elle me pousse à toujours vouloir me dépasser. **Papa**, merci pour ta vision de la vie, pour ta grande disponibilité à lire et relire ce que j'écris, pour tes commentaires constructifs de professeur et surtout, de papa. **Maman**, merci de ton grand souci envers moi qui témoigne de tout ton amour.

Merci à mes professeurs

Merci à M. **Alain Chanlat** et M. **Taïeb Hafsi** de m'avoir inspirée dès ma première session et de m'avoir fait découvrir mon intérêt pour la recherche. Vos enseignements et vos propos m'ont accompagnée tout au long de mon cheminement et me suivront à jamais.

Et un très sincère merci à **Hélène** Giroux pour m'avoir écoutée et épaulée durant la rédaction de mon mémoire. Merci aussi d'avoir pensé à m'impliquer dans plusieurs projets scolaires afin de me permettre de m'épanouir professionnellement en restant dans cette grande école que j'aime tant.

Merci au CHU Sainte-Justine

Finalement, merci au centre hospitalier universitaire Sainte-Justine de m'avoir ouvert leurs portes. Merci spécialement à toutes les personnes qui ont généreusement accepté de me rencontrer et de me laisser entrer dans leur univers.

Chapitre 1 : Introduction

1.1 Le contexte

Le système de santé et des services sociaux québécois fait souvent la manchette que ce soit pour dénoncer sa gestion (La Presse canadienne, 2012; Pelchat, 2012), les heures d'attente interminables aux urgences (Champagne, 2013a; Vailles, 2013), les nombreuses listes d'attente qui s'allongent (Champagne, 2013b), le manque criant de médecins de famille (Champagne, 2013b), les heures de travail infernales des infirmiers et infirmières (Roberge, 2012) ou encore les histoires de mauvais traitements (Ricard-Châtelain, 2012). La liste de critiques est longue.

Pourtant, à tous les niveaux dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux, on cherche à s'améliorer. Au niveau du gouvernement, on ne compte plus les rapports qui sont déposés et les réformes qui en découlent : le rapport de la commission Clair en 2000 et l'arrivée des Groupes de médecine familiale (GMF) en 2002, le rapport de la commission Ménard en 2005 et l'approche populationnelle qui est la nouvelle direction à suivre, la création de l'Agence régionale de santé et des services sociaux (ARSSS), des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et du Commissaire à la santé, le rapport de la commission Castonguay en 2008, etc. Depuis quelques années, on tente aussi de regarder du côté du privé pour voir ce qui se fait. L'ancien ministre de la santé parlait d'emprunter certaines méthodes pour améliorer la performance du système de santé, comme la « méthode Toyota », on parle désormais du « *Lean Health Care* ». Toutes ces réformes ne poursuivent qu'un objectif : améliorer la qualité des soins et services offerts à la population.

L'ensemble de ces efforts portent fruit, comme le souligne le rapport *Provincial Health Care Index 2013* de l'Institut Fraser (Barua, 2013) publié en janvier 2013. On peut y lire que « les habitants du Québec reçoivent la meilleure valeur (l'offre de service) pour l'argent investi (les dépenses en soins de santé) dans leur système de santé » (Barua, 2013 : v, traduction libre). Cependant cette performance est avant tout une performance au niveau financier. À ce titre, à tous les paliers, le système de la santé et des services sociaux québécois est soumis à une grande pression afin de maîtriser ses dépenses (Cameron, 2012; Krol, 2012; Gouvernement du Québec, 2012).

D'un côté, on le presse pour qu'il s'améliore et de l'autre côté, on lui met de la pression pour qu'il réduise ses dépenses. Face à cet arbitrage, le système de santé et des services sociaux craque.

Les conséquences sont directes : l'accessibilité aux soins et aux services est limitée pour la population, ce qui cause des délais d'attente très élevés. La population n'est pas satisfaite. De plus, le manque de ressources financières ne permet pas de moderniser les lieux de soins et services, ce qui rend plus difficile la prévention et le contrôle du nombre d'infections nosocomiales. Le climat de travail du personnel de la santé est aussi affecté : les membres du réseau de la santé sont épuisés et stressés (Berry et Bendapudi, 2007; Purbey *et al.*, 2007). Le taux de roulement des infirmières dans les hôpitaux frôle les 20 %, selon une étude pancanadienne (O'Brien-Pallas *et al.*, 2010). On constate également que le taux d'incidents et accidents est en hausse (Ministère de la santé et des services sociaux, 2012). La conclusion qui est sur toutes les lèvres : le système de santé et de services sociaux est inhumain[2]!

1.2 Les solutions proposées

Néanmoins, dans le contexte actuel, il semble que la quête de la qualité ne soit pas suffisante pour améliorer le système de soins de santé et de services sociaux. Depuis les dix dernières années, des auteurs ont alors commencé à proposer des pistes de réflexion face à ces problématiques. D'emblée, ils conseillent de se (re)concentrer sur la mission première du système de santé, soit prodiguer des soins aux patients (Caillol *et al.*, 2010). Ils insistent également pour recentrer le discours autour du patient et ses besoins (Lee, 2010; Le Pogam *et al.*, 2009; Cochoy, 2001).

Ceci implique par contre de passer d'une approche dite de fournisseur de soins (Frampton *et al.*, 2008) ou d'une vision très technique des malades (Mirebeau, 2010), à une approche centrée sur le patient. Autrement dit, on suggère de modifier en profondeur la façon d'être et de penser du système de la santé et des services sociaux. Mais comment faire? Contrairement à des approches orientées sur la qualité, sur les processus ou sur le service à clientèle, pour lesquelles plusieurs modèles de gestion et d'accréditations existent, on ne trouve que peu de documentation sur les approches centrées sur le patient. Quelques

[2] http://www.lapresse.ca/debats/debat-du-jour/201105/27/01-4403612-debats-urgences-peut-on-reduire-le-temps-dattente-votre-point-de-vue.php, page consultée le 25 janvier 2013.

hôpitaux états-uniens ont toutefois amorcé le virage, comme par exemple le « Baptist Health Care[3] », la « Mayo Clinic[4] » ou le « Stamford Hospital[5] » et plus près de nous, au Québec, le « Centre de réadaptation Estrie[6] ».

1.3 La culture organisationnelle

Ce virage impose un constat : l'approche centrée sur le patient nécessite un changement dans la **culture organisationnelle** (Simmons et Fraser, 2012; Frampton *et al.*, 2008; Silow-Carroll *et al.*, 2007; Davis *et al.*, 2005).

Bien qu'il y ait pas de consensus sur sa définition (Cameron et Quinn, 2011; Rouleau, 2007; Laflamme, 1994; Bertrand, 1991), la culture d'une organisation est un concept complexe et profond. Elle fait ressortir la dimension collective et partagée des idées et des valeurs des membres d'un groupe ou d'une organisationnelle. Elle s'étudie à travers des aspects tangibles, comme les comportements, les artefacts, les symboles, et selon des aspects intangibles, telles les valeurs, les croyances et les normes (Cameron et Quinn, 2011; Appelbaum et al., 2010; Rouleau, 2007; Schein, 2004; Sims, 2002). En l'analysant, on cherche à comprendre et à expliquer les phénomènes manifestes et latents qui coexistent entre les membres d'une organisation.

Considérant que cette analyse est ardue, plusieurs chercheurs ont travaillé à développer des méthodes et des outils pour accompagner les organisations, allant des analyses quantitatives aux analyses qualitatives. Réaliser l'analyse d'une culture organisationnelle est un exercice particulièrement enrichissant lorsqu'il est réalisé dans le cadre d'un changement de culture organisationnelle puisque l'analyse permet de dégager les forces organisationnelles et les obstacles culturels (Cameron et Quinn, 2011; Schein, 2004). Cependant, entreprendre un changement culturel est une tâche difficile qui requiert des efforts à long terme (Cameron et Quinn, 2011; Séguin *et al*., 2008; Schein, 2004; Sims 2002, 2000; Trice et Beyer, 1993).

Certains auteurs utilisent le terme « transformation » au lieu de « changement » pour faire ressortir qu'il ne s'agit pas d'un changement local ou isolé, mais bien d'un « processus de transformation culturelle » (Gebhardt *et al.*, 2006 : 51) qui s'étend à tous les membres de

[3] http://www.ebaptisthealthcare.org/Homepage/, page consultée le 12 février 2013.
[4] http://www.mayoclinic.com/, page consultée le 12 février 2013.
[5] http://www.stamfordhospital.org/, page consultée le 12 février 2013.
[6] http://www.centredereadaptationestrie.org/, page consultée le 12 février 2013.

l'organisation. Nous sommes en parfait accord avec cette ligne de pensée. Dès lors, le terme « transformation » sera privilégié tout au long du mémoire.

1.4 La transformation culturelle de l'organisation

Dans le cadre de ce mémoire, notre intérêt sera justement porté sur une transformation de culture organisationnelle, en milieu hospitalier, qui découle de l'application d'une **approche centrée sur le patient**. D'un côté, il faut situer cette approche par rapport aux autres approches novatrices de gestion en santé afin de démontrer la convergence et l'influence des concepts mobilisés. De l'autre côté, il faut rendre compte qu'une telle transformation est un processus complexe, riche en émotions et qui s'échelonne sur une longue période (Cameron et Quinn, 2011; Rondeau, 2008; Séguin *et al.*, 2008; Schein, 2004; Sims 2002, 2000; Trice et Beyer, 1993).

Conséquemment, une organisation qui s'y engage a besoin de pouvoir témoigner des avancées réalisées, de même que de pouvoir identifier là où les résistances ou les défis subsistent. D'une part, la transformation culturelle impacte tous les membres de l'organisation puisqu'ils doivent désapprendre ce qu'ils connaissent pour réapprendre de nouvelles façons d'agir et de penser. Inévitablement, cette transition implique des bouleversements auprès des membres (Schein, 2004). D'autre part, pour que le processus de la transformation culturelle soit réussi, il faut que l'organisation se dote d'indicateurs et de jalons pour le suivre dans le temps (Cameron et Quinn, 2011).

On se questionne alors :

> Quels sont les principaux indicateurs à intégrer au système de **performance** d'un hôpital, qui témoignent de la transformation de la **culture organisationnelle** vers une **approche centrée sur le patient**?

1.5 Le cadre de mesure

Bien qu'il existe des démarches et des modèles qui guident les organisations dans leur progression (Cameron et Quinn, 2011; Gebhardt *et al.*, 2006; Schein, 2004), nous croyons qu'il est essentiel de les intégrer à un cadre de mesure de performance. On s'assure ainsi d'une plus grande probabilité de réussite puisqu'un cadre de mesure de performance permet de se fixer des objectifs, d'en évaluer l'atteinte et de se comparer longitudinalement (Botton *et al.*, 2012). Il propose, en quelque sorte, d'avancer à travers cette transformation en

utilisant une démarche structurée, tout en incorporant des étapes de suivi, de reddition de comptes et d'apprentissage organisationnel.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéresserons particulièrement aux indicateurs de performance parce qu'ils permettent de mesurer ce que l'on souhaite obtenir, autant le résultat final, soit la nouvelle culture organisationnelle fondée sur les principes de l'approche centrée sur le patient, que les moyens pour y parvenir. Dans un premier temps, nous chercherons à identifier les traceurs de l'évolution de la transformation de la culture organisationnelle. Dans un deuxième temps, nous souhaitons identifier les indicateurs de performance qui témoignent de la nouvelle culture organisationnelle et de son maintien.

Le défi de mesure sera triple! En premier lieu, la mesure d'une culture organisationnelle concerne des aspects qui font partie du registre de l'intangible. En deuxième lieu, il existe un ensemble de facteurs, autre que l'approche centrée sur le patient, qui peuvent influencer la transformation. En troisième lieu, les traceurs sélectionnés devront s'arrimer avec l'évolution de la culture de l'organisation afin d'atteindre le résultat désiré.

Tout au long de ce mémoire, nous garderons en tête cette citation fort intéressante :

> [T]*he likelihood that we will be able to move health care to a more patient-centric system depends, in large part, on our ability to also shift performance measurement in this direction*.
>
> (Hibbard, 2004 : 135)

1.6 La structure du mémoire

Le mémoire se divise en neuf chapitres. Le présent chapitre permet d'apprécier la pertinence de notre sujet de recherche tant au niveau de ses préoccupations théoriques que pratiques. Ensuite, afin de traiter adéquatement de notre problématique de recherche, il convient de consulter la littérature scientifique, la littérature d'affaires en gestion et celle spécifique à la santé pour faire le tri parmi tous les concepts entourant la gestion de la performance (chapitre 2), faire ressortir les principaux constats reliés à la culture organisationnelle (chapitre 3) et finalement, décrire les changements culturels qui découlent des approches novatrices de gestion dans le domaine de la santé (chapitre 4). Étant donné la densité des informations, la revue de la littérature a donc été divisée en trois chapitres.

En combinant l'ensemble de ces connaissances, on illustre notre modèle de recherche au chapitre 5. Puis, on présente et on justifie nos choix méthodologiques au chapitre 6 en précisant notre approche de recherche, la recherche-action, et en détaillant notre stratégie de

recherche, l'étude de cas unique. L'objectif de ce chapitre est de démontrer que notre recherche a été réalisée de façon valide et fiable.

En se basant sur les informations recueillies par les données documentaires, lors d'observations, de rencontres et en fonction des propos retenus des participants aux entretiens qualitatifs, nous présentons notre étude de cas au chapitre 7. Dans ce même chapitre, nous analysons et discutons des données présentées à la lumière des concepts précédemment abordés dans la revue de la littérature, précisément ceux liés à la culture organisationnelle. Ensuite, au chapitre 8, nous analysons et discutons aussi des données présentées dans l'étude de cas, mais à la lumière des concepts davantage liés à la gestion de la performance. Au fil de ce chapitre, en plus de tenter de répondre à notre objectif de recherche, nous proposons des indicateurs de performance afin de soutenir et d'accompagner l'établissement étudié vers l'atteinte de ses résultats. Finalement, le chapitre 9 conclut le mémoire en reprenant les principaux constats de notre recherche. Il met également en lumière les apports et les limites de notre recherche ainsi que les avenues de recherche futures.

Chapitre 2 : La gestion de la performance

« *People do what you inspect, not what you expect.* »
- Lou Gerstner

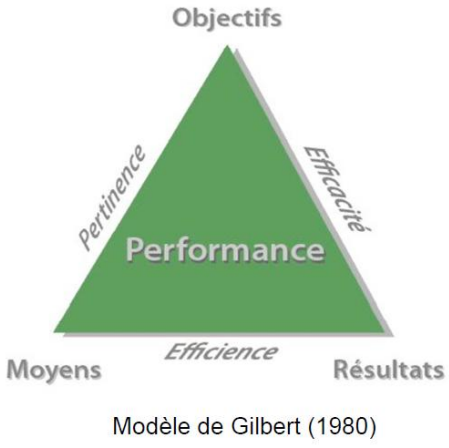
Dans cette première section, la littérature consultée met en lumière que la performance organisationnelle est un concept multidimensionnel (2.1) qui a évolué en fonction du contexte économique, politique et social, principalement durant le 20e siècle (2.2). D'ailleurs, l'intérêt grandissant accordé à la gestion de la performance, autant par les chercheurs que par les praticiens, s'explique d'une part, par des raisons intrinsèques et d'autre part, par des raisons extrinsèques (2.3). Conséquemment, plusieurs outils d'identification des préoccupations de gestion (2.5) ont été développés. Nous les passerons brièvement en revue. Puis, nous en analyserons trois qui sont spécifiquement utilisés dans le contexte hospitalier (2.6). Finalement, cette section se conclura en soulevant les défis de mesure reliés à la transformation d'une culture organisationnelle (2.7).

2.1 La performance : ses définitions

Dans la littérature, le thème de la gestion de la performance, tel qu'on l'utilise dans les organisations, est apparue au début du XXe siècle avec les théories des organisations classiques. Le terme « performance » a par ailleurs été utilisé bien avant. On ressort que la performance peut être vue comme une action, soit un moyen pour atteindre le résultat ou comme le résultat de l'action, soit une fin, ou comme le succès (Bourguignon, 1995).

Cette façon de voir la performance fait écho aux concepts d'efficacité et d'efficience. L'efficacité est de faire les bonnes choses et l'efficience est de bien faire les choses (Séguin *et al.*, 2008). Autrement dit, l'efficacité est d'atteindre les objectifs et l'efficience est d'utiliser les ressources suffisantes pour y parvenir (Lebas, 1995). Le modèle de Gilbert (1980) présenté par Jacquet (2011) place la performance au centre du triangle et permet, par ses côtés, de voir l'interaction entre les concepts :

Figure 1 : Le modèle de Gilbert 1980



Source : (Jacquet, 2011 : 4)

Champagne *et al.* (2005 : 16) soulignent que la performance est souvent comprise comme un concept qui englobe toutes les notions suivantes : efficience, efficacité, rendement, productivité, qualité, accès et équité. À cet égard, Morin *et al.* (1996) relatent que dans la littérature, ces concepts sont souvent synonymes (Morin *et al.*, 1996 : 7).

Durant les années 1930 à 1980, la performance en gestion était majoritairement orientée vers la performance financière, c'est-à-dire axée sur une perspective à court terme et basée sur des chiffres historiques (Neely et Kennerley, 2002). On s'intéressait principalement à l'efficacité en fonction des intérêts des actionnaires. Par contre, dans les années 1980 et 1990, le contexte dans lequel les organisations gravitaient a changé : environnement plus turbulent, déréglementation des marchés, montée de la compétitivité, stratégies corporatives variées, souci de la responsabilité sociale des entreprises, etc. Face à cette nouvelle réalité, on ne pouvait plus se limiter à la seule dimension financière pour rendre compte de la performance (Morin *et al.*, 1996) ni à un seul groupe d'intérêt, les actionnaires (Séguin *et al.*, 2008). C'est en s'intéressant aussi à des dimensions non financières, internes et externes (satisfaction des clients, intérêts des employés, qualité des processus, etc.), qu'une vision plus équilibrée de la performance s'est installée. On parle dorénavant de performance organisationnelle.

Contandriopoulos (2008) la définit comme étant « un concept multidimensionnel, paradoxal et contingent » (Contandriopoulos, 2008 : 197). Premièrement, elle tient compte des nombreuses dimensions de l'organisation et peut donc être mesurée selon différents critères. Deuxièmement, elle est paradoxale puisqu'elle est définie en fonction des intérêts divergents des parties prenantes (clients, employés, actionnaires, fournisseurs,

gouvernements, groupes de pression, etc.) qui établissent une relation avec l'organisation (Sicotte *et al.*, 1999). En ce sens, Morin *et al.* (1996) précisent qu'elle « est un construit, défini de différentes façons, selon les valeurs, la formation, le statut et l'expérience des évaluateurs » (Morin *et al.*, 1996 : 7). De plus, elle est paradoxale puisqu'elle cherche à atteindre des résultats futurs en se basant sur des données historiques ou présentes (Botton *et al.*, 2012). Troisièmement, la performance est contingente puisqu'elle s'inscrit dans un contexte précis (Botton *et al.*, 2012; Jacquet, 2011; Sicotte *et al.*, 1999) pour un temps donné, sans lequel, elle n'aurait pas le même sens.

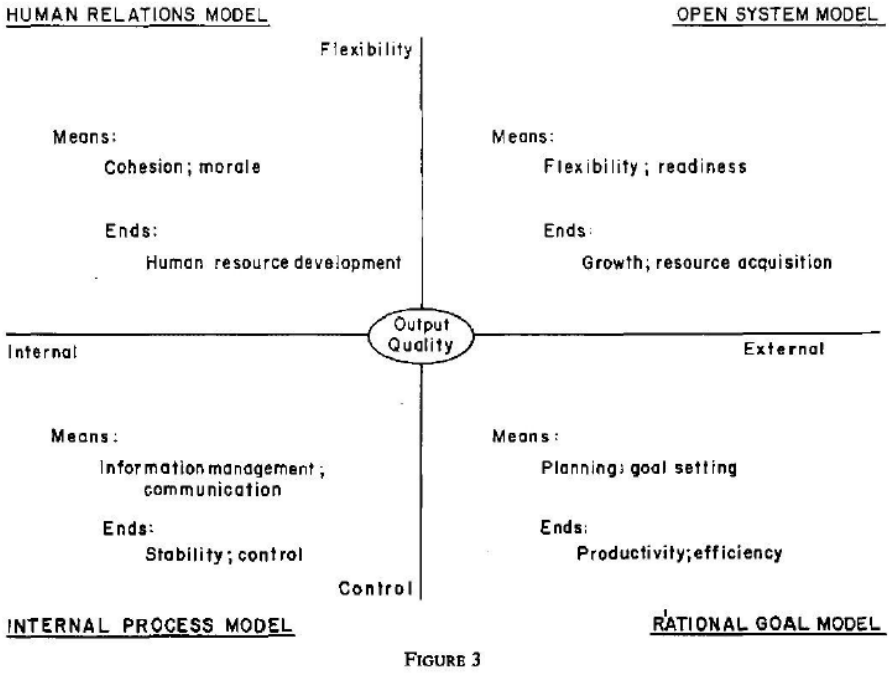
2.2 La performance vue par les théories des organisations

À la lecture de cette première section, on remarque qu'il existe plusieurs définitions de la performance. Ce constat peut être attribuable aux différentes théories des organisations. En fait, ces dernières nous enseignent qu'on retrouve de « nombreux points de vue qui offrent diverses manières de réfléchir sur la vie organisationnelle » (Rouleau, 2012 : 1). Chacune porte un regard particulier, différent ou complémentaire, sur l'organisation. En considérant le nombre partiellement élevé de théories des organisations (Rouleau, 2007), il n'est pas surprenant qu'un grand nombre de définitions sur la performance existent. On comprend que les dimensions organisationnelles qui sont évaluées par la performance dépendent de la paire de lunettes avec laquelle l'organisation est analysée. Ainsi, la définition que l'on attribue à la performance découle de l'image qu'on se fait de l'organisation. Suivant cette vision, la performance sera comprise et évaluée en ce sens.

2.2.1 La matrice des valeurs concurrentes

En se basant sur quatre principaux modèles organisationnels, Quinn et Rohrbaugh (1983) ont proposé un cadre d'analyse, à trois dimensions, qui fait ressortir les similitudes et les différences qu'entretiennent ces modèles à propos de l'efficacité organisationnelle. Ils emploient le terme « efficacité organisationnelle » pour désigner la « performance organisationnelle ». Ce cadre s'intitule la matrice des valeurs concurrentes (C*ompeting Values framework*).

Figure 2 : La matrice des valeurs concurrentes de Quinn et Rohrbaugh (1983)



Source : Quinn et Rohrbaugh, 1983 : 369

La première dimension, située sur l'axe vertical, concerne la structure organisationnelle. D'une extrémité à l'autre, la structure peut être flexible et ouverte au changement ou stable et contrôlée. La deuxième dimension, située sur l'axe horizontal, concerne l'orientation de l'organisation : axé vers l'interne (vers les personnes, activités et ressources) ou axé vers l'externe (vers l'environnement, le marché). La troisième dimension concerne les processus (*means*) et les résultats (*ends*) que souhaite atteindre l'organisation. Un modèle organisationnel est associé à chacun des quatre quadrants formés par les deux premières dimensions. La troisième dimension est représentée à l'intérieur de chaque quadrant. Le modèle des relations humaines (*human relations model*) conçoit que l'efficacité organisationnelle s'obtient par le développement de ses ressources humaines à travers leur cohésion au sein de l'organisation. Le modèle du système ouvert (*open system model*), comme son nom l'indique, accorde de l'importance à la relation entre l'environnement externe et l'organisation. Pour être efficace, une organisation doit être flexible et ouverte afin d'acquérir les ressources nécessaires à sa croissance. Le modèle des processus internes (*internal process model*) recherche à démontrer son efficacité organisationnelle par la gestion de l'information pour assurer stabilité et contrôle. Finalement, le modèle des buts rationnels (*rational goal model*) vise la productivité et l'efficience.

D'un côté, on dégage des similitudes entre les modèles en ce qui a trait à leur structure ou à leur orientation, comme par exemple entre le modèle des relations humaines et le modèle des processus internes qui sont davantage orientés vers l'interne de l'organisation (personnes, activités, ressources). D'un autre côté, on remarque que les quadrants opposés sur la diagonale ont des valeurs concurrentes. En représentant ainsi leur matrice, les auteurs font ressortir qu'il existe divers points de vue selon lesquels on peut envisager la performance organisationnelle. Ils concluent que l'efficacité organisationnelle est donc une notion abstraite socialement construite par les théoriciens et les chercheurs (Quinn et Rohrbaugh, 1983 : 374).

2.2.2 La classification de Jacquet

Suivant cet ordre de pensée et inspiré du modèle de l'efficacité organisationnelle de Savoie et Morin (2002), Jacquet (2011 : 6) associe les dimensions de la performance à des approches plus globales : approche sociale, approche systémique, approche politique et approche économique. La première se concentre sur la valeur des ressources humaines, la deuxième se soucie de l'adaptation de la firme à son environnement, la troisième repose sur les intérêts des parties prenantes et la légitimité de l'organisation, puis la quatrième s'intéresse à la productivité et à l'efficience économique.

2.2.3 La classification du GRIS

Quant au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) (Champagne *et al.*, 2005 : 16-17), il a choisi de classifier la gestion de la performance selon neuf modèles conceptuels et méthodologiques. Considérant que chaque modèle est inspiré des diverses théories des organisations; chacun a sa propre définition de la performance et évalue donc des dimensions différentes.

Modèles conceptuels	**Vision de la performance**
Le modèle de l'atteinte des buts	Pour être performante, une organisation doit atteindre ses objectifs.
Le modèle des processus internes	Pour être performante, une organisation doit être efficace au niveau de ses processus internes de production (« Qualité Totale, Amélioration Continue de la Qualité, Réingénierie des processus » (Sicotte *et al.*, 1999 : 36)
Le modèle de l'acquisition des ressources	Pour être performante, une organisation doit s'adapter à son environnement, acquérir des ressources (humaines, technologiques, matérielles, etc.) et croître.
Le modèle des relations humaines	Pour être performante, une organisation doit maintenir un climat de travail sain entre ses membres.

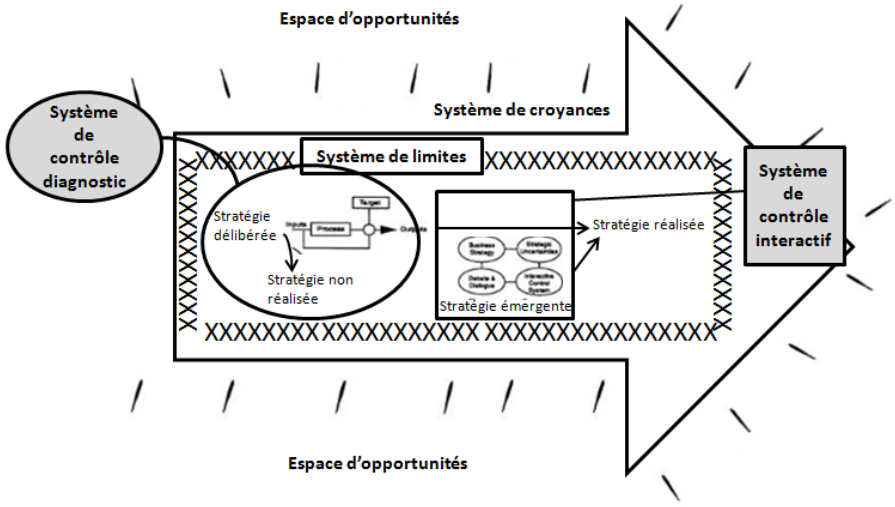
Modèles conceptuels	Vision de la performance
Le modèle politique	Pour être performante, une organisation doit être capable de faire un juste arbitrage entre les différents intérêts de ses parties prenantes.
Le modèle de la légitimité sociale	Pour être performante, et ainsi survivre, une organisation doit arrimer son fonctionnement interne en tenant compte des valeurs, normes et politiques sociales qui régissent dans son environnement externe.
Modèles méthodologiques	**Vision de la performance**
Le modèle zéro défaut	Pour être performante, une organisation ne doit pas faire d'erreur et ne doit pas avoir de traces d'inefficacité (Champagne *et al.*, 2005 : 17).
Le modèle comparatif de performance	Pour être performante, une organisation se compare aux autres organisations similaires quant à leurs différentes dimensions.
Le modèle normatif du système d'action rationnelle	Pour être performante, une organisation doit assurer une équilibre entre résultats, processus et structure.

Tableau 1 : La classification de la gestion de la performance selon le GRIS (2005)

2.2.4 Les niveaux de contrôle selon Simons

Quant à Simons (1995), il étudie la gestion de la performance à travers la stratégie organisationnelle et les systèmes de contrôle de gestion. Il soutient qu'une organisation qui veut atteindre une croissance rentable (Simons, 1995 : 175) doit gérer les tensions qui existent entre les systèmes qui favorisent la création d'innovation et ceux qui orientent le contrôle. Dans son modèle, il définit quatre systèmes : le système de croyances (*beliefs system*), le système de limites (*boundary system*), le système de contrôle interactif et le système de contrôle diagnostic. Ils sont illustrés dans la figure 3.

Figure 3 : Les quatre systèmes selon Simons (1995)



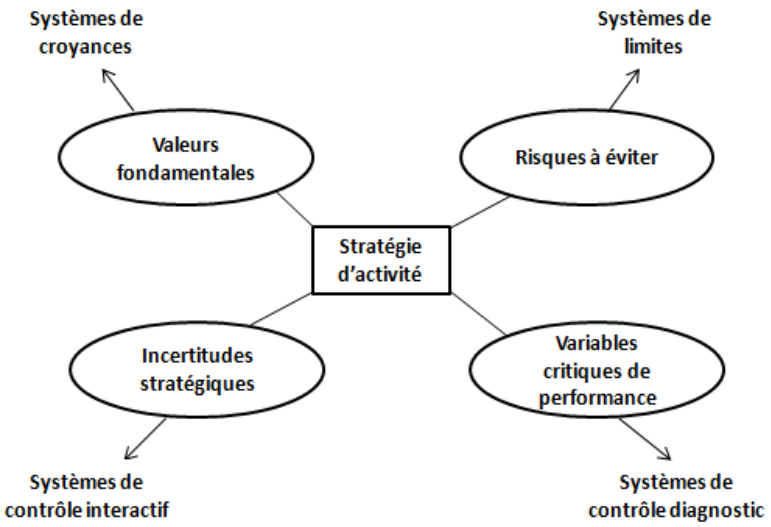
Source : Adaptation de Simons, 1995 : 154

Les systèmes de croyances et les systèmes de limites définissent en quelque sorte le terrain de jeu dans lequel les membres de l'organisation peuvent puiser. En se basant sur leurs

valeurs organisationnelles et en connaissant les frontières d'activités stratégiques où ne pas aller, les membres de l'organisation peuvent orienter leurs décisions dans une direction commune. Quant aux systèmes de contrôle en place, ils permettent de guider la formulation et l'implantation des différentes stratégies organisationnelles. D'une part, les systèmes de contrôle interactif influencent le déploiement de stratégies émergentes puisqu'ils fournissent des outils à l'organisation pour appréhender les incertitudes stratégiques et favoriser les expérimentations. D'autre part, les systèmes de contrôle diagnostic s'appliquent à encadrer et coordonner les stratégies délibérées en se concentrant sur la maîtrise des variables critiques de performance. Ce dernier type de système représente la forme la plus traditionnelle du contrôle de gestion (Lehmann-Ortega et Naro, 2008).

Ces quatre systèmes sont des leviers de contrôle complémentaires (Simons, 1995 : 153) pour l'organisation. Simons (1995) les représente dans son modèle ci-dessous.

Figure 4 : Les quatre leviers de contrôle de Simons (1995)



Source : Adaptation de Simons, 1995 : 7

On constate qu'en traçant une ligne verticale en plein milieu de son modèle, on répartit les systèmes qui, d'un côté, s'orientent vers la recherche d'opportunités et l'apprentissage et de l'autre côté, vers la recherche et l'attention (Simons, 1995 : 157). Du côté gauche, on retrouve les deux systèmes (systèmes de croyances et systèmes de contrôle interactif) qui prônent l'innovation, l'apprentissage et les stratégies émergentes. Du côté droit, on retrouve les deux systèmes (systèmes de limites et systèmes de contrôle diagnostic) qui sont davantage traditionnels, c'est-à-dire ciblés vers la gestion de risques et la maîtrise des variables critiques de la performance. On peut également diviser son modèle en traçant un

axe horizontal en plein milieu pour répartir les systèmes qui, dans la partie supérieure, encadrent le domaine stratégique et dans la partie inférieure, les systèmes qui guident la formulation et la mise en œuvre de la stratégie (Simons, 1995 : 157). En ce sens, il apporte un nouvel éclairage par rapport à la traditionnelle vision qui associe la planification stratégique à la formation de la stratégie et le contrôle à sa mise en œuvre (Naro et Travaillé, 2010). Bref, dans un contexte de croissance, d'opportunités à saisir, de pressions concurrentielles grandissantes et de contraintes de temps, l'organisation doit équilibrer les différentes tensions auxquelles elle est confrontée en s'appuyant sur ces quatre leviers. Selon Simons (1995), c'est sa seule façon d'améliorer son *return-on-management* (Simons, 1995 : 175).

En résumé, les modèles ou les classifications présentés ci-dessus font ressortir que la performance organisationnelle est relative à la conception qu'on a des organisations (Sicotte *et al.*, 1999; Morin *et al.*, 1996). À ce titre, elle a autant de définitions qu'il y a de théories des organisations. Ainsi, les dimensions qui sont évaluées à travers sa gestion sont en lien direct avec les éléments fondamentaux des théories desquelles elles s'inspirent. Dans un cadre de mesure de la performance, il est important de savoir où on se situe selon ces approches afin d'utiliser les moyens appropriés pour atteindre les résultats désirés.

2.3 L'intérêt pour la gestion de la performance organisationnelle

La popularité du concept de la gestion de la performance s'explique par deux principales raisons. Premièrement, la mise en œuvre d'un système de gestion de la performance permet de développer et de maintenir l'avantage concurrentiel organisationnel. Deuxièmement, la transformation du contexte des affaires a fait émerger l'importance associée à la gestion de la performance.

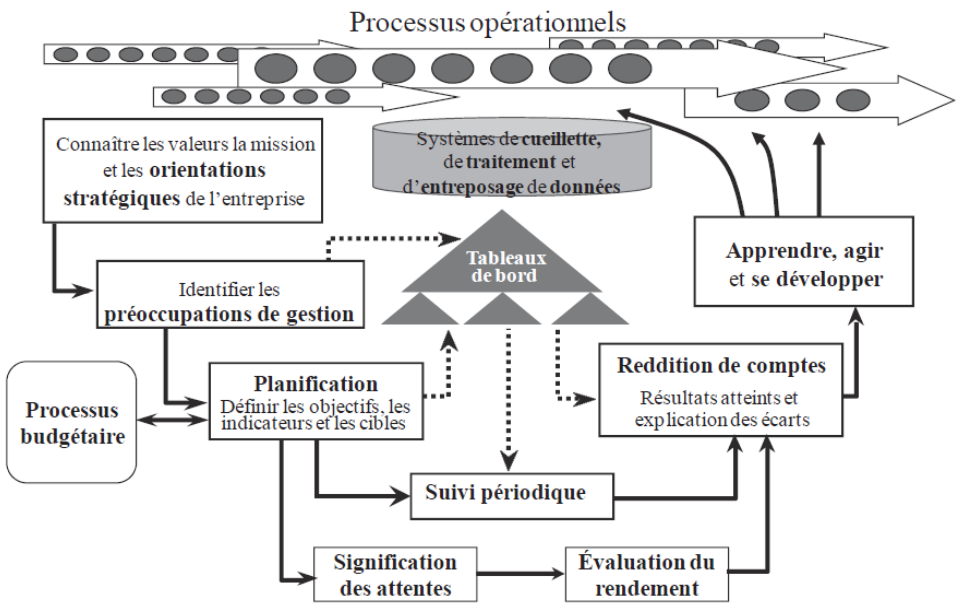
2.3.1 Un avantage concurrentiel

En premier lieu, la gestion de la performance permet à l'organisation de maintenir ou de développer son avantage concurrentiel. En fait, c'est parce que l'organisation gère sa performance qu'il en est ainsi. Gérer sa performance signifie avoir un système de gestion de la performance en place dans l'organisation. C'est « un levier de création de valeur » (Botton *et al.*, 2012 : 37). La gestion de la performance s'inscrit dans un processus dynamique organisationnel. Folan *et al.* (2007 : 616) résument :

> *performance management is the management of the system put in place by an entity (with a pre-determined socially constructed reality) that has chosen a relevant viewpoint of itself (its objective) towards which it means to progress, using a set of recognisable characteristics as its measurement apparatus (performance measurement) to monitor this progress.*

Suivant cette explication, le modèle présenté ci-dessous est un exemple, tiré de la littérature professionnelle, des différentes activités qui se succèdent dans un système de gestion de la performance :

Figure 5 : Cycle des activités du système de gestion de la performance de Botton *et al.* (2012)



Source : Botton *et al.*, 2012 : 39

Lors des premières étapes, l'organisation doit tout d'abord être en mesure de faire une analyse stratégique de sa situation, tant à l'interne qu'à l'externe. Elle la conduit avec différents outils tels l'analyse des cinq forces de Porter, l'analyse PESTEL, l'analyse de la chaîne de valeur de Porter, l'analyse des ressources et compétences distinctives, etc. (Kaplan et Norton, 2008 : 66). Ainsi, elle saura relever les zones où elle excelle, c'est-à-dire dans lesquelles elle se distingue des autres organisations, ou les zones qu'elle souhaite développer afin de se démarquer. Autrement dit, elle détermine ses facteurs clés de succès (Brown, 1996).

Ensuite, l'organisation se fixe des objectifs et se dote d'outils pour mesurer leur progression. De la sorte, elle réussit à s'adapter autant à son environnement interne qu'à son environnement externe. Kaplan et Norton (2008) avancent : « *if you don't measure progress toward an objective, you cannot manage to improve it* » (Kaplan et Norton, 2008 : 66).

Lorsque la réflexion stratégique est accomplie, que les dimensions de la performance à évaluer ont été précisées et que les outils et indicateurs ont été choisis, le système de gestion de la performance doit faciliter la mise en œuvre des mécanismes de suivi. En effet, effectuer des suivis de sa performance permet à l'organisation de s'ajuster plus facilement au fur et à mesure, et même de saisir de nouvelles opportunités. Les dernières étapes, soit le suivi périodique, la reddition de comptes et l'apprentissage organisationnel, concluent donc le processus de gestion de la performance en donnant du sens aux résultats (Botton *et al.*, 2012) et en permettant une boucle de rétroaction.

En résumé, on peut reprendre les mots de Lynch et Cross (1995) « [p]*erformance measures form a powerful management tool and can play a critical role in developing a firm's competitive advantage* » (Lynch et Cross, 1995 : 89).

2.3.2 La modification du contexte des affaires

En deuxième lieu, la gestion de la performance est devenue un concept à mode dans les années 1980 puisque le visage du monde des affaires a changé.

D'un côté, l'environnement avec lequel l'organisation entre en relation n'est plus le même. Les marchés sont désormais turbulents, la concurrence est mondiale (Morin *et al.*, 1996), les clients sont de plus en plus informés et exigeants (Séguin *et al.*, 2008) : la gestion de la performance ne peut donc plus être seulement envisagée selon les dimensions traditionnelles.

De l'autre côté, les crises financières, les scandales éthiques comme celui d'Enron en 2001, transforment la quiétude du monde des affaires. Désormais, la reddition de comptes est devenue une condition nécessaire. La gestion de la performance permet, à travers son système de la gestion de la performance, d'établir et d'annoncer des objectifs, d'y rattacher des cibles et de rendre des comptes par rapport aux résultats obtenus.

Or, ce n'est pas seulement le secteur privé qui a été touché par cette vague de changement. On retrouve la même urgence de reddition de comptes et le même désir d'amélioration de la performance dans le secteur public (Sicotte *et al.*, 1999). On nomme ce courant, le nouveau *management public* (Dauphin, 2011; Bachelard *et al.*, 2010; Radnor et Barnes, 2007).

Le domaine de la santé n'a pas fait exception et a poursuivi dans cette veine. Purbey *et al.* (2007) font état de la situation du secteur hospitalier : « *long waiting times, inefficiency,*

low productivity, stressed medical staff and dissatisfied patients » (Purbey *et al.*, 2007 : 242). Ce portrait peu reluisant se combine à un contexte démographique où le vieillissement de la population s'accélère et à un contexte économique où on assiste à la hausse des coûts en santé, principalement financés par les fonds publics (Or, 2009; Jobin, 2005). Face à cette réalité, la reddition de comptes devient légitime, notamment en fonction des investissements réalisés.

De plus, l'amélioration de la performance globale du système de la santé est un enjeu majeur. Cette préoccupation a été mise en lumière sous différents thèmes au cours des dernières années : rationalisation financière, gestion de la qualité et de la sécurité, performance et tableau de bord à visée stratégique, prise en charge des patients et management public (Minvielle, 2009).

2.4 La mesure

En gestion de la performance organisationnelle, la mesure est une étape excessivement importante. Revenons donc à l'étape de la planification du « Cycle des activités du système de gestion de la performance » de Botton *et al.* (2012 : 39) où la mesure est déterminée. À cette étape, la sélection adéquate des indicateurs de performance est primordiale puisqu'ils offrent à l'organisation des renseignements sur son évolution à atteindre ses objectifs. Morin *et al.* (1996) soulignent que « [m]esurer la performance d'une organisation, c'est mesurer des indicateurs qui la représentent adéquatement. » (Morin *et al.*, 1996 : 112) .

2.4.1 Les indicateurs de performance

Dans la littérature, malgré les différentes définitions des indicateurs de performance, on converge vers une définition commune à savoir qu'un indicateur de performance est une valeur qui reflète un phénomène ou une activité passé ou actuel. Le tableau 2 relate certaines des définitions données par différents auteurs.

Définition	**Auteurs**
« ensemble d'opérations portant sur des données concrètes, tangibles ou intangibles, qui produit une information pertinente sur un critère »	Morin *et al.*, 1996 : 10
« variable qui permet de mesurer un aspect d'un phénomène dans le but de vérifier l'atteinte d'un objectif, de comparer des entités différentes ou une même entité dans le temps, ou qui permet de mettre en contexte l'interprétation d'autres mesures »	Jobin *et al.*, 2001 lu dans Jobin, 2005 : 7-8
« valeur chiffrée qui mesure l'atteinte de l'objectif »	Le Louarn, 2010 : 242

« chiffre qui *renseigne* sur un phénomène ou une situation, [il] possède une capacité particulière à formater notre vision de la réalité »	Bachelard *et al.*, 2010 : 10

Tableau 2 : Les définitions d'un indicateur de performance selon différents auteurs

Les indicateurs de performance permettent de mesurer ce que l'on souhaite obtenir, autant le résultat final que les moyens pour y parvenir. Ils « permettent d'appuyer les objectifs stratégiques et vérifier si la stratégie est bien implantée et validée dans la réalité (Bourne, 2000) » (Botton *et al.*, 2011 : 17). De façon détaillée et adaptée à un contexte hospitalier, Le Pogam *et al.* (2009) leur attribuent quatre fonctions : « faciliter l'exercice d'un contrôle; permettre aux instances réglementaires d'observer de façon continue les systèmes et services de santé; influer sur le comportement des professionnels et des organismes au niveau tant macro-économique (population) que micro-économique (patients); et définir l'action à mener (Leatherman S., 2001 et 2002) » (Le Pogam *et al.*, 2009 : 119). En résumé, ils ont un double rôle : réactif et proactif. Il reflète un passé, un présent et un futur. D'ailleurs, en s'intégrant dans la triade « objectifs-indicateurs-cibles », l'indicateur permet de suivre l'évolution vers l'atteindre du résultat désiré.

En plus de ses rôles, selon la littérature, un indicateur de performance doit posséder plusieurs caractéristiques. Le tableau 3 ci-dessous en recense quelques-unes.

Un bon indicateur doit	**Auteurs**
a) Être ciblé b) Donner lieu à une interprétation aisée et acceptée c) Être statistiquement robuste et fiable d) Être adapté aux interventions politiques sans être manipulable e) Pouvoir être actualisé f) Ne pas être trop lourd en termes de production g) Être cohérent avec les autres h) Être transparent et accessible à tous	Atkinson *et al.*, 2007 lu dans Bachelard *et al.*, 2010 : 26
a) Être compris et interprété b) Être présent dans les bases de données de l'organisation c) Avoir un coût d'obtention d) Avoir des sources d'information fiables	Selmer, 1998 lu dans Jobin, 2005 : 8
a) Être disponible b) Être fiable c) Être valide	Champagne *et al.*, 2005 : 60-65
a) Être simple et clair b) Être convivial c) Être mesurable d) Être défini par rapport à une période précise de mesure e) Permettre de suivre son évolution dans le temps f) Mesurer la bonne chose (pertinence) g) Être non biaisé, homogène dans le temps et dans l'espace h) Avoir des données disponibles et avoir un coût d'acquisition	Jobin, 2004 : 22

de l'information qui est en rapport avec les bénéfices escomptés (faisabilité)	
a) Être fiable et valide b) Être pertinent c) Permettre des comparaisons significatives et être disponible à un coût raisonnable (faisabilité)	Pink *et al.*, 2001 : 5

Tableau 3 : Les caractéristiques d'un indicateur de performance

Ce qui ressort de ce tableau est que la sélection d'un indicateur de performance n'est pas un exercice à prendre à la légère (Champagne *et al.*, 2005). Il découle d'une démarche stratégique et scientifique. Une réflexion est alors nécessaire afin que l'indicateur choisi ait du sens pour l'ensemble de l'organisation. D'ailleurs, un mauvais choix d'indicateurs peut entraîner, d'une part, des effets pervers (Bureau *et al.*, 2010), c'est-à-dire des comportements qui vont à l'encontre de l'objectif visé et, d'autre part, démotiver s'ils s'éloignent de la réalité vécue ou s'ils sont trop nombreux. De plus, il faut aussi s'assurer que l'indicateur mesure le bon phénomène et non pas sa conséquence (Le Louarn, 2010).

2.4.2 Le tableau de bord

Dans le « Cycle des activités du système de gestion de la performance » de Botton *et al.* (2012 : 39), on note que l'étape de la planification permet de générer un outil de gestion fort utilisé en organisation, le tableau de bord. De façon générale, il permet une vue d'ensemble de l'organisation (Voyer, 1999) à un temps x. Concrètement, il contient, sous forme d'indicateurs, de l'information sommaire qui permet aux gestionnaires, en un coup d'œil, de voir comment se comporte leur organisation au niveau des dimensions de la performance qui ont été préalablement choisies. En fonction de la lecture qu'ils en font, ils peuvent ajuster leur gestion (et celles de leurs subalternes) pour maintenir ou corriger la situation. Ainsi, les gestionnaires mettent leurs efforts où c'est le plus bénéfique pour l'organisation. Le tableau de bord s'assure que tous les niveaux organisationnels aient des indicateurs pertinents et reliés à la stratégie organisationnelle globale (Neely et Kennerley, 2002 : 148). Il vise une cohérence entre les objectifs à atteindre et les actions envisagées autant dans la hiérarchie (niveau vertical) qu'entre les fonctions de l'organisation (niveau horizontal) (Neely et Kennerley, 2002 : 149).

Conséquemment, Voyer (1999 : 166-169) résume ses cinq fonctions :

- « *monitoring* constant, de constat d'écart et d'alerte;
- déclencheur d'enquête et guide d'analyse;

- reportage et reddition de comptes;
- communication et motivation;
- contribution à la formulation des objectifs et des attentes ».

Avant de réaliser l'étape de la planification et d'assurer adéquatement la mesure, il convient tout d'abord d'identifier les préoccupations de gestion, tel qu'illustré à la figure 5. La prochaine section présentera les différents outils de gestion qui peuvent être employés.

2.5 La performance organisationnelle : les différents outils d'identification des préoccupations de gestion

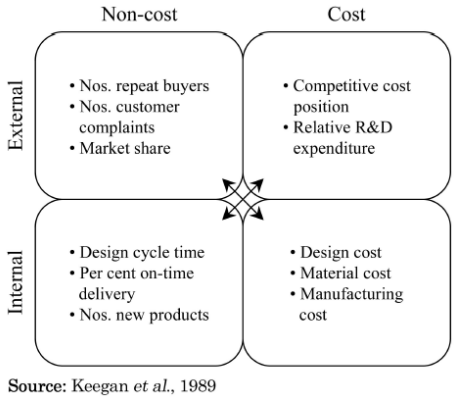
Influencés par les courants de pensée en théories des organisations, de nombreux outils de gestion proposent de définir, gérer et mesurer la performance organisationnelle. Ils permettent de mettre en lumière les principales dimensions de la performance qui doivent retenir l'attention. En ce sens, Neely et Kenerley (2002) soulignent « *frameworks have been used by organizations to define the measures that they should use to assess their performance* » (Neely et Kennerley, 2002 : 146).

2.5.1 Les matrices de mesure de la performance

2.5.1.1 La matrice de Keegan et al.

Contrairement à la vision traditionnelle, la matrice de mesure de la performance (*performance measurement matrix*) présentée par Keegan *et al.* (1989) propose d'évaluer plusieurs dimensions de la performance organisationnelle. Elle s'intéresse entre autres aux dimensions financières (*cost*) et non-financières (*non-cost*) ainsi qu'aux dimensions externes (*external*) et internes (*internal*) de l'organisation. Par contre, les liens entre les dimensions de la performance, représentés par des flèches dans la figure 6 ci-dessous, ne sont pas explicites dans cette matrice (Purbey *et al.*, 2007; Neely *et al.*, 2000).

Figure 6 : *Performance measurement matrix*



Source : Neely *et al.*, 2000 : 1122

2.5.1.2 La matrice de Fitzgerald et al.

Les travaux de Fitzgerald *et al.* (1991), réalisés dans des entreprises de services, ont permis de distinguer deux types de mesure de performance organisationnelle : celle reliée aux résultats (la performance financière et la compétitivité) et celle reliée aux déterminants de ces résultats (qualité, flexibilité, utilisation des ressources, innovation). Leur matrice s'intitule la matrice des résultats et des déterminants. L'apport de cette matrice est de démontrer que les mesures de performance liées aux résultats sont en fonction des mesures de performance liées aux déterminants, ceux qui précèdent les résultats. Autrement dit, l'intérêt n'est pas uniquement concentré sur les mesures des résultats finaux, mais prend aussi en considération les mesures des actions préalables.

Figure 7 : La matrice des résultats et des déterminants

Results	Financial performance
	Competitiveness
Determinants	Quality
	Flexibility
	Resource utilisation
	Innovation

Source: Fitzgerald *et al.*, 1991

Source : Neely *et al.*, 2000 : 1123

2.5.1.3 La triade de Donabedian

Intéressé à améliorer la qualité dans le domaine de la santé, Donabedian (2003) a proposé un modèle sur lequel se baser pour évaluer la performance, notamment celle de la pratique clinique. En fait, selon son modèle, la gestion de la performance en santé passe par

l'évaluation de la qualité. Elle peut être regardée sous trois angles différents : soit sous l'angle des structures, soit des processus ou soit des résultats. On parle de la triade « structures-processus-résultats ». Il définit les termes de la façon suivante :

- structures : « les conditions sous lesquelles les soins sont prodigués, ce qui inclut les ressources matérielles et humaines ainsi que les caractéristiques organisationnelles » (Donabedian, 2003 : 46, traduction libre)
- processus : « les activités qui constituent les soins de santé » (*Idem*, traduction libre)
- résultats : « les changements auprès des individus ou de la population, désirables ou non, attribuables aux soins de santé » (*Idem*, traduction libre)

Chaque angle, ou approche, a des avantages et des inconvénients (Donabedian, 2003 : 56). Au lieu de les regarder séparément, il propose plutôt de considérer l'ensemble de sa triade afin d'évaluer la qualité des soins. Il postule qu'en combinant les approches, on est plus en mesure d'avoir une évaluation complète de la qualité des soins, de détecter les causes d'erreurs au niveau de la qualité et de les corriger (*Idem*). Il illustre son modèle par la figure ci-dessous.

Figure 8 : Le modèle de Donabedian (2003)

Source : Adaptation de Donabedian, 2003 : 47

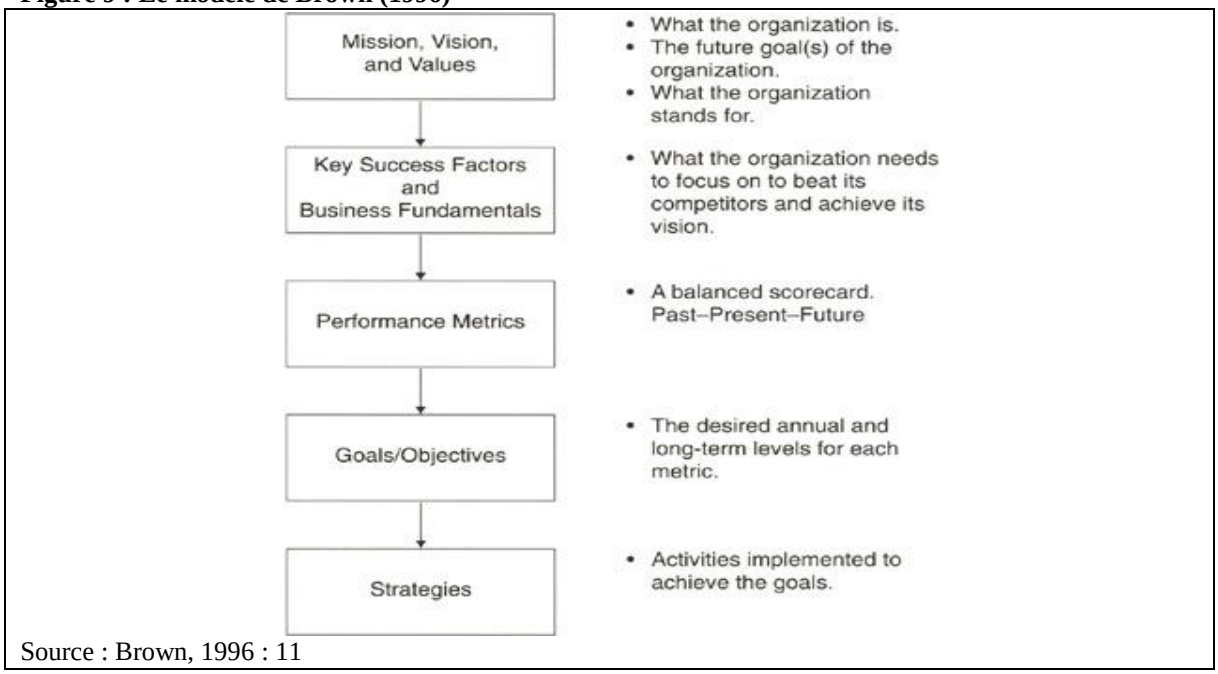
Bien que la linéarité représentée ne reflète pas la complexité de la réalité (Donabedian, 2003 : 47), elle permet toutefois de démontrer l'influence qu'ont les approches, l'une sur l'autre. Par contre, les contours sont flous à savoir où s'arrête chaque approche et où commence l'autre (Donabedian, 2003). Afin d'illustrer que les relations de causes à effets entre les caractéristiques de la triade ne sont pas assurément certaines ni directes, il ajoute un petit « p » au-dessus des flèches dans son modèle. Il signifie la probabilité, plus ou moins grande, de l'influence d'une approche, l'une sur l'autre.

Bref, le modèle de Donabedian (2003) suppose qu'en combinant les différentes caractéristiques de la triade, on peut évaluer la qualité des soins d'une façon complète.

2.5.1.4 Le modèle de Brown

En gestion de la performance, Brown (1996) considère que l'enjeu principal est de savoir mesurer que les bonnes variables, en ne se laissant pas déconcentrer par toute autre information supplémentaire. Il postule qu'en agissant ainsi, la probabilité de succès de l'organisation sera plus élevée (Brown, 1996). Indéniablement influencé par les apports de Kaplan et Norton (1996), il propose une démarche dirigée en cinq étapes afin d'aider les organisations à avoir une meilleure performance, pouvoir concurrencer les autres organisations et ainsi se démarquer.

Figure 9 : Le modèle de Brown (1996)



Source : Brown, 1996 : 11

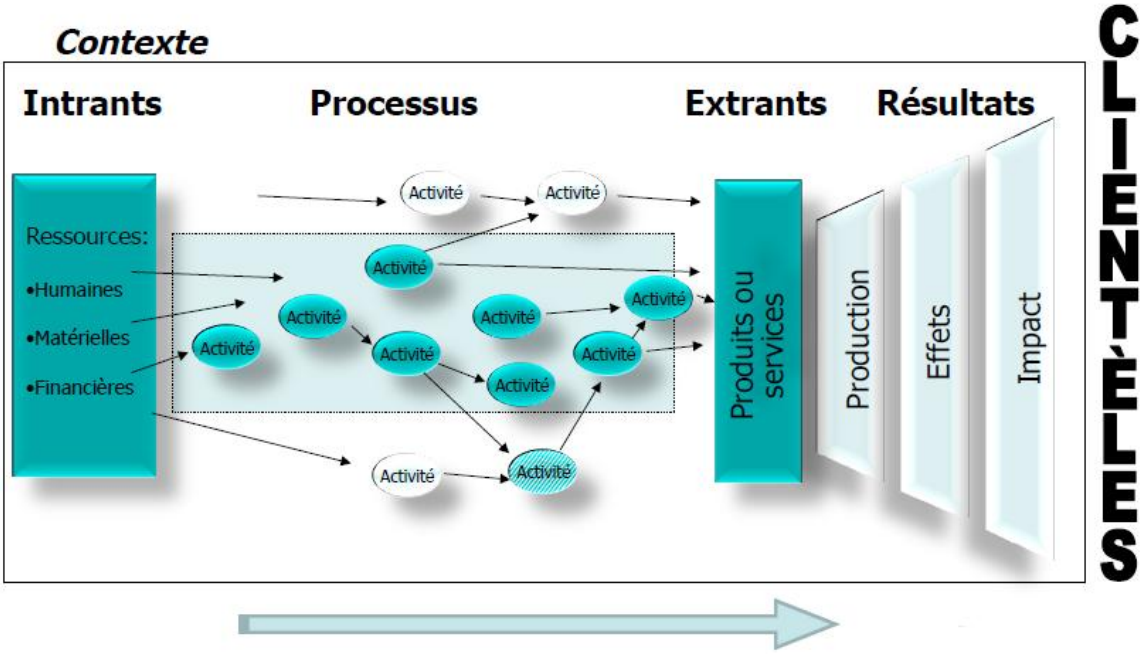
La première étape concerne la base d'une stratégie organisationnelle : définir la mission, la vision et les valeurs de l'organisation. Ensuite, l'organisation doit déterminer ce qu'elle fait de mieux que ces concurrents : ses facteurs clés de succès. Elle identifie les zones sur lesquelles elle doit se concentrer afin d'orienter ses efforts. Puis, pour s'assurer que ces éléments fondamentaux sont considérés et réalisés, il faut développer des mesures de performance, à travers un tableau de bord. Brown (1996) note que cet outil doit être équilibré quant aux mesures choisies, elles doivent refléter les dimensions passés, présentes et futures. De plus, cette vision équilibrée touche également les différents intérêts des parties prenantes (actionnaires, clients, employés). Les mesures choisies doivent en tenir compte. Étant donné que les mesures de performance découlent de la stratégie organisationnelle, partant du haut de la pyramide vers le bas, elles doivent être reliées et

cohérentes entre chaque niveau hiérarchique (départements, fonctions, etc.). En quatrième étape, des objectifs et des cibles spécifiques pour chaque mesure doivent être établis. Deux conditions sont alors essentielles : ces objectifs et ces cibles doivent correspondre à la réalité de l'organisation, c'est-à-dire être pertinents par rapport à la présente situation et doivent être objectivables, c'est-à-dire être basés sur des faits reconnus. Et finalement, des stratégies ou plans d'action doivent être élaborés afin que l'organisation puisse atteindre les objectifs désirés.

2.5.1.5 La chaîne des résultats de Botton et al.

D'une façon imagée, Botton *et al.* (2012) démontrent la dynamique de la performance organisationnelle par la figure ci-dessous. On retrouve à la fin de la chaîne, les résultats et au début, les déterminants des résultats, c'est-à-dire les intrants, les processus et les extrants. Les auteurs qualifient les déterminants de « précurseurs de l'atteinte des résultats » (Botton *et al.*, 2012 : 43). En fait, ils soulignent que « ces indicateurs pourront anticiper la performance à venir de l'organisation et permettre du même coup de reconnaître la contribution de chacun des maîtres d'œuvres des activités réalisées » (*Idem*). Dans la littérature anglaise, on fait référence aux termes « *leading* » et « *lagging* » (Kaplan et Norton, 1996 : 32) pour représenter les déterminants et les résultats.

Figure 10 : La chaîne des résultats de Botton *et al.* (2012)



Source : Botton *et al.*, 2012 : 43

Les intrants sont les ressources humaines, matérielles et financières qui sont mobilisées dans le but d'atteindre les résultats souhaités. Au niveau des processus, ce sont l'ensemble des activités réalisées en utilisant les intrants. Puis, les extrants sont les produits ou les services qui découlent des différentes activités réalisées. Finalement, en bout de course, on retrouve les résultats. On peut les diviser en fonction du temps. Les résultats de production sont des résultats qui se manifestent à court terme, ceux d'effets, s'observent plutôt à moyen terme et les résultats d'impact se mesurent à long terme.

L'apport de cette chaîne des résultats est de renforcer les liens causaux existants entre les déterminants et les résultats visés à plus long temps. En mesurant les indicateurs liés aux déterminants, l'organisation augmente ses chances d'atteindre ses résultats futurs puisqu'elle a l'occasion de rectifier ses actions au fur et à mesure, afin de parvenir au résultat désiré.

2.5.2 Les modèles des parties prenantes

De façon générale, le modèle des parties prenantes prend sa conception de l'organisation à travers l'analyse politique. Une partie prenante est définie comme un individu ou un groupe, situé à l'interne ou à l'externe de l'organisation, qui exerce une influence sur la performance organisationnelle (Atkinson *et al.*, 1997 : 27).

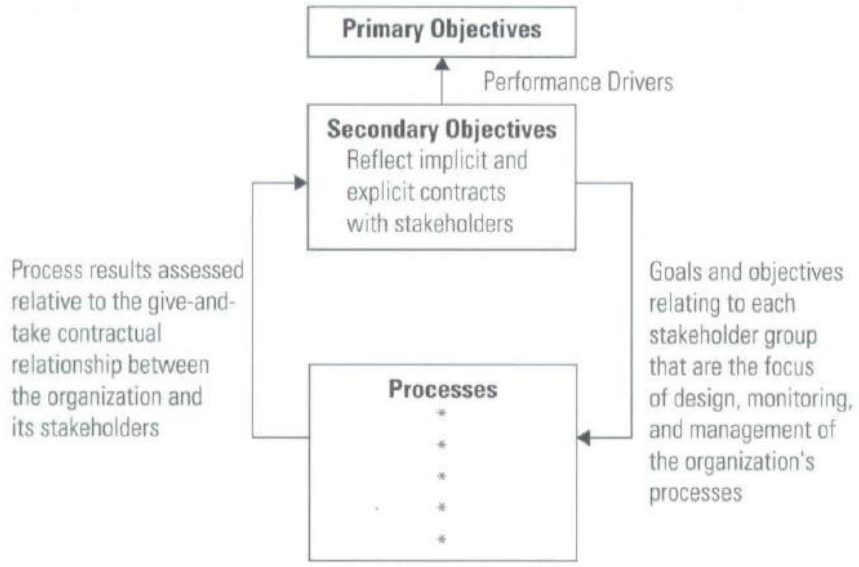
2.5.2.1 Le modèle d'Atkinson et al.

D'une part, Atkinson *et al.* (1997) perçoivent l'organisation comme étant complexe et où les relations de pouvoir entre les acteurs influencent le processus décisionnel (Rouleau, 2007). Leur vision s'inscrit plus précisément dans le courant de l'analyse des coalitions. Ils classifient les parties prenantes selon deux groupes principaux, ceux externes (*environmental stakeholders*) : les clients, les fournisseurs, la communauté et ceux internes (*process stakeholders*) : les employés et les propriétaires (ou actionnaires). Ils considèrent que les objectifs premiers à atteindre sont ceux des propriétaires. Puis, comme l'analyse des coalitions le suggère, ils observent comment les autres parties prenantes collaborent pour atteindre ces objectifs premiers. En échange de cette collaboration, les parties prenantes ont des attentes envers l'organisation. On les appelle les objectifs secondaires.

Afin d'être performante, soit atteindre ses objectifs premiers, l'organisation doit mettre en place des processus qui permettront de réaliser les objectifs secondaires. Pour s'assurer d'y arriver, l'organisation définit, coordonne et surveille des objectifs et des buts pour chacune

de ses parties prenantes. Leur modèle est présenté à la figure 11. Les flèches mises sur le modèle expliquent l'interdépendance entre les processus et les objectifs secondaires.

Figure 11 : Le modèle d'Atkinson *et al.* (1997)

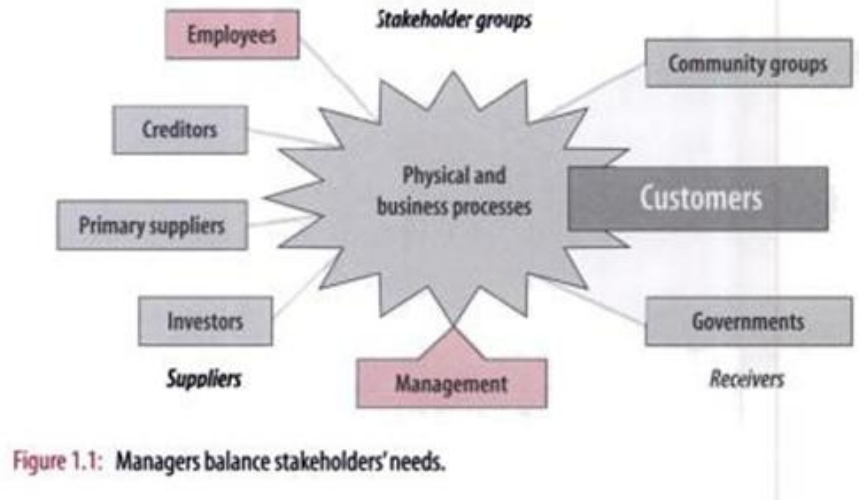


Source : Atkinson *et al.*, 1997 : 31

2.5.2.2 Le modèle de Trischler

D'autre part, Trischler (1996) s'intéresse à la création de valeur qui émerge d'un bon équilibre entre les besoins et les attentes des différentes parties prenantes de l'organisation. Il en dénombre huit : les clients, la partie prenante la plus importante (Trischler, 1996 : 8), les employés, les créanciers, les fournisseurs primaires, les investisseurs, les gouvernements, les groupes communautaires et la direction de l'organisation. Les processus physiques et d'affaires de l'organisation doivent permettre de concilier tous les enjeux en présence. Ainsi, l'organisation pourra dégager de la valeur et être performante.

Figure 12 : Le modèle de Trischler (1996)



Source : Trischler, 1996 : 6

Ces deux modèles renforcent l'idée qu'étant donné que les parties prenantes ont leurs intérêts propres et distincts, des dimensions financières et non financières doivent être prises en compte dans la gestion de la performance organisationnelle. En plus, ils permettent de ressortir les tensions dynamiques qui existent dans et autour de l'organisation.

2.5.2.3 Le modèle de Neely et al.

Le modèle de Neely *et al.* (2000), *Performance Prism*, est aussi axé sur l'importance que revêt les différentes parties prenantes de l'organisation : investisseurs (ou actionnaires), clients, employés, fournisseurs, régulateurs (législatifs et réglementaires), groupes de pression, etc. (Neely et Kennerley, 2002 : 151).

Ce modèle détaille cinq perspectives interreliées pour gérer la performance organisationnelle : 1) la satisfaction des parties prenantes, 2) leur contribution pour l'organisation, 3) les stratégies, 4) les processus et 5) les capacités. Dans un premier temps, l'organisation détermine les besoins et les demandes des parties prenantes et reconnaît ce qu'elles attentent d'elle en échange. Dans un deuxième temps, elle se concentre sur les stratégies à mettre en place pour y répondre. Ensuite, l'organisation se demandera comment et par quels processus elle peut réaliser ses stratégies. Puis, dans un dernier temps, elle devra déterminer quelles sont les capacités (humaines, infrastructures, technologies, etc.) dont elle a besoin pour y parvenir.

Figure 13 : *Performance Prism* de Neely *et al.* (2000)

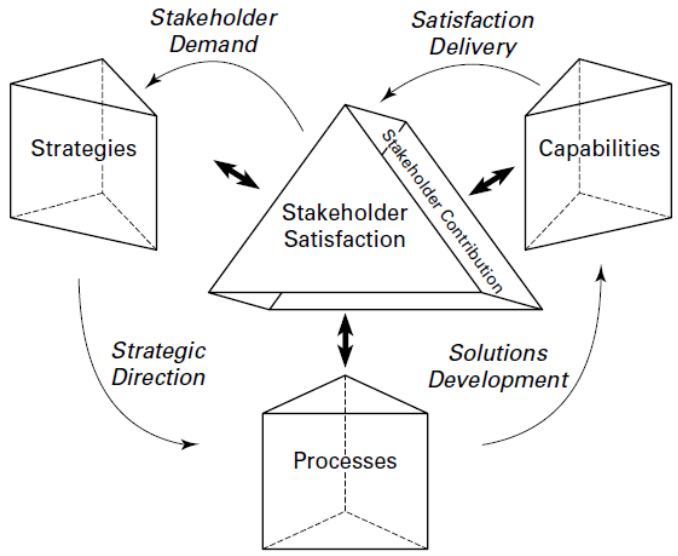


Figure 9.1. Delivering stakeholder value.

Source : Neely et Kennerley, 2002 : 153

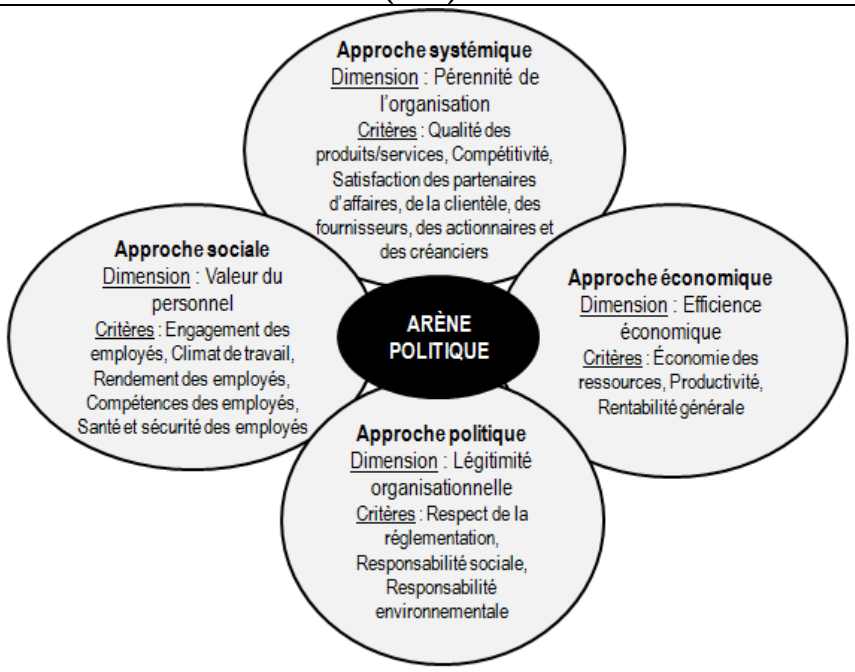
Avec ce modèle, les auteurs illustrent les interrelations, et donc la multidimension, entre les perspectives de la performance (Neely *et al.*, 2002 : 180). Ils prouvent que la satisfaction des parties prenantes s'atteint par les trois autres perspectives du *Performance Prism*. Le modèle permet donc aussi le lien entre les mesures internes (stratégies, processus, capacités) et les mesures externes (parties prenantes).

Finalement, une autre contribution reconnue au modèle est que, contrairement à la pensée dominante, les auteurs apportent un nouvel éclairage en affirmant que les mesures de performance ne doivent pas découler de la stratégie organisationnelle, mais bien de la connaissance de qui sont les parties prenantes de l'organisation, de leurs attentes et de leurs besoins (Neely *et al.*, 2002). Bref, ce modèle est davantage orienté vers l'externe : il se soucie en premier lieu des attentes et des besoins des parties prenantes, qu'il arrime par la suite aux stratégies, aux processus et aux capacités internes.

2.5.3 Le modèle de l'efficacité organisationnelle de Savoie et Morin

Le modèle révisé de Savoie et Morin (2002) rapproche explicitement quatre dimensions de la performance, ou efficacité organisationnelle, à quatre courants de pensée en théories des organisations. À l'approche systémique, on associe la théorie des systèmes; à l'approche sociale, l'école des relations humaines; à l'approche économique, les théories classiques comme l'OST et l'OAT et à l'approche politique, l'analyse des coalitions.

Figure 14 : Le modèle révisé de Savoie et Morin (2002)



Source : Adaptation du modèle de Savoie et Morin, 2002 : 213

Dans chaque cercle du modèle, on peut dégager une vision propre de la performance. Dans le cercle supérieur, la vision de la performance rejoint le modèle de l'acquisition des ressources, tel que défini par le GRIS (2005) et celui du système ouvert, défini par Quinn et Rohrbaugh (1983). Une organisation est performante lorsqu'elle s'adapte à son environnement, acquiert des ressources et poursuit sa croissance. Dans le cercle de droite, la performance est mesurée en fonction de l'atteinte des objectifs organisationnels. Cette vision suit les modèles de l'atteinte des buts, tel que définis par le GRIS (2005) et par Quinn et Rohrbaugh (1983). Dans le cercle de gauche, la vision de la performance est cohérente avec les modèles des relations humaines, tel que définis par le GRIS (2005) et par Quinn et Rohrbaugh (1983). La performance de l'organisation s'obtient par la cohésion entre les membres et par un climat sain. Finalement, dans le cercle inférieur du modèle, la performance est vue comme dans le modèle de la légitimité sociale du GRIS (2005). L'organisation doit s'assurer que son fonctionnement interne respecte les normes et valeurs préconisées dans l'environnement externe.

Chacune des dimensions de la performance exerce donc des forces opposées dans l'organisation, ce qui crée des tensions possiblement conflictuelles. Les auteurs introduisent la notion d'« arène politique » (Savoie et Morin, 2002) pour décrire l'endroit où les parties prenantes doivent entrer dans un dialogue de négociation afin de satisfaire leurs intérêts. Selon cette conception, ce sont par des jeux de pouvoir (pouvoir relatif) qu'elles réussiront à

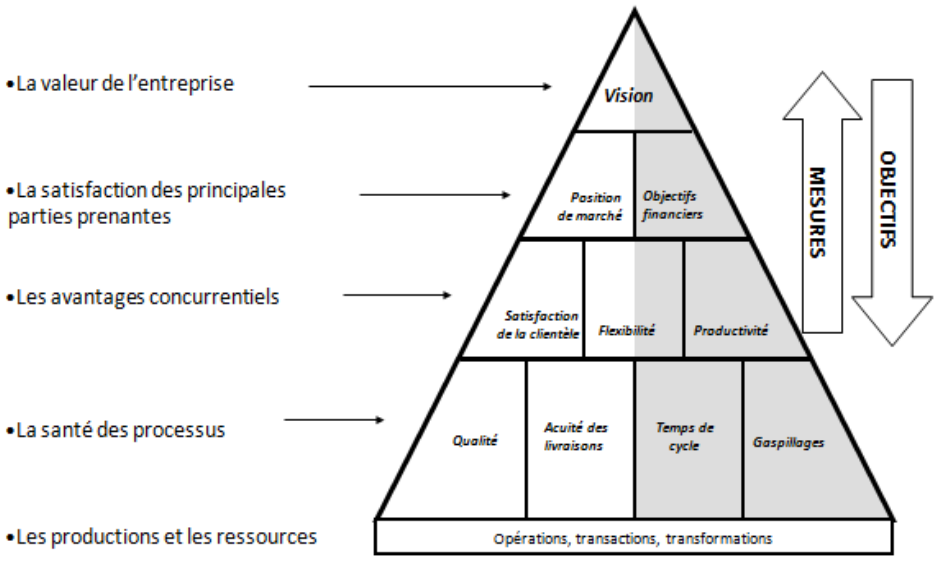
atteindre leurs objectifs. On peut ici aussi faire le parallèle entre cette notion d'arène politique et le modèle politique du GRIS (2005), où l'organisation doit satisfaire les intérêts de ses différentes parties prenantes afin d'être performante.

Bref, ce modèle est intéressant puisque, dans un premier temps, il met en lumière la multi-dimensionnalité de la performance. Puis, dans un deuxième temps, il souligne les interactions entre les différentes parties prenantes de l'organisation afin d'atteindre la performance désirée.

2.5.4 La pyramide de performance de Lynch et Cross

Dans leur modèle, les auteurs Lynch et Cross (1995) déclinent la performance à travers les différentes couches hiérarchiques de l'organisation, en partant du sommet à la base : le corporatif, les unités d'affaires, les processus d'affaires centraux, les départements puis les employés. La pyramide démontre les relations entre le niveau supérieur et le niveau opérationnel. La stratégie organisationnelle du sommet peut ainsi descendre dans les différentes unités d'affaires et s'articuler en critères opérationnels concrets. Tel qu'illustré dans la figure 15, les objectifs descendent et les mesures remontent. Ce modèle prend également en compte les dimensions externes (fond blanc) et internes (fond gris) de l'organisation. On cherche à trouver un équilibre entre les différents objectifs c'est-à-dire la satisfaction des clients et celle des actionnaires afin d'assurer une performance globale. Les principaux éléments sur lesquels l'organisation doit s'appuyer pour concurrencer la compétition se situent au niveau des processus d'affaires centraux : la satisfaction de la clientèle, la flexibilité et la productivité. Il s'agit du « niveau critique de succès » (Lynch et Cross, 1995 : 84).

Figure 15 : La pyramide de performance de Lynch et Cross (1995)



Source : Adaptation du modèle de Lynch & Cross, 1995 : 65

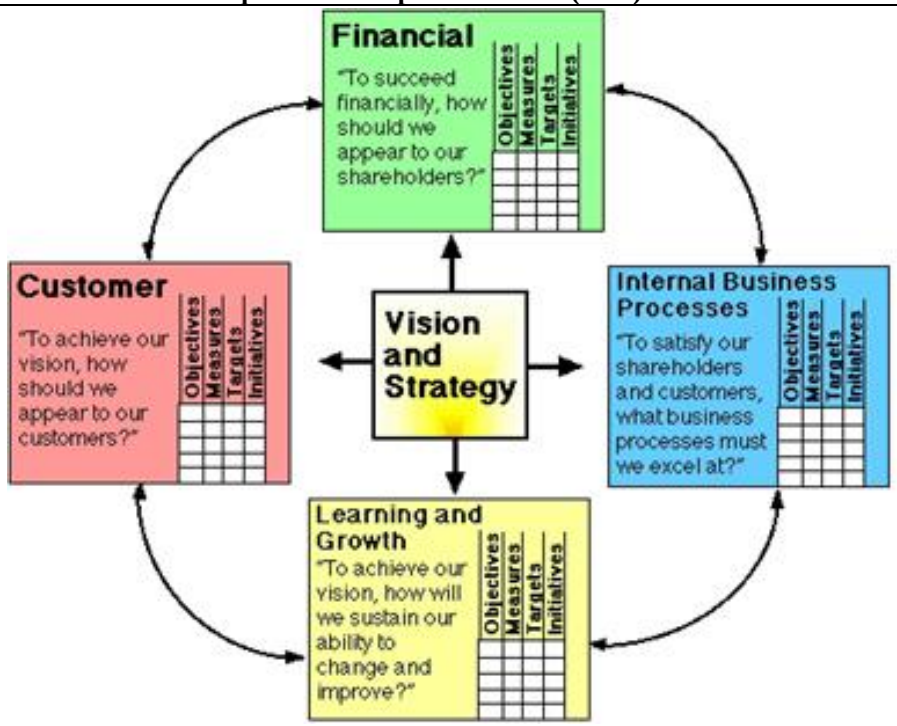
L'apport de ce modèle est de considérer la performance non pas seulement de façon verticale, mais aussi de façon horizontale, en fonction des processus d'affaires. Cette vision transversale assure une cohérence à travers l'organisation quant à la stratégie à réaliser.

2.5.5 Le tableau de bord prospectif de Kaplan et Norton

Le tableau de bord prospectif (TBP) ou équilibré (*balanced scorecard*) de Kaplan et Norton (1996) est possiblement l'outil le plus connu en gestion de la performance (Botton *et al.*, 2012; Neely *et al.*, 2000). Depuis son introduction en 1992, il a connu des phases d'évolution (Nobre et Signolet, 2007; Radnor et Barnes, 2007) permettant de s'adapter à différentes industries marchandes et même aux secteurs publics.

Considérant que seul l'aspect économique n'est pas suffisant pour comprendre la dynamique organisationnelle, le TBP intègre quatre dimensions : l'axe financier, l'axe client, l'axe interne et l'axe apprentissage et développement (Kaplan, 2001 : 83).

Figure 16 : Le tableau de bord équilibré de Kaplan et Norton (1996)



Adapted from Robert S. Kaplan and David P. Norton, "Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System", Harvard Business Review (January-February 1996): 76.
Source : http://www.balancedscorecard.org, page consultée le 18 juillet 2012

Par sa démarche d'élaboration, du sommet stratégique à la base de l'organisation (Kaplan, 2001), il s'avère être un outil stratégique puisqu'il démontre les relations causales entre ses quatre axes (Mirebeau, 2010). En utilisant la carte stratégique, il s'assure de traduire les préoccupations de gestion en objectifs concrets et faire en sorte qu'elles soient intégrées à la stratégie de l'organisation. La carte stratégique est le reflet visuel de la réflexion stratégique de l'organisation et elle met en relief les relations de causalité entre les axes. Ainsi, elle représente visuellement les hypothèses de la stratégie. Au niveau de la mesure, lors du choix des indicateurs, Kaplan et Norton (1996) préconisent la combinaison d'indicateurs de résultats (*outcome measures*) et de déterminants (*performance drivers*) (Kaplan et Norton, 1996 : 32).

Cet outil, qui va bien au-delà du simple outil de *monitoring* (Kaplan, 2001), est même qualifié de système de contrôle stratégique (Bourguignon *et al.*, 2004). Il permet à l'organisation d'avoir une vision intégrée de sa stratégie. Il vise d'ailleurs quatre objectifs principaux : 1) la traduction et la clarification des intentions stratégiques, 2) la communication des objectifs, 3) la planification des objectifs et 4) le retour d'expérience (Nobre, 2002 : 172).

Étant donné qu'il s'intéresse autant au pôle financier qu'aux pôles non financiers, le TBP vise un équilibre entre la performance quantitative et qualitative. Contrairement au système comptable traditionnel, il offre « une approche plus diversifiée et moins réductrice de la performance » (Nobre, 2002 : 175). En préconisant un équilibre entre les quatre axes, il représente aussi la multi-dimensionnalité de la performance (Botton *et al.*, 2011).

2.5.6 Une synthèse

Les onze modèles de représentation de la performance présentés dans cette section font ressortir différents aspects de la performance. En utilisant la classification proposée par le GRIS (2005) et celle de Quinn & Rohrbaugh (1983), on peut les regrouper ainsi :

Modèles de représentation de la performance	**Vision de la performance (GRIS, 2005)**	**Fait référence aux modèles du GRIS (2005)**	**Fait référence à la matrice de Quinn et Rohrbaugh (1983)**
✓ Le tableau de bord prospectif de Kaplan et Norton (1996)	Pour être performante, une organisation doit atteindre ses objectifs.	Le modèle de l'atteinte des buts	Le modèle rationnel des buts
Les matrices de mesure de la performance ✓ La matrice des résultats et des déterminants de Fitzgerald *et al.* (1991) ✓ Le modèle de Brown (1996) ✓ La chaîne des résultats de Botton *et al.* (2012) ✓ La pyramide de performance de Lynch et Cross (1995)	Pour être performante, une organisation doit être efficace au niveau de ses processus internes de production.	Le modèle des processus internes	Le modèle des processus internes
Les modèles des parties prenantes ✓ Le modèle *d'Atkinson et al.* (1997) ✓ Le modèle de Trischler (1996) ✓ *Performance Prism* de Neely *et al.* (2000) ✓ Le modèle de l'efficacité organisationnelle de Savoie et Morin (2002)	Pour être performante, une organisation doit être capable de faire un juste arbitrage entre les différents intérêts de ses parties prenantes.	Le modèle politique	Le modèle du système ouvert et Le modèle des relations humaines

Modèles de représentation de la performance	Vision de la performance (GRIS, 2005)	Fait référence aux modèles du GRIS (2005)	Fait référence à la matrice de Quinn et Rohrbaugh (1983)
Les matrices de mesure de la performance ✓ *Performance measurement matrix* de Keegan *et al.* (1989)	Pour être performante, et ainsi survivre, une organisation doit arrimer son fonctionnement interne en tenant compte des valeurs, normes et politiques sociales qui régissent dans son environnement externe.	Le modèle de la légitimité sociale	Le modèle du système ouvert et Le modèle des processus internes
Les matrices de mesure de la performance ✓ La triade de Donabedian (2003)	Pour être performante, une organisation doit assurer une équilibre entre résultats, processus et structure.	Le modèle normatif du système d'action rationnelle	Le modèle rationnel des buts et Le modèle des processus internes

Tableau 4 : La classification des modèles de représentation de la performance

2.6 La gestion de la performance en contexte hospitalier : les outils

Étant donné l'intérêt grandissant pour la gestion de la performance dans le domaine de la santé (Purbey *et al.*, 2007; Jobin, 2005; Sicotte *et al.*, 1999), certains auteurs ont voulu adapter les outils utilisés dans le secteur privé pour le secteur public et d'autres ont tenté de créer de nouveaux modèles. Les trois outils qui seront détaillés dans cette section s'appliquent principalement aux hôpitaux.

Il convient tout d'abord de définir la conception de l'hôpital. D'un côté, en théorie des organisations, on analyse souvent l'hôpital selon les théories institutionnelles et néo-institutionnelles (Rouleau, 2007; Lozeau, 2002). En effet, leur structure est un ensemble de règles et des procédures où la marge de manœuvre des individus qui y œuvrent est réduite. De l'autre côté, on analyse aussi l'hôpital selon les différentes logiques qui y opèrent : logiques professionnelles, logiques managériales, logiques cliniques, logiques usagers, etc. (Contandriopoulos, 2008; Séguin *et al.*, 2008). Dans ce cas-ci, on est plus près de l'analyse politique.

2.6.1 Le tableau de bord prospectif appliqué au domaine de la santé

Bien qu'il ait été développé à la base pour des organisations marchandes, la littérature démontre une appropriation du TBP par le domaine de la santé (Scholey, 2008; Walker et Dunn, 2006; Zelman *et al.*, 2003; Inamdar *et al.*, 2002; Nobre, 2002, Pink *et al.*, 2001). Il faut alors effectuer quelques adaptations au TBP original pour qu'il reflète la réalité

d'affaires qui est différente. L'objectif poursuivi demeure le même : améliorer la performance de l'organisation, ou de l'institution, en la mesurant à travers des dimensions financières et non financières. Préconisant une vision équilibrée entre les dimensions de la performance, le TBP permet de mettre à plat la complexité présente dans les institutions hospitalières. À cet égard, la démarche qui semble être la plus simple est proposée par « La Société des comptables en management du Canada » et *l'American Institute of Certified Public Accountants* (Scholey, 2008) dans leur document « Utilisation des cartes stratégiques pour accroître la performance des organismes sans but lucratif ».

La structure habituelle du tableau de bord prospectif est sous forme dirigée, partant des résultats souhaités (axe financier), à la proposition de valeur (axe clients) pour terminer avec les moteurs de changement (axes processus internes et apprentissage organisationnel) (Kaplan, 2001 : 84). Dans la littérature, en fonction des sphères d'activités des organisations, on peut retrouver des noms différents pour désigner ces quatre axes :

Auteurs	**Dimensions**
Scholey (2008)	– Résultats financiers – Parties prenantes – Processus interne – Formation et croissance (renouvellement)
Nobre (2002)	– Dimension financière – Dimension patient – Dimension processus – Dimension apprentissage organisationnel
Inamdar *et al.* (2002)	– Axe financier – Axe client – Axe processus d'affaires internes – Axe innovation et apprentissage
Pink *et al.* (2001)	– Performance et condition financière – Satisfaction du patient – Utilisation clinique et résultats – Intégration du système et changement

Tableau 5 : Les quatre dimensions adaptées au domaine de la santé

Dans le cadre d'une institution hospitalière, l'ordre dans lequel seront positionnés les quatre axes de la carte stratégique diffère de celui d'une carte stratégique élaborée pour une entreprise à but lucratif. La principale nuance est relative à la place de l'axe financier. Deux situations sont possibles : le placer en deuxième plan ou en dernier plan (Scholey, 2008). Dans les deux cas, il ne sera pas placé en premier plan puisque « la perspective financière constitue une contrainte et non une finalité » (Nobre, 2002 : 174).

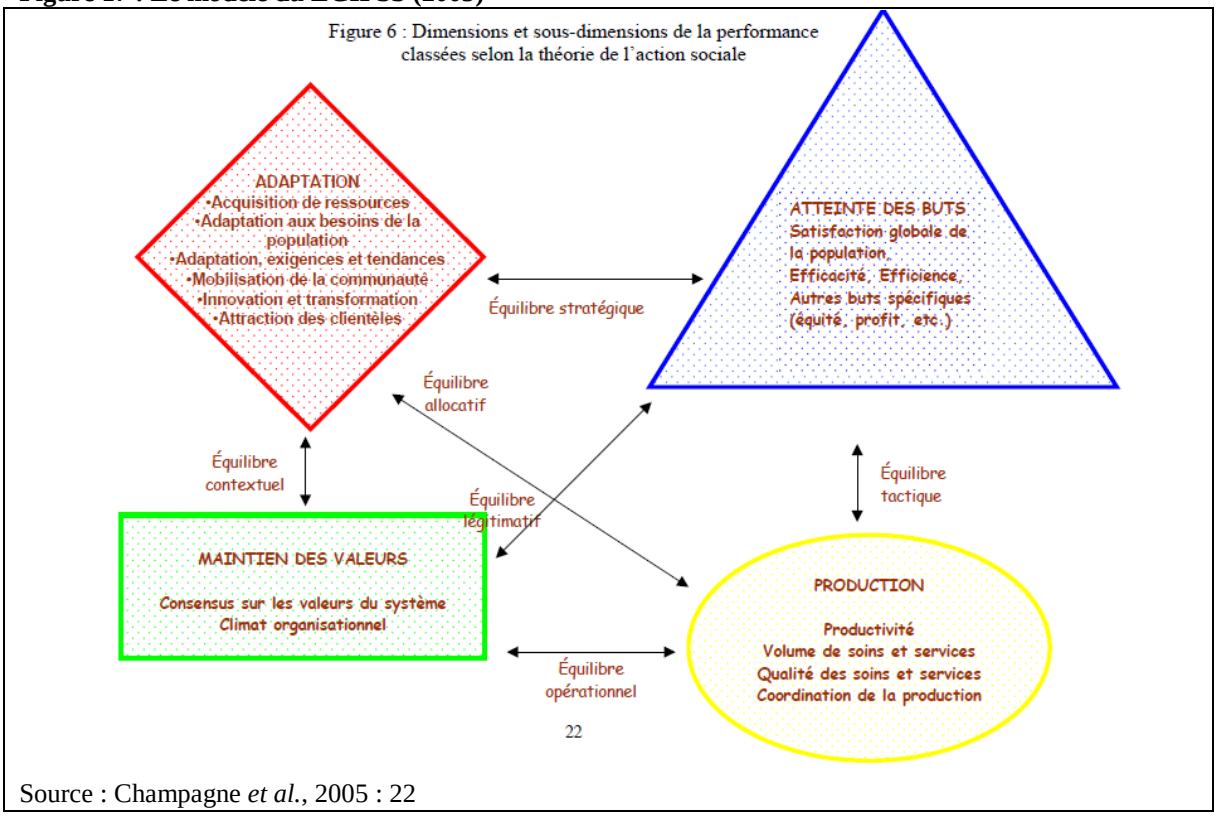
De façon générale, autant dans le secteur privé que dans le secteur public, l'axe « formation et croissance » permet de repérer les dimensions sur lesquelles l'organisation doit focaliser si elle souhaite que la mise en œuvre de sa stratégie soit une réussite. Il est divisé en trois grandes catégories : ressources humaines, informationnelles et organisationnelles.

Dans le cadre de ce mémoire, cet axe sera particulièrement important. En effet, dans un tableau recensant l'évolution du TBP de Kaplan et Norton de 1992 à 2001, Nobre et Signolet (2007) soulignent l'importance capitale de cet axe dans le cadre d'un changement de culture. C'est l'« axe qui décrit les priorités pour créer un climat qui contribue au changement organisationnel » (Nobre et Signolet, 2007 : 4).

2.6.2 Le modèle ÉGIPSS

Spécialement développé pour le domaine de la santé, le modèle ÉGIPSS (Champagne *et al.*, 2005) est un modèle intégrateur et équilibré de la performance organisationnelle. L'acronyme signifie Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé. Il est basé sur la théorie de l'action sociale de Parsons (analyse systémique). Les auteurs ont mis l'accent sur la complémentarité des différents modèles existants pour mieux refléter la complexité organisationnelle des milieux de la santé (Sicotte *et al.*, 1999 : 37).

Figure 17 : Le modèle du ÉGIPSS (2005)



Source : Champagne *et al.*, 2005 : 22

D'une part, l'organisation, considérée comme un système social, doit maintenir quatre fonctions pour assurer sa survie. Elles sont représentées par les quatre formes géométriques dans l'encadré ci-dessus. La fonction « Adaptation » signifie que l'organisation doit acquérir des ressources pour assurer sa pérennité et doit être capable de se transformer en fonction des modifications de son environnement (technologique, politique, social, réglementaire, populationnel, etc.) (Champagne *et al.*, 2005 : 19). La fonction « Atteinte des buts » renvoie aux concepts d'efficacité (objectif : améliorer l'état de santé), d'efficience (moyens) et de résultats (combiner les intérêts des diverses parties prenantes) (*Idem*). La fonction « Maintien des valeurs » est le reflet du système de valeurs de l'organisation. Elle lui donne un sens (*Ibid* : 20). Puis, la fonction « Production » fait référence au « noyau technique de l'organisation » (Sicotte *et al.*, 1999 : 39).

Ces quatre fonctions de l'organisation peuvent rappeler les dimensions de la performance du modèle de Quinn et Rohrbaugh (1983), présenté à la figure 2, section 2.2. Ainsi, on peut associer la fonction « adaptation » du présent modèle au modèle du système ouvert; le « maintien des valeurs » au modèle des relations humaines; l'« atteinte des buts » au modèle des buts rationnels et la « production » au modèle des processus internes.

Le modèle du ÉGIPSS intègre aussi les neuf modèles mentionnés à la section 2.2, au tableau 1 : La classification de la gestion de la performance selon le GRIS (2005).

Modèles conceptuels et méthodologiques	**Fonctions de l'organisation / Dimensions de la performance**
Le modèle de l'atteinte des buts	Atteinte des buts
Le modèle des processus internes	Production
Le modèle de l'acquisition des ressources	Adaptation
Le modèle des relations humaines	Maintien des valeurs
Le modèle politique	Adaptation, Maintien des valeurs
Le modèle de la légitimité sociale	Adaptation
Le modèle zéro défaut	Production
Le modèle comparatif de performance	Atteinte des buts, Adaptation, Maintien des valeurs, Production
Le modèle normatif du système d'action rationnelle	Atteinte des buts, Adaptation, Production

Source : Adapté de Champagne *et al.*, 2009 : 17

Tableau 6 : Intégration des modèles conceptuels du GRIS (2005) dans le modèle du ÉGIPSS

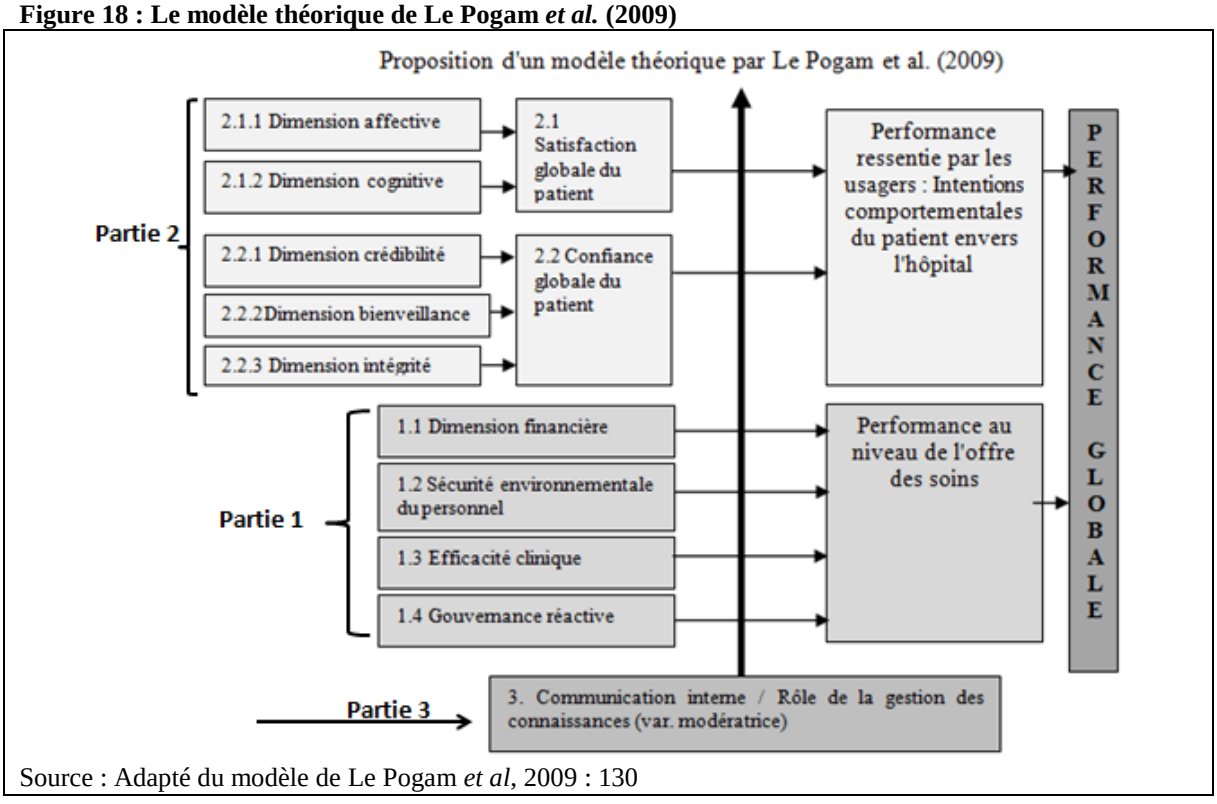
D'autre part, l'organisation doit maintenir un équilibre entre ces quatre fonctions essentielles. Les auteurs ont tracé six lignes (ou alignements) qui font ressortir, de part et d'autre, la réciprocité et l'interaction entre les différentes fonctions. L'équilibre stratégique veille, d'un côté, à ce que les ressources nécessaires soient disponibles et en place pour atteindre les buts fixés et de l'autre côté, que les buts de l'organisation soient en lien avec

l'environnement. Le même exercice se répète avec l'équilibre allocatif et l'équilibre tactique. Quant aux équilibres contextuel, légitimatif et opérationnel, le système de valeurs de l'organisation mobilise le système d'adaptation, l'atteinte des buts et le système de production. En retour, les résultats d'adaptation, la détermination des buts visés et les résultats de production obtenus ont un impact sur le système de valeurs de l'organisation. Bref, ce modèle permet de mettre en relief les processus de gestion sur lesquels il faut s'attarder afin d'améliorer la performance hospitalière (Sicotte *et al.*, 1999 : 45).

2.6.3 Le modèle théorique de Le Pogam et al.

Le modèle théorique de Le Pogam *et al.* (2009) reconnaît la multidimension que revêt la performance en contexte hospitalier. Les hôpitaux sont des organisations complexes qui ont plusieurs objectifs à remplir : « efficacité clinique, [...], objectifs d'efficience [...], d'équité, de sécurité, de satisfaction du patient, de disponibilité et d'accessibilité, etc. » (Le Pogam *et al.*, 2009 : 117). L'apport de ce modèle est la place centrale qu'il confère au patient.

Figure 18 : Le modèle théorique de Le Pogam *et al.* (2009)



Source : Adapté du modèle de Le Pogam *et al*, 2009 : 130

Dans la première partie du modèle, on considère la performance au niveau l'offre des soins. En se basant sur la littérature et les modèles déjà en place dans les pays développés, le modèle retient quatre critères : dimension financière, sécurité environnementale du personnel, efficacité clinique et gouvernance réactive. Dans la deuxième partie du modèle,

on considère la performance au niveau de la demande, soit les besoins du patient. Pour la définir, il s'inspire des notions de satisfaction et de confiance définies en marketing. Premièrement, à partir des dimensions affectives et cognitives de la satisfaction, le modèle veut faire ressortir les intentions comportementales du patient envers l'hôpital. Deuxièmement, le modèle considère que l'hôpital doit remplir les trois dimensions de crédibilité, bienveillance et intégrité afin que le patient puisse se sentir en confiance. Les auteurs arguent que « [l']hôpital ne sera compétitif que si les patients en sont satisfaits, s'ils ont confiance dans les services proposés et si leurs intentions comportementales, découlant de la satisfaction et de la confiance, sont favorables à la structure leur ayant prodigué les soins » (Le Pogam *et al.*, 2009 : 126). Dans la troisième partie du modèle, on s'intéresse à la gestion de la connaissance, précisément au niveau des professionnels de la santé. Les auteurs sont d'avis que la performance globale de l'organisation, de même que la satisfaction et la confiance du patient, peuvent être influencées par les effets d'apprentissage de la spirale de connaissance (*Ibid* : 128).

2.7 La gestion de la performance : certaines difficultés de mesure

En résumé, la littérature fait ressortir l'importance de mesurer les dimensions financières et non financières de la performance. Dans le cadre d'un système de gestion de la performance, on retrouve des outils qui permettent d'apprécier la performance organisationnelle. À travers les nombreux outils présentés dans les sections précédentes, on peut affirmer que la multidimensionnalité de la performance est prise en considération.

Néanmoins, la littérature souligne qu'en pratique, ce sont les dimensions financières qui reçoivent l'attention (Savoie et Morin, 2002). Bien que la théorie prône un équilibre, la réalité ne semble pas y parvenir parfaitement. Par exemple, mesurer un ratio financier semble plus facile que mesurer l'intégrité d'une organisation ou les relations entre collègues. À cet égard, Brown (1996 : 168) apporte une explication :

> [v]*alues are soft and fuzzy; performance measures are usually hard and quantifiable. Inevitably, the hard quantifiable stuff gets the attention, often at the expense of the softer measures*.

D'ailleurs, même en intégrant des outils théoriquement équilibrés de gestion de la performance, la réalité organisationnelle semble dévoiler une lacune. Une étude menée par Nobre et Signolet (2007) en témoigne. Les auteurs se sont principalement intéressés à l'axe « apprentissage et développement » du tableau de bord équilibré de Kaplan et Norton

(1996). Ils ont fait une recherche dans la littérature (seize articles) et sur le terrain (deux hôpitaux). Dans la démarche de Kaplan et Norton (1996), les objectifs de l'axe « apprentissage et développement » sont comparés aux « racines d'un arbre » (Kaplan, 2001 : 104). Ceci reflète l'importance de cet axe dans le cadre de la gestion de la performance. Il permet aux gestionnaires de « mettre en adéquation leurs objectifs en matière de ressources humaines, de technologies de l'information et d'ambiance de travail avec les besoins de leurs processus stratégiques et de leur stratégie de différenciation » (Kaplan, 2001 : 102). Cet axe fait prendre conscience de ce qui est nécessaire pour réussir dans le futur. Pourtant, les résultats de l'étude menée concluent que l'axe « apprentissage et développement » est soit sous-estimé, ignoré, remplacé ou peu développé (Nobre et Signolet, 2007).

L'ensemble de ces constats révèle tout d'abord une problématique liée à la mesure des éléments qualifiés de « mous » dans l'organisation, comme par exemple les valeurs.

Une deuxième problématique est également soulevée : celle liée à la difficulté de mesurer les éléments qui sont présents ou ceux dans le futur, comme par exemple les éléments qui font partie de l'axe « apprentissage et développement » de Kaplan et Norton (1996). Il est évidemment plus facile de mesurer des éléments passés puisqu'habituellement, les données sont facilement accessibles. Par contre, il demeure essentiel de mesurer les éléments qui ont un horizon à moyen et long terme puisqu'ils renseignent l'organisation sur sa capacité à atteindre ses objectifs dans le futur (Kaplan et Norton, 1996).

Tel que mentionné brièvement dans l'introduction du mémoire, le contexte hospitalier tend vers une nouvelle approche de soins en santé. Ceci implique un changement de culture organisationnelle pour le milieu hospitalier. Afin de savoir si les différents acteurs vont dans la bonne direction, pour connaître les impacts de cette nouvelle approche ou d'une façon générale, pour savoir si l'organisation répond bien à ce changement, il faut mesurer. À cet égard, Hibbard (2004 : 135) prend la peine de souligner : « [t]*he likelihood that we will be able to move health care to a more patient-centric system depends, in large part, on our ability to also shift performance measurement in this direction*. » Par contre, dans la littérature consultée en gestion de la performance, on trouve peu d'outils pour effectuer l'appréciation de la performance à travers l'évolution de la culture organisationnelle. Dans la prochaine partie, il est alors opportun de consulter la littérature qui traite de la culture organisationnelle.

Chapitre 3 : La culture organisationnelle

Dans ce deuxième chapitre de revue de la littérature, les ouvrages et les articles consultés ont mis en lumière la complexité, la multidimensionnalité et la profondeur du concept de culture organisationnelle (3.1). Sa compréhension est intimement liée aux différents fondements des courants théoriques en gestion (3.2). Elle s'analyse selon trois niveaux interreliés, allant des éléments facilement observables (artefacts) aux éléments inconscients (postulats). Bien qu'elle soit segmentée pour son analyse, on doit retenir que c'est un processus dynamique qui favorise l'adaptation externe et l'intégration interne (3.3). En gestion, on s'est intéressé au concept puisque la littérature a démontré qu'une culture organisationnelle unifiée peut être une source d'avantage concurrentiel (3.4). Afin d'expliquer et de catégoriser les phénomènes manifestes et latents de la culture organisationnelle qui s'opèrent en organisation, certains auteurs privilégient le recours aux typologies. Nous les passerons brièvement en revue (3.5). Finalement, on conclura en faisant état que par la complexité du concept, analyser la culture d'une organisation n'est pas chose facile (3.6). Qui plus est, dans le cadre d'un changement de culture organisationnelle, les organisations ont besoin d'outils pour les guider à travers ce processus. Ils seront donc détaillés dans la dernière partie (3.7) du chapitre.

3.1 La culture : ses définitions

Le terme « culture » possède plusieurs sens. Mis à part la dimension agricole, dans le dictionnaire Le Petit Robert (1993), on lui donne les sens suivants :

Définitions (Robert, 1993 : 611)	**Fait référence à**
Développement de certaines facultés de l'esprit par des exercices intellectuels appropriés.	Connaissance, éducation, formation, instruction
Ensemble des aspects intellectuels propres à une civilisation, une nation.	Interculturel, transculturel; multiculturel
Ensemble des formes acquises de comportement, dans les sociétés humaines.	Culturel

Tableau 7 : Définitions de la culture selon Le Petit Robert (1993)

Schein (2004 : 7) reprend aussi les différents sens que le terme culture a eu au fil des années. Tout d'abord, il peut renvoyer au sens « avoir de la culture » pour un individu. Deuxièmement, en anthropologie, on associe le terme aux habitudes et rituels développés par une nation ou une civilisation. Finalement, dans le domaine de la gestion, il fait référence au climat et aux pratiques organisationnelles.

Bien que le terme existe depuis plusieurs siècles, le domaine de la gestion ne se l'est approprié que dans le milieu des années 1980 (Cameron et Quinn, 2011; Séguin *et al.*, 2008; Rouleau, 2007; Sadri et Lees, 2001). D'un regard externe sur la culture, c'est-à-dire porté sur la comparaison au niveau international des différentes cultures organisationnelles, on est passé à un regard interne, c'est-à-dire centré sur la culture de l'organisation (Bertrand, 1991). On explique principalement cette appropriation suite au succès qu'ont connu les organisations japonaises dans le monde des affaires (Séguin *et al.*, 2008). Cette nouvelle concurrence a forcé les dirigeants à s'interroger sur les manières d'être et de faire dans les organisations (Rouleau, 2007). Ainsi, de nouveaux projets reliés à la culture organisationnelle tels les cercles de qualité ont connu un engouement (Rouleau, 2007).

3.2 La culture organisationnelle vue par les théories des organisations

Lorsque l'on traite de la culture organisationnelle, deux grandes visions s'opposent. La culture peut soit être considérée comme un élément de l'organisation ou soit comme étant l'organisation. Autrement dit, on distingue « avoir » ou « être » une culture. D'un côté, la vision sociologique argue que l'organisation a une culture. De l'autre côté, la vision anthropologique atteste que l'organisation est une culture. Le tableau présenté dans l'ouvrage *Diagnosing and Changing Organizational Culture based on the Competing Values Framework* de Cameron et Quinn (2011 : 168) démontre bien la nuance entre les deux visions. Il est illustré au tableau 8. On note aussi que dans chacune de ces visions, deux approches diffèrent : d'autre part, l'approche fonctionnelle considère que « la culture émerge des comportements collectifs » (Cameron et Quinn, 2011 : 167, traduction libre) et d'autre part, l'approche sémiotique considère que « la culture réside dans les interprétations et les cognitions individuelles » (*Idem*, traduction libre). En d'autres termes, l'approche fonctionnelle s'intéresse davantage aux dimensions collectives pour expliquer ou discuter de la culture organisationnelle et l'approche sémiotique, aux dimensions individuelles pour expliquer ou discuter de la culture organisationnelle.

	Vision anthropologique	**Vision sociologique**
Approche fonctionnelle		
Postulat	L'organisation est une culture.	L'organisation a une culture.
Centre d'intérêt	Postulats collectifs	Comportement collectif
Observation	Facteurs subjectifs	Facteurs objectifs
Variable	Dépendante (comprendre la culture par elle-même)	Indépendante (la culture prédit d'autres résultats)

	Vision anthropologique	Vision sociologique
Approche sémiotique		
Postulat	La culture est la réalité.	La culture donne du sens à la réalité.
Centre d'intérêt	Postulats individuels	Cognitions individuelles
Observation	Immersion participative	Observation participative
Variable	Dépendante (comprendre la culture par elle-même)	Indépendante (la culture prédit d'autres résultats)

Source : Adapté du tableau A.1 *The Two Main Disciplinary Foundations of Organizational Culture* (Cameron et Quinn, 2011 : 168)

Tableau 8 : Distinctions entre les visions sur la culture

La culture organisationnelle peut également être comprise à travers les théories des organisations. Dans son livre, Bertrand (1991) retrace adroitement l'évolution de la notion de culture parmi ces différentes théories. La définition donnée de la culture dépend conséquemment de l'approche théorique selon laquelle on comprend l'organisation (Bertrand, 1991). Le tableau 9 ci-dessous regroupe les différentes conceptions de la culture, en fonction des courants de pensée.

Approche	Définition de la culture
Mécaniste ou rationnelle	« La culture est un ensemble de faits qu'il faut gérer comme tout autre secteur de l'organisation. » (Bertrand, 1991 : 9 et 44)
Humaniste	« La culture est un ensemble des comportements valorisés et partagés par des personnes dans une organisation. » (Bertrand, 1991 : 9 et 44)
Systémique	« La culture est un sous-système de l'organisation servant surtout à des fins d'adaptation interne et externe. » (Bertrand, 1991 : 9 et 44)
Politique	« La culture est l'ensemble des valeurs qui font l'objet d'une lutte de pouvoir dans une organisation. » (Bertrand, 1991 : 9 et 44)
Culturelle	« La culture est l'ensemble des symboles et des mythes, des croyances et des valeurs partagées par des personnes et qui définissent une organisation. » (Bertrand, 1991 : 9 et 45)
Cognitive	« La culture est l'ensemble des connaissances qui orientent la pensée et l'action dans une organisation. » (Bertrand, 1991 : 9 et 45)

Tableau 9 : Évolution du concept de culture selon les théories des organisations

Une approche dite mécaniste ou rationnelle est influencée par les courants de pensée du début du XXe siècle tels l'organisation scientifique du travail (Taylor, 1911) et l'organisation administration du travail (Faylor, 1916). L'organisation est alors vue comme une structure administrative où la division du travail est essentielle au bon fonctionnement (Rouleau, 2007). La culture n'est perçue que comme un élément à gérer dans l'organisation.

Selon une approche humaniste, fortement influencée par l'école des relations humaines (Mayo, 1946), par la théorie des besoins (Maslow, 1954) et par les théories X et Y (McGregor, 1960), l'organisation est considérée comme un lieu social où les dynamiques de

groupes sont importantes (Rouleau, 2007). On associe alors la culture organisationnelle aux comportements dans les groupes.

Selon une approche systémique, l'organisation est dorénavant vue comme un système (Rouleau, 2007), composée de sous-systèmes (Bertrand, 1991). L'organisation, par différentes interactions, influence et est influencée par son environnement. Cette approche est influencée par la théorie générale des systèmes (Von Bertalanffy, 1956) et les théories des contingences (Lawrence & Lorsch, 1973). La culture est alors perçue comme un sous-système organisationnel qui a pour fonction de s'adapter à son environnement externe puis d'intégrer des mécanismes de coordination à l'interne.

L'approche politique est indéniablement influencée par l'analyse des coalitions (March et Olsen, 1976) et l'analyse stratégique (Crozier et Friedberg, 1977). De son point de vue, l'organisation est un ensemble de relations de pouvoir (Rouleau, 2007). La culture est donc considérée comme « un instrument de manipulation » (Bertrand, 1991 : 29) entre les intérêts divergents des parties prenantes de l'organisation.

Influencée par le courant de l'analyse symbolique, l'organisation est vue comme un ensemble de symboles, de valeurs et d'artefacts partagés (Schein, 1985) ainsi qu'un ensemble d'interprétations (Weick, 1979) (Rouleau, 2007). La définition de culture considère donc importantes la dimension collective et la création de sens.

Finalement, l'approche cognitive, aussi influencée par l'analyse symbolique (Lyles et Schwenk, 1992), étudie l'organisation selon les schèmes de pensée des individus et du groupe (Rouleau, 2007). On s'intéresse au traitement de l'information dans l'organisation. Ainsi, la culture est vue comme un ensemble de connaissances.

En reprenant les différentes conceptions de la culture discutées par Bertrand (1991), on peut classer les six courants de pensée dans le tableau de Cameron et Quinn (2011) de la façon suivante :

	Vision anthropologique	**Vision sociologique**
Approche fonctionnelle	Approche politique Approche culturelle	Approche mécaniste Approche humaniste Approche systémique
Approche sémiotique	Approche cognitive	

Tableau 10 : Les approches de la culture classées selon leurs fondements disciplinaires

Au lieu de segmenter la définition de la culture organisationnelle en fonction des approches théoriques, certains auteurs ont plutôt choisi de créer une définition qui combine l'une et

l'autre des six approches. Par exemple, Bertrand (1991 : 54), inspiré par les approches politique et cognitive, la définit comme étant un

> [p]rocessus sociodynamique et [un] ensemble de connaissances (perceptions, jugements, intuitions, informations, stratégies, valeurs, etc.) utilisées par des groupes afin de se doter de meilleurs moyens de survivance dans un monde caractérisé par des relations antagonistes entre les personnes et les groupes.

Par contre, à travers leurs recherches, Cameron et Ettington (1988), cités dans Cameron et Quinn (2011 : 169), ont fait ressortir que, de façon générale, la définition la plus courante qui est donnée à la culture organisationnelle provient du courant sociologique et de l'approche fonctionnelle. En d'autres termes, l'organisation possède une culture qui est formée par la dimension collective des membres d'un groupe autour de valeurs, de symboles et de croyances partagées. Conséquemment, la définition de la culture qui est la plus citée (Séguin *et al.*, 2008) est celle de Schein :

> *Pattern of shared basic assumptions that was learned by a group as it solved its problems of external adaptation and internal integration, that has worked well enough to be considered valid and, therefore, to be taught to new members as the correct way to perceive, think, and feel in relation to those problems* (Schein, 2004 : 17)

3.3 La culture organisationnelle : ses caractéristiques

3.3.1 Ses niveaux

Dans la littérature, les auteurs s'entendent pour classifier les niveaux de culture en fonction de leur visibilité par l'individu. Les artefacts et les symboles sont les éléments les plus visibles tandis que les postulats, c'est-à-dire les éléments qui sont pris pour acquis, ne peuvent pas s'observer. En comparaison à un iceberg, les artefacts seraient la crête et les postulats seraient la partie immergée. En poursuivant l'analogie, on comprend que les artefacts sont la continuité des postulats, profondément ancrés dans l'organisation. Les niveaux de culture sont donc inter-reliés (Sims, 2002). Le tableau 11 ci-contre présente les niveaux de culture tels qu'énoncés par quatre auteurs.

Les auteurs	**Les niveaux de culture**
Bertrand (1991 : 63)	1. Les faits culturels 2. Les stratégies culturelles 3. Les valeurs culturelles
Sims (2002 : 303)	1. Artefacts 2. Valeurs 3. Postulats de base (*basic assumptions*)
Schein (2004 : 26)	1. Artefacts 2. Croyances, valeurs 3. Postulats implicites (*basic underlying assumptions*)

Les auteurs	Les niveaux de culture
Cameron et Quinn (2011 : 19)	1.1 Comportements manifestes 1.2 Artefacts 2. Normes et contrats conscients 3. Croyances implicites

Tableau 11 : Les niveaux de culture organisationnelle

Le premier niveau concerne les comportements manifestes, les artefacts (Cameron et Quinn, 2011; Schein, 2004; Sims, 2002) et les faits culturels (Bertrand, 1991). Visibles, tangibles et audibles (Rouleau, 2007; Schein, 2004), on les remarque facilement en organisation. Il peut s'agir d'objets physiques, de comportements, de paroles (Rouleau, 2007), de pratiques, de symboles (Rashid *et al.*, 2004), de slogans, de tactiques, de discours (Bertrand, 1991) et d'éléments structuraux (descriptions formelles, organigrammes) (Schein, 2004).

Le deuxième niveau concerne les valeurs (Schein, 2004; Sims, 2002), les croyances (Schein, 2004), les normes (Cameron et Quinn, 2011) et les stratégies culturelles (Bertrand, 1991). Il permet de juger ce qui est acceptable ou non par le groupe (Séguin *et al.*, 2008) et ce qui est requis de faire dans telles circonstances (Schein, 2004; Sims, 2002). Par un processus de validation sociale, les valeurs, croyances et normes seront partagées entre les membres du groupe (Schein, 2004). Ainsi, en s'intégrant à l'idéologie du groupe, elles permettront de prédire les comportements manifestes des membres. Par contre, si elles ne sont pas partagées, elles ne pourront pas se transformer en valeurs non négociables, c'est-à-dire en postulats (Schein, 2004) et ne risquent que d'être le fruit de « rationalisation ou d'aspirations futures » (Schein, 2004 : 30, traduction libre). Bref, le niveau 2 est l'intermédiaire entre les comportements manifestes (niveau 1) et les croyances profondément ancrées dans le groupe (niveau 3).

Le troisième niveau concerne les postulats (Schein, 2004; Sims, 2002), les valeurs culturelles (Bertrand, 1991) et les croyances implicites (Cameron et Quinn, 2011). C'est la partie cachée de l'iceberg; ce sont les éléments partagés qui sont pris pour acquis dans un groupe (Schein, 2004). Schein (2004) dit que c'est « l'essence de la culture » (Schein, 2004 : 25). Il contient les présupposés, les croyances profondément ancrées (Séguin *et al.*, 2008), les prises de position fondamentales et les perceptions. Ce sont les éléments culturels qui sont les plus difficiles à observer et à analyser. Ils sont basés sur la façon dont les individus, membres d'un groupe, percoivent la nature de la réalité et de la vérité, la nature du temps, la nature de l'espace, la nature humaine, la nature de l'activité humaine et la nature des

relations humaines (Schein, 2004 : 138). En fonction de ces perceptions, la façon de comprendre et d'anticiper les comportements des individus est différente (Séguin *et al.*, 2008). Par exemple, selon que les membres du groupe partagent une vision de collaboration ou au contraire de compétition entre eux, influencent considérablement leurs comportements. En fait, les postulats orientent « inconsciemment [les] perceptions et [les] façons de penser et de faire » (Séguin *et al.*, 2008 : 182).

Aussi définis comme des « éléments fondamentaux » (Bertrand, 1991 : 64), les postulats se forment par un processus de socialisation et d'acceptation (Schein, 2004; Sims, 2002). Par exemple, Schein (2004 : 19) explique que lorsqu'un individu intègre un nouveau groupe, il cherchera à découvrir les façons d'être et de faire propres à ce groupe à travers ses comportements. Par un processus de rétroaction avec ses collègues, l'individu pourra s'ajuster : il finira par partager la culture du groupe ou le quitter. La culture organisationnelle se bâtit donc en adéquation entre les conceptions que l'individu a et que le groupe partage.

3.3.2 Sa dynamique

La culture organisationnelle, bien que décomposée ici en niveaux, ne doit pas être vue comme étant statique (Bertrand, 1991). En fait, elle évolue continuellement (Schein, 2004). Tout d'abord, le contexte dans lequel l'organisation gravite change en fonction des nouveaux événements, prévisibles ou non. Une adaptation ou un réajustement s'effectue entre l'organisation et son environnement. Deuxièmement, la culture est dépendante des groupes d'individus auxquels elle est rattachée : certains individus quittent l'organisation, d'autres arrivent, certains groupes émergent, d'autres se dissolvent, etc. La culture se construit en combinant les expériences passées des individus, leurs interactions et leurs nouvelles expériences. Schein (2004 : 11) affirme que la « [c]*ulture is the result of a complex group learning process* ».

Bertrand (1991) explique le caractère évolutif de la culture par ce qu'il appelle la dynamique sociocognitive de la culture. Il considère que « ce sont les relations entre les *stratégies culturelles* [le deuxième niveau] et l'*apprentissage* qui sont au cœur de la dynamique sociocognitive » (Bertrand, 1991 : 131). Les individus d'un groupe apprennent comment se comporter en fonction des valeurs et croyances (niveau 2), mais l'organisation aussi apprend. Elle a une mémoire collective, un ensemble de connaissances, qui s'est bâti

au fil des années. Face à un changement ou un événement, l'organisation réfléchit, prend position, apprend et s'adapte. Conséquemment, Bertrand (1991) résume que la culture organisationnelle remplit trois fonctions : « comprendre, interpréter, agir » (Bertrand, 1991 : 131).

Selon une approche systémique de l'organisation, Sims (2002 : 304) considère que la culture intervient à deux niveaux : 1) elle permet une adaptation externe, c'est-à-dire entre l'organisation et son environnement externe, puis 2) elle assure une intégration interne en coordonnant les processus et les systèmes.

Schein (2004) abonde dans le même sens. Il détaille comment s'exercent ces deux processus à travers quelques étapes clés. Au niveau de l'adaptation à l'environnement externe, l'organisation doit développer un consensus autour de sa mission et stratégie, autour de ses objectifs, autour des moyens pour les atteindre (exemples : structure organisationnelle, système de récompenses, etc.), autour de son système de mesures (et de collecte d'informations) et finalement, autour des stratégies correctives, si les objectifs ne sont pas atteints. Lorsque Schein (2004) parle d'obtenir un consensus, cela signifie que les membres de l'organisation doivent partager et intégrer des postulats communs. Ainsi, ils seront en mesure de faire face aux conditions externes, en continuant d'apprendre et de croître.

Au niveau de son intégration interne, la culture organisationnelle permet aux membres de développer une identité commune (Pinet et Coupet, 2008), de faire face aux incertitudes (Trice et Beyer, 1993) et d'avoir une vision claire de la direction à prendre. De plus, en définissant ses valeurs phares, elle construit un système de récompenses et de sanctions en conséquence. Elle détermine également les règles de pouvoir au sein de l'organisation. En fait, elle module la nature et la qualité des relations entre les membres de l'organisation. Finalement, elle assure aussi la communication de son idéologie à travers des histoires, des mythes, des anecdotes, etc.

Afin d'avoir une culture partagée, l'organisation doit développer un consensus autour de six enjeux (Schein, 2004). Premièrement, il doit exister un langage et des catégories conceptuelles communs. Deuxièmement, les limites doivent être tracées par des critères d'inclusion et d'exclusion. Troisièmement, un consensus doit être obtenu concernant la distribution du pouvoir. Quatrièmement, il faut développer des normes pour les relations

(intimité, amitié, amour) entre les membres. Cinquièmement, afin d'orienter les comportements, un système de récompenses et de punitions doit être développé. Sixièmement, et finalement, à travers des histoires, des paraboles et des mythes, l'organisation doit développer une idéologie qui lui permet de tenter d'expliquer et de créer du sens autour d'événements inexplicables et non contrôlables.

Conséquemment, par l'ensemble des rôles occupés, la culture a inévitablement la force d'influencer sur le comportement en organisation (Sims, 2002 : 305) : autant auprès des individus qu'au niveau des processus (Sadri et Lees, 2001).

3.3.3 La culture et ses sous-cultures

Avoir une culture partagée dans l'ensemble de l'organisation correspond à une vision intégrée de la culture. Par ailleurs, la culture peut être différenciée ou fragmentée (Martin, 1995; Martin et Frost, 1996, cités par Cameron et Quinn, 2011; Rouleau 2007; Schein, 2004). Cela signifie que, selon cette première perspective, la culture est vue comme un tout. Elle assure un consensus parmi tous ses membres autour de ses valeurs, normes et comportements. Selon la deuxième perspective, la culture n'est pas unifiée puisqu'il existe des différences au niveau des comportements, des langages et des générations entre les groupes de l'organisation. On parle alors de sous-cultures (Sims, 2002) au sein d'une même organisation. L'accent est ici mis sur les éléments qui entrent en conflit. Ces sous-cultures s'expliquent, par exemple, en fonction des différences entre les départements (finance, marketing, logistique) ou selon les différences entre les origines ethniques des membres de l'organisation (Sadri et Lees, 2001). Dans le contexte hospitalier, on peut citer l'exemple conflictuel des logiques professionnelles et administratives (Séguin *et al.*, 2008). Puis, selon la troisième perspective, la culture est ambiguë. Partant du principe que la réalité organisationnelle est complexe, on ne peut pas tendre vers une vision parfaitement unifiée ni vers une vision totalement incohérente. En fait, les individus d'une même organisation agissent différemment selon les événements et le temps en développant des valeurs différentes. On considère alors la culture comme fragmentée.

3.3.4 Une distinction importante

Lorsqu'ils définissent la culture organisationnelle, plusieurs auteurs précisent également ce qu'elle n'est pas. En l'occurrence, la culture organisationnelle n'est pas synonyme de climat organisationnel (Cameron et Quinn, 2011; St-Onge, 2011). Ce dernier fait plutôt référence

à des « attitudes temporaires, des sentiments et [fait référence] aux perceptions des individus (Schneider, 1990) » (Cameron et Quinn, 2011 : 20) ou à comment l'individu perçoit son environnement de travail et son organisation (Girard, 2011 : 753). De plus, contrairement à la culture organisationnelle, le climat organisationnel peut se modifier rapidement puisqu'il repose sur des attitudes. Bref, le climat organisationnel doit plutôt être vu comme une manifestation de la culture organisationnelle et non son équivalent (Schein, 2004).

3.4 La culture organisationnelle : comment l'étudier?

Depuis son introduction en gestion, le concept de culture organisationnelle, ainsi que son analyse, suscite plusieurs débats, tant sur ses définitions (Cameron et Quinn, 2011; Bertrant, 1991), ses méthodes d'analyse (Séguin *et al.*, 2008) que sur son utilité (Rouleau, 2007).

D'une part, l'analyse de la culture organisationnelle permet de poursuivre l'avancée de la production de connaissances en théories des organisations. Plus précisément, l'analyse de la culture organisationnelle peut améliorer la compréhension qu'on a de l'organisation (Rouleau, 2007). En fait, cette analyse cherche à révéler les éléments fondamentaux qui existent dans un groupe et en organisation, ceux que l'on qualifie « d'irrationnels et d'incompréhensibles » (Schein, 2004 : 22). Elle tente également d'expliquer pourquoi les membres d'un groupe agissent de telle ou telle façon. Finalement, en s'intéressant aux dynamiques de groupe, à la création de sens par les individus, aux valeurs partagées et aux sous-cultures, l'analyse de la culture organisationnelle permet de dépasser la vision déterministe de l'organisation qui prévalait du début du siècle jusqu'aux années 1980 (Rouleau, 2007).

D'autre part, l'analyse de la culture organisationnelle peut servir à améliorer la performance de l'organisation (Rouleau, 2007; Rashid *et al.*, 2004). À cet égard, les recherches de Cameron et Ettington (1988), Denison (1990) et Trice et Beyer (1993), citées par Cameron et Quinn (2011 : 6), confirment l'impact de la culture sur la performance organisationnelle. Avoir une culture forte et unifiée permet tout d'abord une meilleure mobilisation de tous les membres de l'organisation vers l'atteinte des objectifs visés. Elle permet ensuite une meilleure adaptation face au contexte externe, notamment par des mécanismes internes forts et finalement, une culture forte ne s'imite pas facilement par les concurrents. Bref, une

culture organisationnelle unifiée peut être une source d'avantage concurrentiel (Cameron et Quinn, 2011; Séguin *et al.*, 2008; Sims, 2002; Sadri et Lees, 2001).

3.5 La culture organisationnelle : les typologies

Considérant que la culture organisationnelle est un concept complexe, multidimensionnel et profond (Schein, 2004; Sims, 2002), certains auteurs privilégient le recours aux typologies afin d'expliquer et de catégoriser les phénomènes manifestes et latents qui s'opèrent en organisation.

Plusieurs typologies existantes seront présentées selon la distinction que Schein (2004) en fait dans son livre *Organizational Culture and Leadership* : celles qui se centrent sur le mode d'engagement des membres, celles qui s'intéressent au caractère social et celles qui sont intra-organisationnelles.

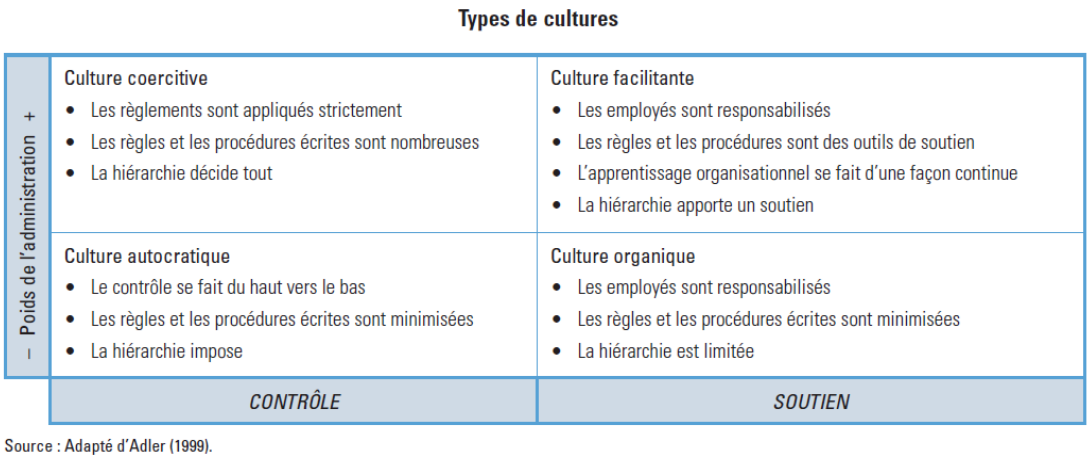
3.5.1 Typologies centrées sur le mode d'engagement des membres

Tout d'abord, la typologie de Etzioni (1975) présente trois types d'organisations basés sur la relation de pouvoir entretenue entre les individus et leur organisation. Les organisations peuvent être catégorisées de la manière suivante : coercitives, utilitaires ou normatives. Dans la première typologie, l'individu est perçu comme un être aliéné, dominé par la raison économique et les besoins physiques. Il obéit donc à toutes les règles organisationnelles établies. S'il ne le fait pas, l'organisation le punit. La relation entretenue face à l'autorité est qualifiée de défensive. Dans l'organisation utilitaire, l'individu est perçu comme un être rationnel économiquement calculateur. En échange de son salaire, il respecte toutes les règles organisationnelles qui sont essentielles. Par contre, au sein du groupe, les membres auront tendance à développer des règles et des normes qui vont à l'encontre de la culture organisationnelle dominante. Dans ce type d'organisation, on utilise le système de récompenses pour que les individus agissent en fonction des buts organisationnels. Finalement, dans l'organisation normative, l'individu est perçu comme un être moral. Il s'implique dans l'organisation puisqu'il adhère aux buts organisationnels. Les relations entretenues avec l'autorité se concentrent autour des tâches à réaliser et sont en support à l'organisation.

Inspiré du modèle de conception organisationnelle d'Adler (1999 : 39), Pinet et Coupet (2008) proposent une typologie des cultures en distinguant, premièrement, les organisations « de contrôle » (*coercive* dans le modèle d'Adler), c'est-à-dire celles qui sont fondées sur les

règles hiérarchiques et les organisations « de soutien » (*enabling* dans le modèle d'Adler), c'est-à-dire celles qui laissent une marge de manœuvre aux employés. Deuxièmement, sur l'axe vertical de leur matrice, ils font intervenir le poids de l'administration (*bureaucracy* dans le modèle d'Adler), allant de faible à élevé. La matrice ainsi formée fait ressortir quatre types de cultures : coercitive, facilitante, autocratique et organique. Leurs principales caractéristiques sont détaillées dans la figure 19, ci-dessous.

Figure 19 : Les types de cultures basés sur le modèle de conception organisationnelle d'Adler (1999)



Source : Pinet et Coupet, 2008 : 50

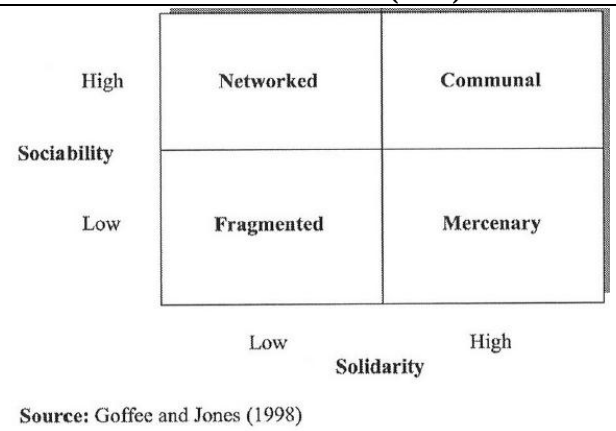
Pinet et Coupet (2008) précisent que les cultures coercitive et autocratique sont adaptées pour des environnements stables, alors que celles facilitante et organique répondent davantage aux enjeux de gestion dans les contextes turbulents (Pinet et Coupet, 2008 : 49).

D'autres auteurs (Bass, 1981, 1985; Harbison et Myers, 1959; Likert, 1967; Vroom et Yetton, 1973) cités par Schein (2004 : 192) se sont aussi intéressés aux relations de pouvoir qui s'exercent dans les organisations. Ils ont choisi de créer des typologies en fonction du niveau de l'engagement attendu des membres. On en répertorie six : autocratique, paternaliste, consultatif ou démocratique, participatif et partage des pouvoirs, de délégation et nonchalant et finalement, de laissez-faire. Cette catégorisation présuppose des liens entre les styles de leadership des dirigeants et les comportements adoptés par les individus. Ces typologies dépendent des présupposés entretenus envers la nature de l'activité humaine (l'humain et son environnement) et envers la nature humaine en tant que tel (ce qu'est un être humain) (Schein, 2004 : 192).

3.5.2 Typologies centrées sur le caractère social et la culture

Les auteurs Goffee et Jones (1998) considèrent que le caractère social est équivalent à la culture (Schein, 2004 : 193). Ils basent leur réflexion à partir de deux dimensions du caractère social : la sociabilité, c'est-à-dire les relations amicales entretenues entre les membres de l'organisation, et la solidarité, c'est-à-dire la vision commune qu'ont les membres de l'organisation des priorités organisationnelles à atteindre. En disposant ces deux dimensions sur les axes horizontal et vertical, ils identifient quatre types de culture.

Figure 20 : Les typologies de cultures selon Goffee et Jones (1998)



Source : Rashid *et al.*, 2004 : 165

Le premier type de culture est la culture réticulaire (*networked*) (Ouimet, 2007) où la sociabilité est élevée, mais la solidarité est faible. D'un côté, l'organisation reconnaît la tolérance et l'esprit d'équipe (Ouimet, 2007 : 57). De l'autre côté, elle se structure en réseaux informels et compte plusieurs sous-cultures, pouvant s'opposer aux grands objectifs organisationnels (*Idem*). On associe sa dynamique à celle d'une famille (Sadri et Lees, 2001).

Le deuxième type de culture est le communautaire (*communal*). On l'associe souvent aux nouvelles organisations qui débutent (Rashid *et al.*, 2004; Sadri et Lees, 2001). Les individus créent de fortes relations entre eux (sociabilité) et se mobilisent autour d'objectifs communs (solidarité). Ils partagent tous la vision corporative. Par contre, ce type de culture peut être considéré comme trop « fusionnel » et conduire à un « sentiment collectif de toute-puissance » (Ouimet, 2007 : 57).

Le troisième type de culture est le fragmenté (*fragmented*). Comme son nom l'indique, les interactions entre les membres de l'organisation sont plus rares que dans les trois autres types. Les organisations qui favorisent le travail à distance ou les bureaux d'avocats en sont

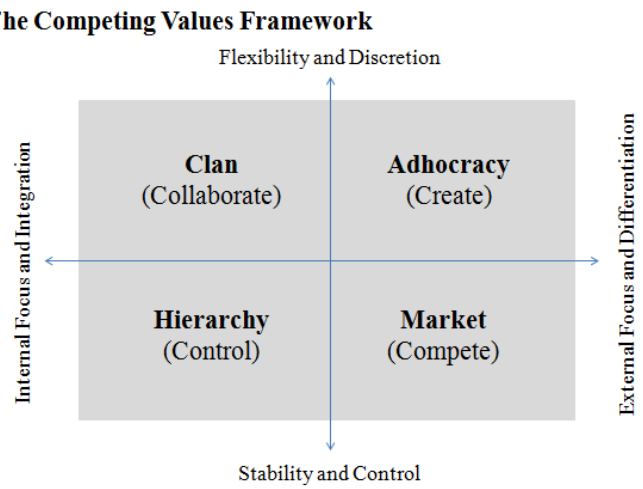
des exemples (Sadri et Lees, 2001). La force de cette culture est l'« autonomie élevée des membres, la valorisation de l'intelligence et de l'expertise », mais en contrepartie, sa faiblesse est son « faible apprentissage organisationnel » dû au manque de sociabilité dans l'organisation (Ouimet, 2007 : 57).

Finalement, le quatrième type de culture est le mercenaire (*mercenary*). Les individus n'ont pas un haut niveau de sociabilité, mais ils travaillent ensemble à l'atteinte des buts organisationnels. Ils connaissent les résultats à atteindre et s'appliquent dans cette voie. Cette énergie déployée vers la performance à tout prix peut toutefois freiner l'innovation, de peur de ne pas réussir autrement (Ouimet, 2007 : 57).

Bien que la typologie de Goffee et Jones (1998) puisse être utile pour catégoriser les relations entre les membres de l'organisation, elle ne pondère pas l'importance des deux dimensions (sociabilité, solidarité) par rapport à l'ensemble des dimensions de la culture (Schein, 2004). De plus, la relation qu'entretient l'organisation avec son environnement externe n'est pas prise en compte (Schein, 2004).

Quant aux auteurs Cameron et Quinn (2011), ils ont présenté un cadre d'analyse basé sur la structure et l'orientation (*focus*) de l'organisation. Ils l'appellent le cadre des valeurs concurrentes (*Competing Values framework*). Il est inspiré de la matrice des valeurs concurrentes introduite en 1983 par Quinn et Rohrbaugh au sujet de la performance organisationnelle (cf section 2.2). On y retrouve d'ailleurs les deux mêmes dimensions. Sur l'axe vertical, la structure de l'organisation peut, d'un côté, être flexible et permettre une liberté d'action et de l'autre côté, être stable et favoriser le contrôle. Sur l'axe horizontal, la vision de l'organisation est orientée vers l'interne, à gauche, ou est orientée vers l'externe, à droite. Soit l'organisation se concentre sur ses ressources et ses processus internes, soit elle est davantage intéressée par son environnement externe.

Figure 21 : Le cadre des valeurs concurrentes de Cameron & Quinn (2011)



Source : Cameron et Quinn, 2011 : 39

Quatre quadrants sont ainsi dessinés. Chacun représente les principales caractéristiques (valeurs, croyances, postulats) qui sont valorisées dans les organisations. Les auteurs classent les cultures organisationnelles selon quatre typologies : la culture de groupe (*clan*), la culture adhocratique (*adhocracy*), la culture hiérarchique (*hierarchy*) et la culture de marché (*market*). Les verbes mis entre parenthèses ont été ajoutés à leur modèle afin de faire ressortir l'accent principal de chaque quadrant (Cameron et Quinn, 2011 : 41).

Selon cette typologie, la culture de groupe insiste sur la cohésion, les valeurs partagées, le travail d'équipe, l'implication de l'individu dans le climat organisationnel, la collaboration, etc. L'organisation se distingue par son capital humain. Le succès se mesure en fonction des individus (leur engagement, leur loyauté) et du climat de travail.

La culture adhocratique est davantage tournée vers l'environnement externe de l'organisation. Elle s'adapte au contexte de plus en plus turbulent du marché par sa créativité, ses innovations et son dynamisme. Elle a une structure flexible, c'est-à-dire qu'elle peut par exemple s'organiser en petits groupes pour la réalisation d'un projet puis recréer une autre structure pour un autre projet par la suite. Cette culture accepte volontiers le risque et tente toujours d'être proactive. Le succès se mesure par l'originalité des produits et services mis sur le marché.

Quant à la culture hiérarchique, elle se distingue par un environnement de travail stable et formel où le pouvoir est réparti en fonction des nombreux niveaux hiérarchiques. La marge de manœuvre est faible : les règles et les procédures écrites guident l'action des membres. Le succès se mesure dans l'efficacité et le contrôle.

Finalement, dans le dernier quadrant, la vision de l'organisation est basée sur la théorie des coûts de transaction. Elle est vue comme un ensemble de relations contractuelles avec différentes parties prenantes (clients, fournisseurs, régulateurs). Dans cette culture de marché, les membres s'intéressent particulièrement aux relations de l'environnement externe. L'important est l'atteinte des buts et des résultats. Le succès se mesure dans la productivité, les parts de marché, le profit et la compétitivité.

Selon leurs recherches, Cameron et Quinn (2011) soulignent que chaque organisation a une culture organisationnelle dominante, mais peut également avoir des éléments qui sont présents dans les autres quadrants (Cameron et Quinn, 2011 : 52).

3.5.3 Typologies intra-organisationnelles

Inspirée par l'approche politique, la prochaine typologie classifie la culture en fonction des principales forces en conflit dans l'organisation. Les trois grandes sous-cultures génériques sont celles des dirigeants (culture exécutive), des ingénieurs (culture de l'ingénierie) et des opérateurs (culture d'opérateur) (Schein, 2004 : 197). Le terme « générique » est employé pour signifier que ces cultures regroupent certes des visions distinctes, mais pas nécessairement sous cette appellation précise. En ce sens, dans le contexte hospitalier, ces sous-cultures seraient plutôt associées aux gestionnaires, aux médecins-chercheurs et aux infirmiers et médecins de première ligne (Schein, 2004 : 197). Dans la première culture, les postulats touchent le travail d'équipe, la confiance mutuelle, la connaissance, les compétences et l'engagement. Pour la deuxième, il s'agit plutôt de la supériorité de la science et de la technologie. Finalement, pour la troisième culture, les postulats concernent la hiérarchie, l'individualité, la structure et la recherche du succès financier. Dans cette typologie, on fait ressortir que ces trois différentes cultures sont inévitables en organisation. Il faut par contre s'assurer qu'une d'entre elles ne devienne pas dominante au détriment des deux autres, car ce déséquilibre risquerait de mettre l'organisation en péril.

Toutefois, une mise en garde s'impose concernant les typologies. La culture organisationnelle est un concept qui traite d'éléments profonds et non observables, c'est-à-dire les postulats. Choisir de mettre à plat quelques dimensions de la culture organisationnelle signifie automatiquement de ne plus rendre compte de la complexité de ce concept. Il devient impossible de saisir toutes les subtilités et toutes les dimensions d'une culture à travers les typologies (Ouimet, 2007; Schein, 2004). De plus, si l'analyse reste en

superficie, des liens de causalité peuvent être maladroitement tenus pour acquis, quoique cohérents selon la typologie, mais pourraient conduire à une analyse trompeuse (Schein, 2004). Au mieux, les typologies devraient servir à classifier grossièrement les organisations, mais ne devraient pas être employées pour comprendre une organisation en particulier (Schein, 2004 : 190).

3.6 La culture organisationnelle : son analyse

Analyser la culture d'une organisation n'est pas chose facile. Différentes approches et outils ont été développés avec les années afin d'aider les chercheurs ou les consultants dans cette démarche (Cameron et Quinn, 2011, Séguin *et al.*, 2008; Rouleau, 2007; Schein, 2004). Le répertoire est vaste, passant des analyses quantitatives aux analyses qualitatives.

D'un point de vue, certains auteurs privilégient les démarches où l'analyste est impliqué directement dans le milieu organisationnel : démarche ethnographique, audit et recherche clinique (Séguin *et al.*, 2008). Cette implication permet de saisir et de comprendre la complexité liée à la culture. Par contre, l'analyste doit faire attention de ne pas biaiser son analyse en observant le milieu selon ses propres postulats culturels (Cameron et Quinn, 2011, Schein, 2004). De plus, ces démarches sont exigeantes en termes de temps, alors elles limitent les analyses comparatives possibles.

De l'autre point de vue, certains préfèrent observer la réalité organisationnelle par des méthodes démographiques ou des données objectives (sondages, questionnaires, entrevues semi-structurées). Ces approches permettent les comparaisons et dégagent certaines dimensions de la culture, mais ne fournissent pas nécessairement une explication aux phénomènes étudiés. De plus, les critiques soulevées contre ces dernières méthodes questionnent l'aspect superficiel des données collectées (Cameron et Quinn, 2011; Trice et Beyer, 1993).

Par contre, peu importe la méthode choisie pour réaliser l'analyse de la culture organisationnelle, une analyse exhaustive est impossible (Schein, 2004), puisque plusieurs dimensions sont difficilement saisissables. Toutefois, durant son processus d'analyse, l'analyste peut collecter suffisamment d'informations pour tenter d'expliquer les phénomènes qu'il aura observés. Ainsi, il pourra relever certaines dimensions propres à la culture organisationnelle étudiée qui permettront d'expliquer ces phénomènes observés.

3.7 La culture organisationnelle : comment la changer?

Un changement culturel est une tâche difficile qui requiert des efforts à long terme (Cameron et Quinn, 2011, Séguin *et al*., 2008, Schein, 2004; Sims, 2002, 2000; Trice et Beyer, 1993). Trois principales raisons sont données : premièrement, dû à sa dimension insaisissable et cachée, la culture n'est pas facilement gérable; deuxièmement, le temps requis pour réaliser le changement est un facteur contraignant et troisièmement, la rupture par rapport à la culture d'origine provoque de la résistance auprès des membres de l'organisation (Trice et Beyer, 1993). À cet égard, Schein (2004) précise que la stabilité est une caractéristique importante de la culture puisqu'elle « donne du sens et de la prévisibilité » (Schein, 2004 : 14). Les individus préfèrent la stabilité culturelle puisqu'elle permet de renforcer ce qu'ils sont en tant qu'organisation ou groupe.

Bien que ce soit un exercice exigeant, plusieurs organisations se trouvent néanmoins confrontées, durant leur évolution, à un tel changement culturel : lors de fusions et acquisitions, d'impartitions, de changement de directeur général, de nouvelle situation économique, etc.

Certains auteurs mentionnent que la culture organisationnelle ne peut pas se changer intentionnellement puisqu'elle est considérée comme « une structure de connaissance, un système de significations partagées et le reflet de processus largement inconscients (Geertz, 1973) » (Séguin *et al.*, 2008 : 187). Selon ce point de vue, l'organisation n'a pas de culture, ce sont les membres de l'organisation qui sont une culture. En référence à la section 3.2, ce point de vue traduit une vision anthropologique de la culture. Ainsi, la culture organisationnelle pourrait être modifiée, mais seulement si ce sont les membres de l'organisation qui font émerger une nouvelle culture.

À l'opposé, d'autres auteurs considèrent le changement de culture organisationnelle comme une stratégie délibérée. Certains arguent que la culture organisationnelle ne se change que par changement incrémental (Gagliardi, 1986 cité par Séguin *et al.*, 2008) tandis que d'autres croient qu'un changement radical est également possible.

Précédemment, on a établi qu'un changement de culture organisationnelle, par sa nature, doit plutôt être considéré comme une transformation organisationnelle puisqu'elle affecte l'ensemble des valeurs et normes partagées par les membres de l'organisation. Dans un contexte plus large, une transformation organisationnelle peut être catégorisée selon quatre

principaux types : réaménagement, réalignement, redéploiement et renouvellement (Rondeau, 2008). L'intérêt de connaître à quelle catégorie de transformation l'organisation fait face est de savoir la nature de la transformation envisagée afin de comprendre l'objet du changement et d'orienter les actions et efforts pour sa mise en œuvre (Rondeau, 2008). Premièrement, le réaménagement est une transformation qui concerne les processus organisationnels. L'organisation veut « faire autrement [pour] améliorer [sa] productivité » (Rondeau, 2008 : 3). En utilisant principalement des « capacités technologiques », elle travaille « à optimiser [ses] processus [et] à mieux intégrer [...] l'ensemble de [ses] activités [pour] accroître sa capacité de réaction [dans un environnement complexe] » (*Idem*). Deuxièmement, le réalignement est une transformation qui se centre sur « l'utilisation optimale des ressources de l'organisation et sur une plus grande imputabilité des acteurs responsables de cette utilisation » (*Ibid* : 4). Différents mécanismes sont déployés pour améliorer rapidement la situation organisationnelle, que ce soit par « de l'externalisation, de l'aplatissement des structures [ou] de la rationalisation » (*Ibid* : 5). Le troisième type de transformation est appelé le redéploiement. Il se concrétise suite à un changement dans l'environnement externe de l'organisation. Cette dernière souhaite réaffirmer son positionnement et tente, par divers moyens, de reconquérir sa clientèle. Elle peut par exemple créer des « alliances (fusions, acquisitions, partenariats) [ou] accentuer l'autonomie de ses points de services » (*Idem*). Finalement, le quatrième type de transformation est le renouvellement. L'organisation doit revisiter ses pratiques organisationnelles afin de répondre plus adéquatement aux besoins de ses clients. Concrètement, les membres de l'organisation doivent changer leurs « façons de faire » pour atteindre les « résultats visés ». Les efforts sont donc orientés pour parvenir à un haut niveau de « responsabilisation, de professionnalisation et de mobilisation » (*Ibid :* 4) parmi les membres organisationnels. Ce dernier type sous-tend une modification de la culture organisationnelle.

Au sein de ce quatrième type de transformation, Trice et Beyer (1993) proposent de regrouper le changement de la culture organisationnelle selon trois catégories. Tout d'abord, le changement peut être vu comme « révolutionnaire » puisqu'il est radical et s'applique à l'ensemble de l'organisation. Deuxièmement, un changement peut être radical, mais ne toucher que quelques parties de l'organisation. On le classe alors sous le type « changement

de sous-cultures ». Puis, le troisième type de changement, appelé « remodelage », consiste en plusieurs plus petits changements, mais qui s'étendent à l'ensemble de l'organisation.

Pour chacun de ces types, on évalue les efforts qui seront requis à travers quatre dimensions : l'étendue (*pervasiveness*), l'ampleur (*magnitude*), l'innovation (*innovativeness*) et la durée (*duration*). L'étendue fait référence à la proportion d'activités affectées par le changement, c'est-à-dire combien de membres de l'organisation seront touchés et à quelle fréquence les changements vont exiger des membres de se comporter différemment (Trice et Beyer, 1993 : 396). L'ampleur du changement mesure l'écart entre les anciens comportements et ceux qui doivent être adoptés (*Idem*). La dimension « innovation » met en évidence si le changement envisagé est sans précédent ou s'il est similaire à un changement qui a déjà été réalisé dans l'organisation (ou dans une sous-culture) ou même dans d'autres organisations (*Ibid* : 397). Finalement, la durée consiste à déterminer le temps que nécessiteront les efforts de changement et la permanence du changement.

Le tableau 12 ci-dessous résume les trois types de changement culturel ainsi que leurs impacts sur les dimensions du changement. Pour une organisation, plus un changement culturel aura une ampleur élevée et un degré d'innovation élevé, plus il sera en rupture par rapport à la situation actuelle et demandera donc davantage d'efforts (Trice et Beyer, 1993).

Types de changement culturel	Dimensions du changement
1. Révolutionnaire	Étendue : élevée Ampleur : élevée Innovation : variable Durée : variable
2. Sous-cultures	Étendue : faible Ampleur : modérée à élevée Innovation :variable Durée : variable
3. Remodelage	Étendue : élevée Ampleur : modérée Innovation : modérée Durée : importante - longue

Tableau 12 : Les types et les dimensions du changement culturel selon Trice et Beyer (1993 : 399, traduction libre)

3.7.1 Les outils pour guider le changement de culture organisationnelle

Suivant le point de vue que le changement est planifié et considérant qu'il est possible d'analyser la culture organisationnelle (cf section 3.6), on retrouve dans la littérature des outils qui sont proposés afin de guider les organisations dans ce processus.

De son côté, Schein (2004 : 340-348) propose un outil d'évaluation des dimensions culturelles de l'organisation. À travers dix étapes, l'outil cherche à faire comprendre aux membres de l'organisation qui ils sont, puis à prendre conscience des forces et faiblesses sur lesquelles ils peuvent compter, ou doivent travailler, pour parvenir à réaliser le changement souhaité. Le tableau 13 ci-dessous relate brièvement les dix étapes.

Étapes	Description
1	Obtenir l'engagement des leaders dans l'organisation.
2	Sélectionner des groupes représentatifs des valeurs organisationnelles pour les entrevues.
3	Sélectionner un endroit approprié et adéquat pour la réalisation des entrevues.
4	Expliquer l'objectif des entrevues aux groupes sélectionnés.
5	Expliquer les niveaux d'analyse de la culture organisationnelle et leurs significations. Donner une définition de la culture organisationnelle.
6	Susciter des discussions autour des artefacts pour les définir.
7	Identifier les valeurs, c'est-à-dire pourquoi les choses sont faites de cette façon?
8	Identifier les principaux postulats partagés.
9	Identifier les appuis et les obstacles culturels.
10	Arriver à un consensus, par l'ensemble des groupes, sur les principaux postulats et procéder à une analyse des obstacles, s'il y a lieu.

Tableau 13 : Les dix étapes pour un changement de culture organisationnelle selon Schein (2004 : 340-348, traduction libre)

De leur côté, Cameron et Quinn (2011 : 102) ont élaboré un processus en neuf étapes. Il est sommairement décrit dans le tableau 14 ci-dessous.

Étapes	Description
1	Obtenir un consensus par rapport à la culture présentement en place dans l'organisation.
2	Obtenir un consensus par rapport à la nouvelle culture souhaitée.
3	Déterminer quels seront les attributs critiques de l'organisation, ce qui devra changer et ce qui ne devra pas changer.
4	Identifier un événement (exemple inspirant) où les valeurs clés de la nouvelle culture seront mises en évidence. Il faudra le raconter et le re-raconter.
5	Identifier un agenda stratégique d'actions et de comportements à adopter (créer du désir pour la nouvelle culture, expliquer pourquoi il faut changer, se concentrer sur les processus qui doivent être modifiés, générer du support social et fournir de l'information).
6	Identifier immédiatement les petits gains, c'est-à-dire implanter quelque chose qui sera rapide et facile puis publiciser sa réussite.
7	Identifier les implications de leadership.
8	Identifier les indicateurs, les mesures et les jalons.
9	Identifier une stratégie de communication.

Tableau 14 : Les neufs étapes pour un changement de culture organisationnelle selon Cameron et Quinn (2011 : 102, traduction libre)

Les deux outils mettent en relief la nécessité de connaître la culture actuelle de l'organisation avant même d'amorcer le changement voulu. Plusieurs auteurs s'entendent

d'ailleurs pour dire que cette première étape est primordiale (Cameron et Quinn, 2011; Schein, 2004; Rashid *et al.*, 2004; Sadri et Lees, 2001).

Dans l'outil de Cameron et Quinn (2011), on souligne l'importance d'assurer la mesure. Les auteurs sont formels : pour que le processus du changement culturel soit réussi, il faut se doter d'indicateurs, de mesures et de jalons pour le suivre dans le temps. D'un côté, il faut identifier quelques indicateurs qui rendent compte du succès à atteindre et de l'autre côté, il faut identifier des jalons pour évaluer la progression du changement dans le temps. Cette étape dans le processus de Cameron et Quinn (2011) rappelle les déterminants et les résultats de la chaîne des résultats de Botton *et al.* (2012) illustrés à la figure 10 de la section 2.5.1.5. Il est important de mesurer l'état d'avancement de la transformation de l'organisation dans le cadre d'un changement de culture organisationnelle, en se concentrant sur les indicateurs d'intrants et de processus (les déterminants ou les jalons), afin de parvenir, par la suite, aux indicateurs de résultats.

3.7.2 Les étapes du changement organisationnel

À travers les étapes de ces outils, on reconnaît l'influence du modèle de l'évolution du changement de Lewin (1952) : décristallisation-transition-recristallisation. Dans ces trois phases, il est important de comprendre ce qui se passe « dans la tête » des membres de l'organisation afin de saisir la complexité liée à un changement de culture organisationnelle. Dans son livre *Organizational Culture and Leadership*, Schein (2004) parvient à l'expliquer.

La première phase, appelée « décristallisation » fait référence à une période de déséquilibre organisationnel qui aboutira à la motivation de changer. Diverses raisons peuvent expliquer ce déséquilibre : problèmes rencontrés par rapport à son environnement ou ses parties prenantes, objectifs non atteints ou processus qui ne fonctionnent pas comme prévu (Schein, 2004 : 321). Ces problèmes, suffisamment profonds et menaçants pour l'identité du groupe ou de l'organisation, font comprendre aux membres qu'un changement est nécessaire. On appelle le sentiment qui en découle : « l'anxiété de survie » (Schein, 2004 : 322). Par la suite, un autre sentiment d'anxiété se fait ressentir : « l'anxiété d'apprentissage » (*Idem*). Inévitablement, les membres de l'organisation devront désapprendre ce qu'ils connaissent pour réapprendre de nouvelles façons d'agir et de penser. Pour réduire cette anxiété, l'organisation doit s'assurer de mettre en œuvre des mécanismes qui leur

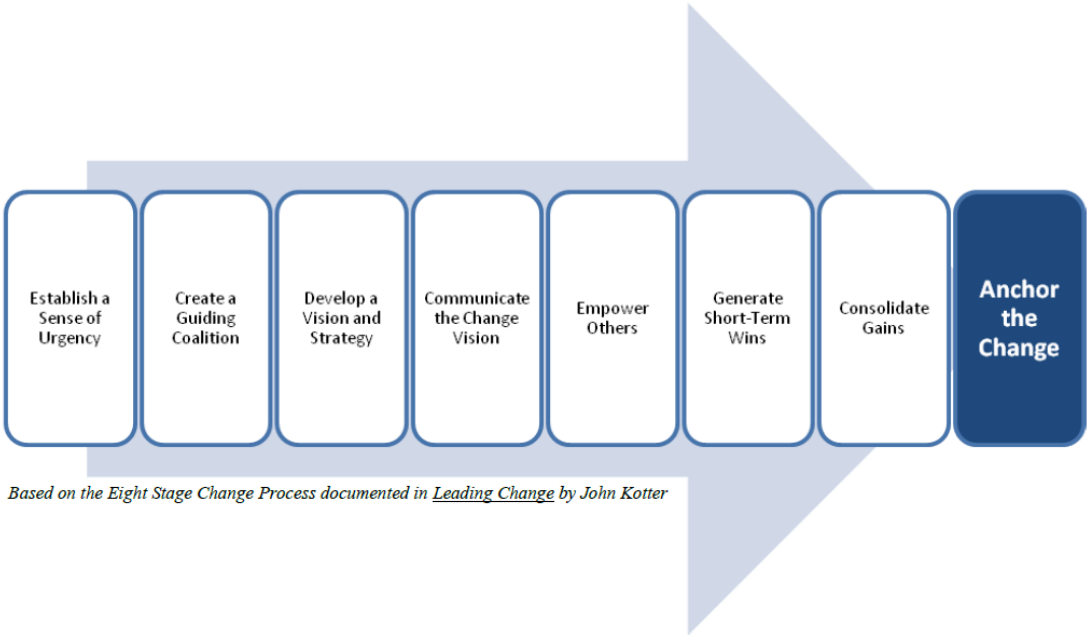
permettront de se sentir « psychologiquement en sécurité », c'est-à-dire que leur intégrité ne sera pas atteinte par le changement (*Idem*). Ces mécanismes seront détaillés à la section 3.7.3 du présent chapitre.

Lors de la deuxième phase, le processus de changement entraîne des modifications dans les valeurs et dans les comportements des membres, soit par essais et erreurs, soit par imitation de modèles. Il s'agit d'une phase de ré-apprentissage. Schein (2004) parle d'une « *genuine cognitive redefinition of some of the core concepts in the assumption set* » (Schein, 2004 : 325). Finalement, la dernière phase se conclut lorsque les nouveaux comportements ou nouvelles valeurs s'institutionnalisent dans le groupe et dans l'organisation.

Les auteurs (Lewin, 1952; Beer *et al.*, 1990; Van de Ven et Poole, 1995; Kotter, 1996; Hafsi et Demers, 1997; Rondeau, 1999; Gebhardt *et al.*, 2006 et plusieurs autres) qui se sont intéressés au changement organisationnel ont souvent élaboré des modèles pour décrire les différentes étapes sous-jacentes à ce processus. Parmi ces derniers, deux modèles en particulier seront présentés dans les prochaines pages. Le premier est celui de Kotter (1996). Ce modèle a eu écho dans la littérature concernant la démarche qui mène vers une approche centrée sur le patient. Il est donc important de le présenter brièvement. Puis, le deuxième modèle présenté est celui de Gebhardt *et al*. (2006). Il s'agit du modèle choisi dans le cadre de ce mémoire.

Tout d'abord, Kotter (1996) présente son modèle de changement dans lequel il détaille les huit étapes par lesquelles les organisations devront transiter afin de réaliser leur changement organisationnel. Les huit étapes de son modèle sont illustrées dans la figure 22 ci-dessous.

Figure 22 : Les huit étapes du modèle de changement de Kotter (1996)



Source : Picker Institute et *Planetree* Inc., 2012 : 92

Les étapes peuvent être traduites[7] par :

1. Créer un sentiment d'urgence
2. Former une coalition ou un groupe pilote constitué de leaders du changement
3. Développer une vision et une stratégie
4. Communiquer la vision du changement
5. Responsabiliser largement les acteurs
6. Obtenir des résultats rapides
7. Consolider les succès pour faire avancer le changement
8. Ancrer le changement dans la culture organisationnelle.

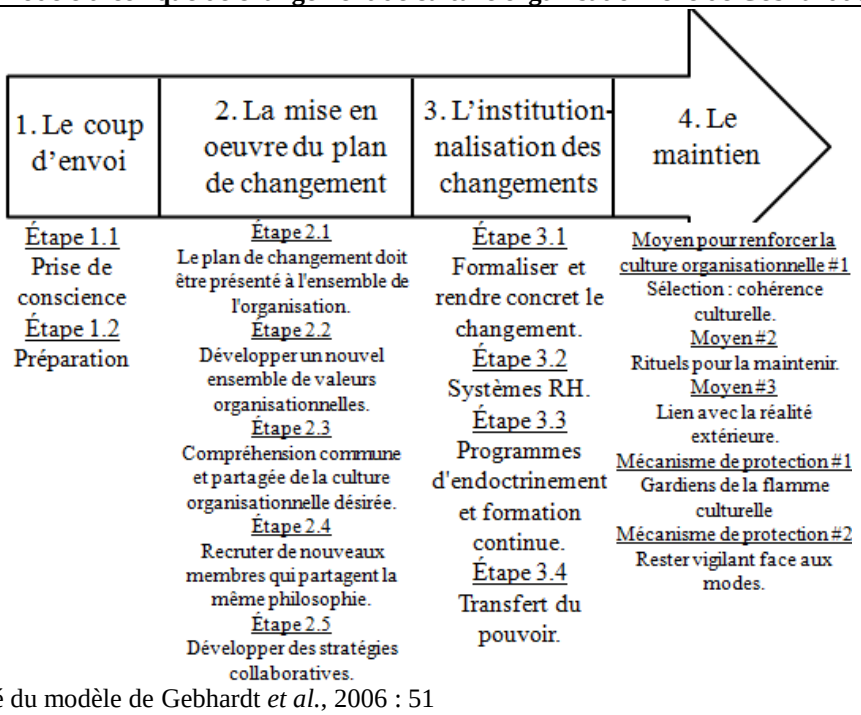
Ce modèle de changement a été largement propagé dès sa publication dans le monde des affaires et continue de jouir d'une bonne popularité, notamment pour sa facilité d'utilisation (Appelbaum *et al.*, 2012). Par contre, il n'a pas été conçu pour rendre compte spécifiquement du processus de changement lors d'une transformation de culture organisationnelle.

[7] http://www.qualitadmin.com/2011/08/conduire-le-changement-selon-john.html, page consultée le 4 janvier 2013.

Le modèle de Gebhardt *et al.* (2006) est, quant à lui, un modèle théorique de changement utilisé lors d'une transformation culturelle. À l'instar du modèle de Kotter (1996), ce modèle comprend l'étape de la pérennisation de la nouvelle culture organisationnelle développée, partagée et intégrée parmi les membres de l'organisation.

Inspiré par une réalité des affaires qui se tourne davantage vers le marché (client), le modèle a été construit en se basant sur le fait que : « *creating a market-oriented organization is essentially a process of cultural transformation* » (Gebhardt *et al.*, 2006 : 51). Le modèle est présenté dans la figure 23 ci-dessous. Les quatre grandes étapes et leurs sous-étapes seront expliquées dans les pages qui suivent.

Figure 23 : Le modèle théorique de changement de culture organisationnelle de Gebhardt *et al.* (2006)



Source : Adapté du modèle de Gebhardt *et al.*, 2006 : 51

La première étape, appelée *Initiation*, peut se traduire par le « coup d'envoi ». Elle compte deux sous-étapes : *recognition*, c'est-à-dire la prise de conscience d'une menace externe pour l'organisation, par ses parties prenantes influentes. La deuxième sous-étape est celle de la préparation : tout d'abord, il faut trouver et nommer un leader puis deuxièmement, il faut mettre sur pied une coalition c'est-à-dire un groupe qui servira de guide, qui partage les valeurs désirées et qui établit un plan de changement. Ce dernier doit être orienté vers le changement de la culture organisationnelle et vers les processus.

La deuxième étape, appelée *Reconstitution*, peut se traduire par la « mise en œuvre du plan de changement ». Parmi ses sous-étapes, on dégage que le plan doit être présenté à

l'ensemble de l'organisation (*demarcation*), idéalement par la tenue d'un événement ou d'une célébration originale et marquante. Lors de cette présentation, la vision de l'organisation, la légitimité du changement et les valeurs prônées par la nouvelle culture organisationnelle doivent être exposées. À travers leurs exemples présentés dans leur article, Gebhardt *et al.* (2006) ont démontré que la tenue d'un tel événement était un facteur déterminant dans le processus de transformation.

Ensuite, la coalition doit travailler à développer un nouvel ensemble de valeurs organisationnelles qui permettra à tous les membres de s'orienter vers la culture organisationnelle désirée (*value and norm development*). Les auteurs proposent trois méthodes pour y parvenir : arrimer les comportements avec les valeurs désirées, instaurer un système de récompenses / punitions et valoriser la participation de tous à des activités de transformation.

Par la suite vient la sous-étape *reconnection with the market* qui consiste à connaître les postulats de base des membres concernant comment l'organisation fonctionne et quels sont les comportements appropriés. À ce stade-ci, on vise une compréhension commune et partagée de la culture désirée (dans le modèle de Gebhardt *et al.* (2006), c'est une compréhension commune du marché qui est recherchée). Pour y parvenir, les membres doivent s'inspirer de la réalité du terrain. Les auteurs soulignent aussi que l'accès au terrain doit se faire en équipe interdisciplinaire afin de bonifier la synergie. Enfin, il est primordial que les membres aient des occasions de partager leurs expériences entre eux pour arriver à développer une compréhension partagée de la culture organisationnelle désirée. Par exemple, ces occasions peuvent se traduire par des journées d'échanges ou des tribunes durant lesquelles les membres pourront discuter et montrer ce qu'ils ont vu et appris, soit par des photos ou des vidéos. Ces moment de partage et de retour sur l'expérience sont essentiels parce que c'est de cette façon que la culture organisationnelle se développe.

Lors de la quatrième sous-étape (*removal of dissenters, hiring of believers*), l'objectif est d'adapter les systèmes des ressources humaines pour qu'ils soient cohérents avec la nouvelle culture organisationnelle désirée afin d'une part, de recruter de nouveaux membres qui sont en adéquation avec les valeurs et comportements organisationnels attendus et d'autre part, de se départir de ceux qui, à l'intérieur de l'organisation, ne les respectent pas. Ainsi, l'organisation change et adapte ses processus de dotation et ses systèmes d'évaluation en conséquence.

Finalement, la dernière sous-étape de la deuxième étape consiste à développer des stratégies collaboratives. L'objectif est de créer un réel esprit de collaboration entre les différents départements de l'organisation pour développer de nouvelles stratégies basées sur la culture organisationnelle désirée. En fait, cette sous-étape est possible car les membres s'entendent désormais sur ce qu'est le marché (dans le cas précis du modèle de Gebhardt *et al.*, 2006), quels sont les besoins non comblés et comment travailler ensemble à l'atteinte de ces besoins (Gebhardt *et al.*, 2006 : 46). L'avantage d'une stratégie collaborative est qu'elle permet d'augmenter la connaissance et les compétences collectives de l'organisation, ce qui se traduit par l'émergence de stratégies créatives et réalistes (*Idem*).

Le passage de la deuxième à la troisième étape prend un temps variable selon chaque organisation. Il traduit la transition entre un certain degré d'informalité dans les activités accomplies et la dimension très formelle que revêt l'institutionnalisation de la transformation organisationnelle (Gebhardt *et al.*, 2006).

La troisième étape est appelée *Institutionalization*, c'est-à-dire l'« institutionnalisation des changements ». Dans un premier temps, on formalise (*formalization*) et rend concret ce qui est attendu par des symboles, rituels et artefacts (exemples : changement de structure organisationnelle, changement dans les processus, définition explicite des valeurs culturelles) (Gebhardt *et al.*, 2006 : 47).

Dans un deuxième temps, on doit également s'assurer que le système de développement et d'évaluation personnel des membres s'arrime à leurs attentes individuelles ainsi qu'à la performance visée par l'organisation (*alignment of rewards*) (Gebhardt *et al.*, 2006 : 48).

En troisième lieu, considérant qu'un roulement des membres a eu lieu depuis le début de la transformation culturelle, l'organisation doit, premièrement, mettre en place des programmes d'endoctrinement[8] (*indoctrination and training*) pour les nouveaux employés afin de leur faire comprendre l'histoire organisationnelle et les raisons de sa transformation culturelle. Deuxièmement, pour les membres de l'organisation qui sont toujours à l'emploi, on doit déployer des programmes de formation continue qui visent à renforcer et réaffirmer

[8] Bien que terme « endoctrinement » semble avoir une connotation négative, la littérature n'abonde pas en ce sens. Selon le dictionnaire Le Robert & Collins Senior (1993 : 388), *indoctrination* se traduit par « endoctrinement ». Selon le dictionnaire Le Petit Robert (1993), « endoctrinement » signifie « action, manière d'endoctriner » (1993 : 881). Endoctriner signifie « 1. instruire - munir (qqn) des instructions nécessaires. 2. Chercher à gagner (qqn) à une doctrine, à un point de vue » (*Idem*). Le terme est donc utilisé dans le cadre de ce mémoire sans connotation péjorative.

la culture organisationnelle par le développement de leurs compétences (Gebhardt *et al.*, 2006 : 48).

La dernière sous-étape de l'institutionnalisation se concrétise lorsque qu'il y a un transfert du pouvoir (*power shift*) du groupe qui a initié la transformation (la « coalition ») à l'ensemble des membres de l'organisation. En fait, on doit remarquer dans le comportement de l'ensemble des membres leur capacité à prendre des décisions cohérentes avec la nouvelle culture organisationnelle. Conséquemment, on s'attend à ce que les membres soulignent les mauvais comportements de leurs collègues. Ils sont dorénavant responsables de faire vivre cette culture dans l'ensemble de leur organisation (Gebhardt *et al.*, 2006 : 48).

La quatrième étape s'intitule *Maintenance*; elle peut se traduire par l'étape du maintien. Cette étape est essentielle pour assurer la pérennité de la nouvelle culture organisationnelle. En effet, les auteurs soulignent qu'avec le temps, les membres de l'organisation tendent à avoir des interprétations variées et divergentes sur la nature des causes qui ont poussé initialement leur organisation au changement et sur la nature des facteurs clés de succès de leur organisation (Gebhardt *et al.*, 2006 : 49).

Ils proposent alors trois méthodes pour renforcer cette culture organisationnelle. La première est de sélectionner les nouveaux membres par interactions personnelles et références. Ainsi, on s'assure d'un haut niveau de cohérence culturelle (*fit*) entre les nouveaux et l'organisation (*cultural screening of new members*). La deuxième est de maintenir des rituels qui permettent de se rappeler l'histoire et les postulats qui sous-tendent la présente culture (*cultural maintenance rituals*). Puis, la troisième méthode est de conserver une compréhension commune et fidèle de la réalité du marché (*Ongoing market connections*). Le pouls se prend en allant sur le terrain, en réalisant des sondages et des groupes de discussion et en organisant des visites entre les différentes fonctions de l'organisation.

D'un autre point de vue, ils insistent sur les mécanismes de protection de la culture organisationnelle. Tout d'abord, l'organisation doit veiller à ce que les procédures ou programmes destinés à son amélioration soient cohérents avec sa culture organisationnelle actuelle. Cette veille peut être assurée par un groupe restreint de l'organisation, appelé les *flame keepers* (Gebhardt *et al.*, 2006 : 50). Une autre façon de protéger la culture est de

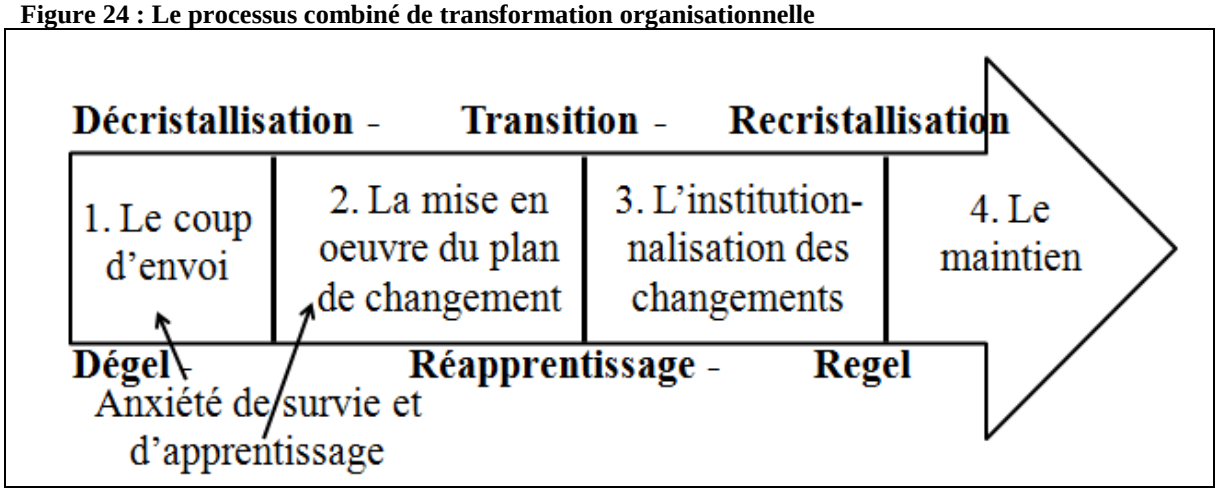
rester vigilant par rapport à toutes les modes qui peuvent surgir en gestion (*vigilance against management fads and fashions*) (*Idem*).

En bref, le modèle de Gebhardt *et al.* (2006) est un modèle longitudinal qui retrace les grandes phases d'une transformation organisationnelle. À chacune des étapes, les mécanismes de changements qui se déploient sont détaillés en prenant en compte les différents niveaux d'intervention : individuel, de groupe ou organisationnel. Le modèle, qui a été utilisé lors de l'étude de la transformation culturelle de quatre organisations vers une culture centrée sur le marché (Gebhardt *et al.*, 2006), a permis d'arriver aux conclusions suivantes : les nouvelles valeurs culturelles développées pendant le processus de transformation sont centrales pour la pérennité de l'organisation ainsi que la responsabilisation de l'ensemble des membres et l'apprentissage organisationnel qui est dégagé (Gebhardt *et al.*, 2006 : 54).

3.7.3 Le processus de transformation organisationnelle

Afin d'avoir une vue d'ensemble du processus de la transformation organisationnelle, on a choisi de regrouper, à la figure 24, les grandes lignes des « modèles » de Lewin (1952), de Schein (2004) et de Gebhardt *et al.* (2006). On reconnaît les trois grandes phases du changement, décristallisation, transition et recristallisation (Lewin, 1952), qui peuvent aussi être désignées sous d'autres appellations telles dégel, réapprentissage puis regel (Schein, 2004). Ce qui est intéressant en combinant les modèles dans une même figure est, d'un côté, de pouvoir comprendre l'impact du processus sur les membres de l'organisation et de l'autre côté, d'avoir des étapes et sous-étapes (modèle de Gebhardt *et al.*, 2006) concrètes qui permettent de situer, ou mesurer, l'évolution.

Figure 24 : Le processus combiné de transformation organisationnelle



Lors de la première étape du modèle de Gebhardt *et al.* (2006), les membres sont soumis à une anxiété de survie (Schein, 2004 : 322), tel que présentée à la section 3.7.2. Ils réalisent qu'ils doivent changer. Lors de la deuxième étape du processus, soit à la mise en œuvre du plan de changement, les membres organisationnels sont soumis à une anxiété d'apprentissage (Schein, 2004 : 322), c'est-à-dire qu'ils doivent réapprendre certains comportements, rôles, compétences ou valeurs, ce qui les place dans une situation plus ou moins inconfortable.

Afin d'assurer une meilleure transition dans le processus de transformation, une organisation doit déployer des mécanismes et mettre en œuvre des conditions facilitantes pour que ses membres se sentent psychologiquement en sécurité (Schein, 2004). Schein (2004) en propose huit dans son livre *Organizational Culture and Leadership*. Dans le tableau 15, on a fait l'effort d'associer ces conditions aux différentes sous-étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006). Certaines cases du tableau sont vides puisqu'aucune condition y est associée. D'ailleurs, on constate, tel que suggéré par la figure 24, que les conditions facilitantes sont principalement nécessaires au début du processus de transformation organisationnelle, au moment où les membres vivent de l'anxiété d'apprentissage (Schein, 2004).

Étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)	**Les conditions** (Schein, 2004 : 332-333, traduction libre)
1.1 La prise de conscience	--
1.2 La préparation	--
2.1 Présentation du plan de changement à l'ensemble de l'organisation	1. Une vision convaincante positive et forte, soutenue par la haute direction, que l'organisation sera meilleure en allant vers la nouvelle culture organisationnelle désirée.
2.2 Développer un nouvel ensemble de valeurs organisationnelles	2. Fournir la formation adéquate nécessaire aux membres pour leur permettre de comprendre et développer leurs connaissances et compétences. 4. Offrir de la formation à tous les membres d'un même groupe ou département afin qu'ils construisent et intègrent les nouvelles valeurs et les nouveaux comportements ensemble. 6. Des modèles positifs incarnant cette approche doivent être visibles par les autres membres et ils doivent prêcher par l'exemple.

Étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)	Les conditions (Schein, 2004 : 332-333, traduction libre)
2.3 Compréhension commune et partagée de la culture organisationnelle désirée	3. Impliquer les membres dans leur processus d'apprentissage afin qu'il soit optimal pour eux. 5. Prévoir des « terrains de pratique » où les membres pourront commettre des erreurs sans nuire à l'organisation, avoir des ressources pour assurer un rôle conseil et donner des suivis constructifs. 7. Créer des tribunes ou des groupes de support où les membres pourront évacuer et discuter des problématiques rencontrées.
2.4 Recruter de nouveaux membres qui partagent la même philosophie	--
2.5 Développer des stratégies collaboratives	--
3.1 Formaliser et rendre concret le changement	--
3.2 Systèmes RH (attentes individuelles et performance organisationnelle)	8. Aligner le système de récompenses et le système punitif de même que les structures organisationnelles en cohérence avec la culture organisationnelle désirée.
3.3 Programmes d'endoctrinement et formation continue	--
3.4 Transfert du pouvoir	--
4 Le maintien	--

Tableau 15 : Les sous-étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006) et les conditions pour apaiser l'anxiété d'apprentissage

À la lumière des informations mentionnées ci-dessous, dans le processus de transformation de culture organisationnelle, une grande partie des efforts doit être concentrée vers le partage, c'est-à-dire le partage des connaissances, le partage des étapes à franchir afin de donner une vision aux membres et le partage d'expériences en lien avec ce qui a déjà été réalisé. C'est la clé du succès en transformation de culture organisationnelle. Le partage permet aux membres de l'organisation de réapprendre les comportements attendus et de s'approprier les nouvelles valeurs à intégrer.

3.8 La synthèse du chapitre

En résumé, la littérature sur la culture organisationnelle fait ressortir qu'il s'agit d'un concept multidimensionnel et complexe. Son analyse est ardue puisqu'elle doit se faire selon trois différents niveaux, allant des manifestations observables aux postulats profonds. De plus, étant donné que la culture organisationnelle est un processus dynamique et évolutif, elle est sensible aux relations qu'elle entretient avec son environnement externe, aux rapports entre ses membres et aux apprentissages qui en découlent. Des mécanismes

sont donc mis en place pour assurer son adaptation externe et son intégration interne. Lorsqu'une organisation modifie sa culture organisationnelle, délibérément ou non, elle s'embarque dans un processus long et riche en émotions (Cameron et Quinn, 2011; Rondeau, 2008; Séguin *et al.*, 2008; Schein, 2004; Sims 2002, 2000; Trice et Beyer, 1993). Alors qu'on pourrait penser que ce changement ne se fait que rarement, la littérature témoigne d'une autre réalité. En effet, on dresse un portrait qui témoigne que les organisations vivent de plus en plus de changements, notamment depuis les dernières années où elles ont changé leurs façons d'être et de faire pour s'adapter à un environnement de plus en plus complexe et ont donc choisi d'innover pour se renouveler (Rondeau, 2008; Demers, 2002).

Dans le domaine de la santé, les organisations ont aussi eu à se renouveler. Passant d'une demande et d'une offre des soins relativement simple et stable à une demande hétérogène et une offre diversifiée (Roy *et al.*, 2010 : 34), elles ont dû développer de nouvelles approches de gestion afin de mieux conjuguer avec cette réalité. Le prochain chapitre traitera justement de quelques-unes de ces approches novatrices en gestion ainsi que des changements culturels qui en résultent.

Chapitre 4 : Approches novatrices en gestion de la santé

Tel que mentionné dans le chapitre précédent, le domaine de la santé a connu plusieurs changements depuis les dernières décennies, tant dans sa demande que dans son offre. Par conséquent, le portrait actuel du milieu de la santé n'est plus ce qu'il était. La façon de le gérer s'est également modifiée. Autrefois qualifié de « traditionnel et patriarcal » (Frampton *et al.*, 2008), le système de santé penche désormais vers l'élaboration et la mise en place d'approches qualifiées de novatrices en gestion de la santé. Ces nouvelles façons d'appréhender l'organisation en soins de santé entraîne conséquemment des changements à différents niveaux et selon des intensités variables, mais globalement, elles changent la culture organisationnelle.

Dans la prochaine section, on détaillera tout d'abord le système de soins de santé traditionnel au Québec (4.1) puis quatre approches novatrices seront expliquées : l'approche axée sur les processus (4.2), l'approche centrée sur le service (les clients) (4.3), l'approche centrée sur les patients (4.4) et l'approche centrée sur les employés (4.5). Finalement, le chapitre sera conclu par la présentation et la description d'un modèle de soins intégrateur (4.6). Cette dernière section sera plus longuement discutée puisque le modèle en question est au cœur de la transformation culturelle souhaitée dans l'établissement de santé que nous considérons dans le cadre de notre validation empirique pour notre question de recherche.

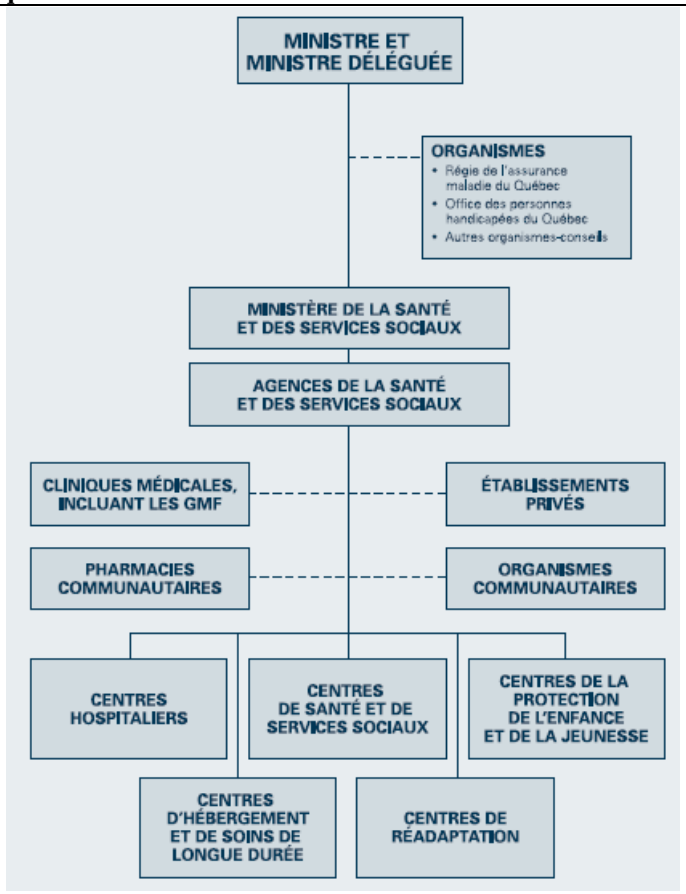
4.1 Le système traditionnel de santé au Québec

Avant de discuter des approches novatrices en gestion, il convient de décrire ce qu'on entend par un système de soins de santé traditionnel. Plusieurs auteurs mettent en opposition le système de santé traditionnel et le « nouveau » système qu'ils prônent, mais détaillent peu sur leur conception du premier. Étant donné que les chercheurs en culture organisationnelle (Cameron et Quinn, 2011; Schein, 2004; Rashid *et al.*, 2004; Sadri et Lees, 2001) convergent vers la nécessité de connaître l'existant, soit la culture ou le système organisationnel actuels, avant d'amorcer le changement, cette précision s'impose.

Au Québec, le système de santé est classifié de service de santé national, au sens de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (Roy *et al.*, 2010 : 27). Il se distingue en ayant « [une] couverture universelle pour tous, [un] financement par les impôts généraux [et une] propriété et/ou [un] contrôle public de la prestation des soins de santé » (*Idem*). Au niveau de sa forme organisationnelle, il est

répertorié comme une bureaucratie hiérarchique, au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (Roy *et al.*, 2010 : 29). Il est organisé en « réseaux d'hôpitaux et de cliniques communautaires qui sont sous le contrôle du ministère de la santé » (*Idem*). Plusieurs instances règlementent le système de santé québécois, tels le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS). La figure 25 illustre la situation.

Figure 25 : Le réseau québécois de la santé et des services sociaux



Source : Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010 : 12

Cette structure hiérarchique conduit à un système qui n'est pas intégré, où les silos de gestion et de financement sont constatés (Aucoin, 2012). De plus, la multiplicité d'acteurs en position de pouvoir entraîne une confusion dans les responsabilités (*Idem*), ce qui alourdit la gestion générale du système et celle en établissement.

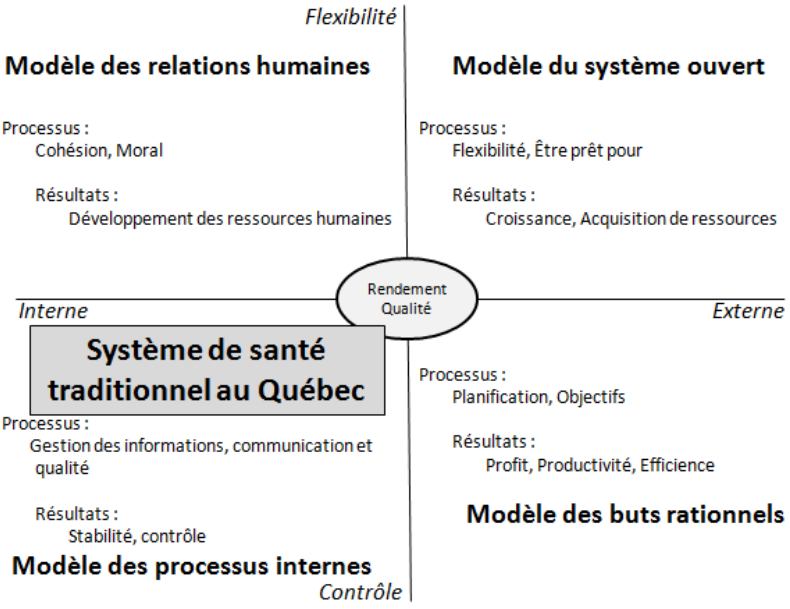
D'ailleurs, à un niveau micro, on constate aussi que les établissements de santé, notamment les hôpitaux, sont organisés en départements et en services (Kuntz et Vera, 2007; Luc et Rondeau, 2002) où les normes, les politiques et les procédures priment. Quant aux relations de travail dans les établissements, on les qualifie souvent de « bureaucraties

professionnelles » au sens de Mintzberg (1995) (Nobre, 2011; Lozeau, 2002; Minvielle, 1999). Dans les établissements, ce sont les professionnels qui rendent le service. Ils sont spécialisés selon leur expertise, ce qui leur confère une autonomie dans leur travail.

Face à une réalité où « la demande [est] simple, plutôt homogène et raisonnablement prévisible [et face à une] offre de service stable et abondante » (Roy *et al.*, 2010 : 34), l'organisation du système de santé en silo convient. Dans un tel contexte, « [chaque] dispensateur de services s'installe dans une niche et s'y spécialise » (*Idem*). C'est au patient d'être en charge de la coordination de ses différents soins et services (*Idem*). Cette réalité traduit le portrait du système de santé qui avait cours autrefois au Québec. La situation a toutefois évolué depuis : la demande est désormais « hétérogène et complexe » (*Idem*) et l'offre « s'est diversifiée et différenciée » (*Idem*). Les prochaines sections révèleront les approches en gestion qui sont nées pour répondre à cette nouvelle réalité.

Si l'on tente de situer le système de santé traditionnel au Québec sur la matrice des valeurs concurrentes de Quinn et Rohrbaugh (1983), il devrait se retrouver dans le quadrant inférieur gauche. Il s'apparente au modèle des processus internes. À la lumière des informations mentionnées ci-dessus, on conclut que sa structure vise le contrôle, plutôt que la flexibilité. De plus, il est davantage orienté vers les éléments internes de son réseau. Il est préoccupé par ses ressources et ses processus. D'ailleurs, il établit les règles pour gérer sa performance en se basant essentiellement sur des normes. Mintzberg (1995) souligne que les normes professionnelles dictent les standards à rencontrer pour chacun des cas de santé. Pour atteindre une stabilité et un contrôle, il mise sur la gestion de l'information qui circule dans le système. En plus de dicter les règles, normes et processus, cette gestion de l'information permet les comparaisons entre les établissements et orientent les actions et efforts. Dans un tel contexte, les principaux indicateurs de performance dans le système concernent les données de volumétrie. Par exemple, on mesure plusieurs éléments quantifiables, tels le nombre de lits disponibles, les temps d'attente, le nombre d'erreurs produites, le nombre d'infections, etc.

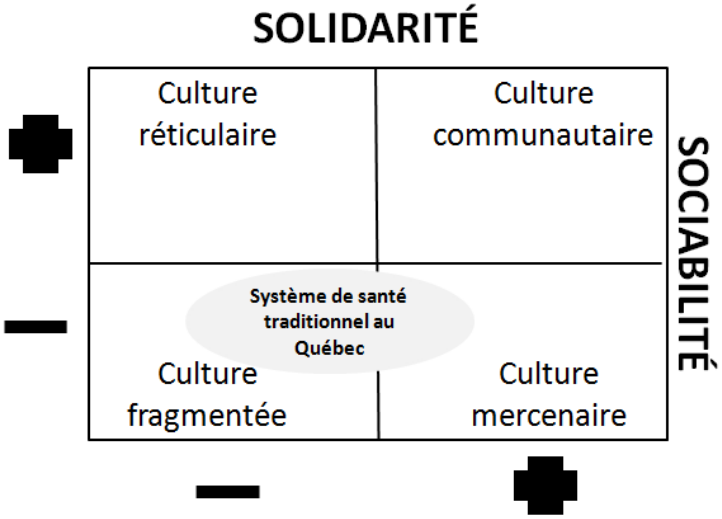
Figure 26 : Le positionnement du système de santé traditionnel dans la matrice des valeurs concurrentes de Quinn et Rohrbaugh (1983)



Source : Adaptation du modèle de Quinn et Rohrbaugh, 1983 : 369

On peut faire le même exercice de classification en utilisant la typologie des cultures selon Goffee et Jones (1998) pour tenter de situer le système de santé traditionnel au Québec dans le quadrant qui semble se rapprocher le plus de sa culture organisationnelle. Considérant les deux axes, la sociabilité et la solidarité, il tend davantage vers une culture fragmentée. Les médecins, les spécialistes, les infirmières, les gestionnaires et les autres membres du personnel de la santé n'ont pas un haut niveau de sociabilité ni de solidarité. Chaque membre est relativement indépendant l'un de l'autre puisqu'il sait exactement ce qu'il a à faire, ce qui est attendu de lui. Mintzberg (1995) a écrit à ce sujet : « le professionnel, qui contrôle son propre travail, agit donc de façon relativement indépendante de ses collègues mais restent proches des clients qu'il sert. » (Mintzberg, 1995 : 310). De plus, par la pluralité des intérêts qui coexistent dans le système de la santé (Le Pogam *et al.*, 2009; Contandriopoulos, 2008; Séguin *et al.*, 2008; Schein, 2004; Sicotte *et al.*, 1999), il n'y a pas une vision commune et partagée des priorités du système ni des priorités organisationnelles. Par contre, ce niveau de solidarité tend à augmenter légèrement puisque les différentes instances gouvernementales cherchent à rassembler les établissements autour de priorités et d'objectifs communs pour assurer une meilleure coordination des soins.

Figure 27 : Le positionnement du système de santé traditionnel au Québec dans la matrice de Goffee et Jones (1998)



Source : Adaptation du modèle de Goffee et Jones (1998)

Bref, le système de soins de santé traditionnel au Québec s'organise par fonctions, notamment à cause de la stabilité de la demande et dû à la professionnalisation de ses membres. De ce fait, les relations inter et intra-organisationnelles ne sont pas valorisées et les objectifs poursuivis ne convergent pas. Une telle façon de fonctionner est adéquate pour un environnement relativement stable.

Or, tel que soulevé par Roy *et al.* (2010) ainsi que plusieurs autres auteurs (Le Pogam *et al.*, 2009; Minvielle *et al.*, 2008; Purbey *et al.*, 2007; Kuntz et Vera, 2007; Chow-Chua et Goh, 2002; Dreachslin, 1999), le contexte dans lequel le système de santé évolue devient de plus en plus complexe. Pour y faire face, il faut donc se tourner vers de nouvelles approches de gestion.

Nombreuses sont ces approches. On peut par exemple nommer les approches qui visent l'organisation en réseau (Roy *et al.*, 2010; Jacob, 2003), les approches axées sur l'amélioration continue comme le *Lean Health Care* (Graban, 2012), les approches par processus (Cornet, 2002; Luc et Rondeau, 2002), les approches orientées vers le service (Simmons et Fraser, 2012; Pinet et Coupet, 2008), celles axées sur les patients (Docteur et Coulter, 2012; Frampton *et al.*, 2008; Shaller, 2007), les approches centrées sur les employés (Hoogervorst *et al.*, 2005; Edgar, 2003), etc. Ces courants de fond impactent présentement le domaine de la santé et modifient la façon de dispenser les soins et services. On peut dégager différents modèles de gestion de chacune de ces approches, mais ce sont des modèles qui convergent. En réalité, ils ne peuvent pas être dissociés puisqu'ils exigent

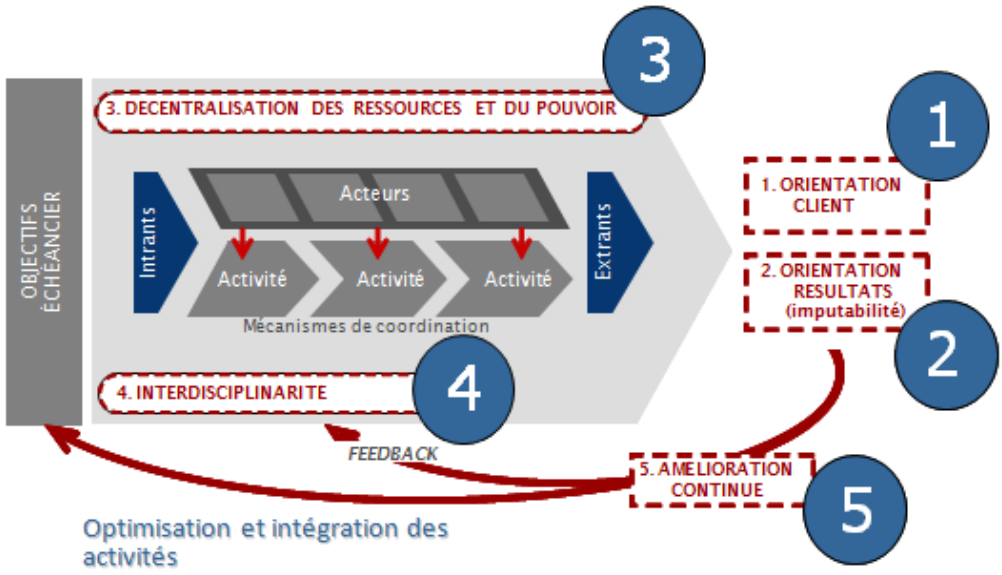
une synergie entre leurs concepts pour atteindre les mêmes objectifs. Ils s'imbriquent dans une vision transversale des soins de santé. Conséquemment, ces nouvelles approches de gestion appellent à une transformation culturelle de tous les acteurs.

Dans le cadre de ce mémoire, on insistera sur la présentation de quatre de ces approches puisqu'elles influencent le modèle de soins qui est au centre de notre validation empirique. Il s'agit de l'approche par processus, de l'approche centrée sur le service, de l'approche centrée sur les patients et de l'approche centrée sur les employés. Pour des fins purement explicatives, ces approches seront détaillées dans des parties séparées. Par contre, dans la réalité, les concepts de ces approches se mélangent et se complètent.

4.2 Vers une approche centrée sur les processus

Tout d'abord, l'approche centrée sur les processus se définit comme un « ensemble d'activités organisées en réseau, de manière séquentielle ou parallèle, combinant et mettant en œuvre de multiples ressources, des capacités et des compétences, pour produire un résultat ou un output ayant de la valeur pour le client externe (Lorino et Tarondeau, 1998 cités dans Gratacap, 2006 : 65) ». Son application est apparue en gestion vers la fin des années 1980 dans le monde informatique sous la méthode du *Business Process Reengineering* (BPR) (Brandenburg et Wojtyna, 2003). Cette dernière était employée pour tenter de redresser les organisations qui étaient mal en point (*Idem*). Le principe est simple : il faut désormais regarder l'organisation de façon horizontale et non plus exclusivement de façon verticale. On passe d'une structure fonctionnelle à une structure processuelle (Cornet, 2002). Cette vision « oblig[e] à traiter de manière globale tous les aspects auxquels est confronté l'organisme : la satisfaction des clients, le respect des règlements, l'analyse des risques, la motivation et le professionnalisme des employés, la productivité des installations et la rentabilité des capitaux engagés » (Eckl et Harmand, 2007 : 61). Contrairement à une gestion organisationnelle par silo (ou fonction ou département ou centre de coût), la gestion par processus prône la décentralisation, la coordination des activités et l'interdisciplinarité entre les acteurs afin de créer de la valeur pour le client final (Pascal, 2003). Rondeau (2002) illustre le concept à la figure 28. Avec cette approche, l'organisation se centre désormais sur les résultats (orientation client), l'apprentissage organisationnel (orientation feedback) et sur la mise en place de « meilleures pratiques » globales (orientation standards de performance) (Rondeau, 2002 : 7).

Figure 28 : Illustration de l'approche par processus (Rondeau, 2002)



Source : Rondeau, 2002 : 8

Dans le domaine de la santé, l'approche par processus se traduit par une réorganisation dans l'offre des soins. Au lieu d'être dans une logique bureaucratique et professionnelle, on vise une logique qui peut plus facilement s'harmoniser à un environnement complexe. La situation actuelle en santé oblige à regarder l'ensemble du processus selon le point de vue du patient. On cherche à s'organiser autour d'un processus qui créé de la valeur pour ce dernier. Pour assurer une continuité dans l'offre des soins, les employés sont désormais affectés dans des équipes de travail multidisciplinaires. La coordination est essentielle et la circulation de l'information doit être fluide.

À ce sujet, Luc et Rondeau (2002) ont étudié un centre hospitalier québécois qui a implanté une approche « par programmes », c'est-à-dire qu'il a « regroup[é], en plusieurs programmes, une masse critique d'activités cliniques interreliées et ce, dans une approche centrée sur l'usager » (Luc et Rondeau, 2002 : 236). Ils ont constaté que cette nouvelle façon de faire a des impacts sur la structure de l'organisation (décentralisation, cogestion, logique matricielle), sur les rôles et responsabilités des acteurs (médecins, infirmiers, professionnels, etc.) ainsi que sur leurs relations de pouvoir et sur leurs façons de travailler au quotidien (interdisciplinarité, apprentissage collectif) (*Idem*). Bref, l'approche par processus nécessite une vision transversale des soins en impliquant les employés et crée, en bout de ligne, de la valeur pour le patient.

Ces constatations et résultats permettent de conclure que cette approche exige par conséquent une « transformation » dans la façon de penser l'organisation (Cornet, 2002), contrairement à la vision traditionnelle.

Suivant cette logique de l'organisation transversale des ressources, et toujours dans le souci d'améliorer les services à la population, le milieu de la santé s'est aussi organisé en réseau dans les dernières années. Il a notamment emboîté le pas compte tenu des besoins de santé plus complexes, du recours à des continuums de services sophistiqués nécessitant des équipes multidisciplinaires et dû à la complexification du système de santé (Roy *et al.*, 2010). De ce fait, différentes équipes de professionnels provenant de différents établissements sont amenées à travailler en collaboration, selon des protocoles communs, afin de répondre aux besoins de clientèles précises. Les avantages sont nombreux : partager les connaissances, « accélérer la vitesse d'innovation en regard des besoins des clientèles, permettre la maîtrise continue des processus, des méthodologies, des savoir-faire et des technologies et finalement, favoriser la synergie créatrice et la fertilisation croisée » (Jacob, 2003 : 11). Toutefois, des enjeux importants au niveau de la coordination doivent aussi être considérés (St-Pierre et Gauthier, 2011).

Cette nouvelle façon de s'organiser rompt définitivement avec les théories classiques en gestion, entraînant conséquemment un changement dans la culture des soins de santé. Il ne s'agit cependant pas du seul courant qui influence le secteur de la santé présentement.

4.3 Vers une approche centrée sur le service

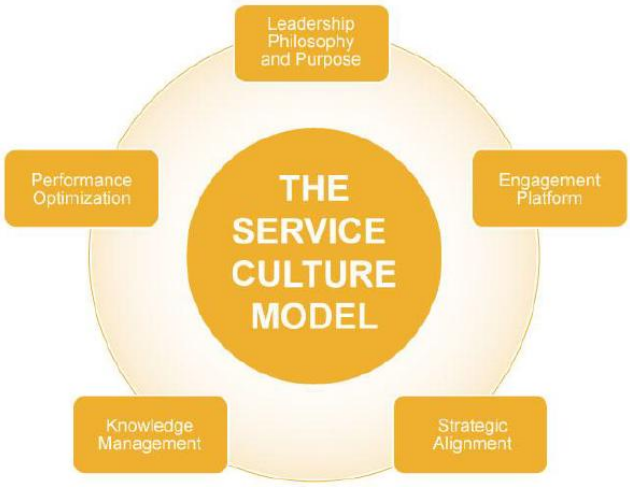
La littérature d'affaires cite en exemples les histoires à succès d'organisations qui ont une forte culture orientée vers la qualité du service au client (par exemple : Michelin) ou encore vers l'engagement des employés (par exemple : *Southwest Airlines*, *Baptist Health Care*) (Pinet et Coupet, 2008). On explique leur succès en précisant qu'il réside dans leurs façons d'être. On souligne par exemple que ces organisations ne sont pas dans une logique de « faire du service », mais dans une logique d'« être de service » (*Idem*). Autrement dit, c'est l'ensemble de l'organisation qui fait vivre la culture de service, en la mettant au cœur de ses préoccupations.

Ce mouvement axé sur l'importance accordée au client est devenu un incontournable en gestion. Il a eu comme effet la mise en œuvre de processus transversaux dans les organisations, ce qui a obligé le déploiement de mécanismes de coordination et le partage

de l'information ainsi que la mobilisation des acteurs (dont les employés). Cette approche rejoint l'approche centrée sur les processus.

Quelques modèles expliquent comment parvenir à une approche centrée sur le service. Selon un article publié dans le *GALLUP Business Journal*, Simmons et Fraser (2012) spécifient qu'avoir une culture de service requiert cinq conditions. Premièrement, il faut une équipe de direction engagée qui appuie la philosophie basée sur le service. Deuxièmement, les employés doivent être mobilisés et engagés dans cette voie. Troisièmement, les plans, politiques et procédures de l'organisation doivent être alignés stratégiquement sur le fait d'être centré sur le service. Quatrièmement, l'organisation doit se doter d'un processus pour documenter et diffuser les connaissances organisationnelles ainsi que les gains d'efficacité. Finalement et cinquièmement, l'organisation doit mesurer et améliorer continuellement sa performance en s'évaluant à l'aide d'outils adéquats.

Figure 29 : Le modèle d'une culture de service, *GALLUP Business Journal* (2012)



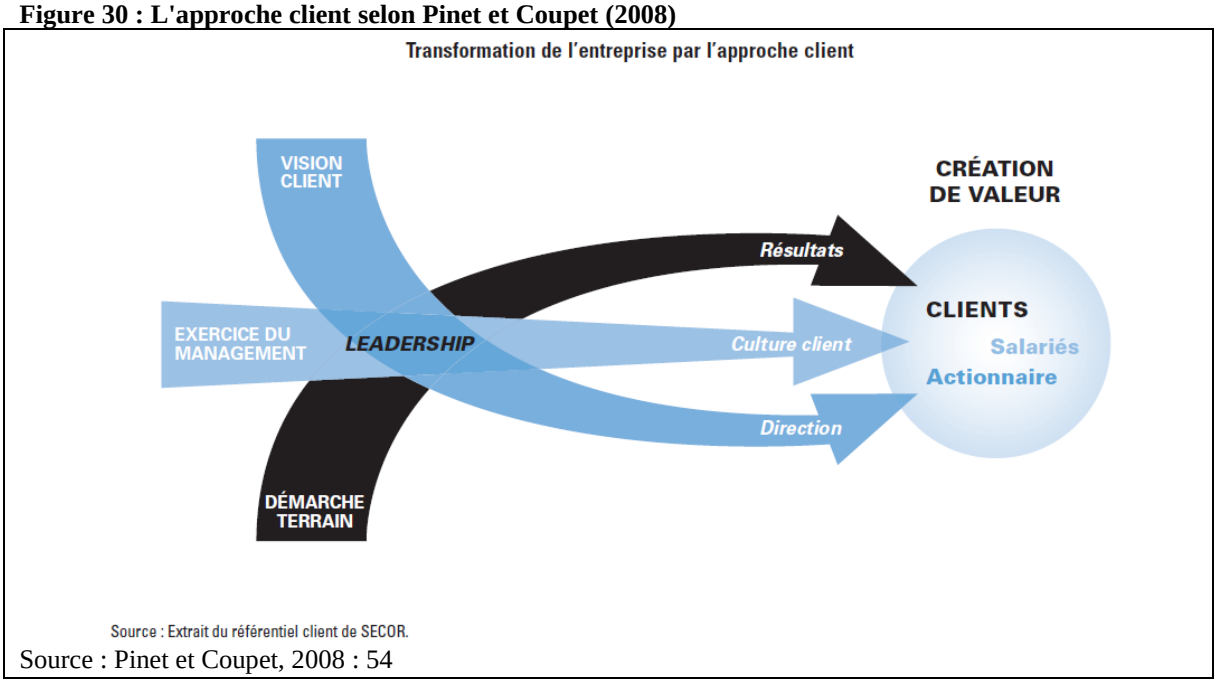
Source : *GALLUP Business Journal*, Simmons et Fraser, 2012

Selon Pinet et Coupet (2008), une approche client nécessite trois axes d'intervention (cf figure 30). Le premier axe oblige l'organisation à définir son concept de service et son positionnement en cohérence avec ses valeurs organisationnelles. Le deuxième axe rappelle à l'organisation de faire vivre sa stratégie client sur le terrain en se dotant d'outils d'évaluation et de mécanismes d'amélioration pour atteindre les résultats attendus. Finalement, le troisième axe propulse, par un leadership fort, la culture centrée sur le client à travers l'ensemble de l'organisation. Pour y arriver, il faut engager toutes les parties prenantes vers la réalisation de la vision client. Il faut leur permettre de développer leurs savoir-faire et leurs savoir-être au moyen de formations et d'expérimentations. Il faut aussi

insister sur des valeurs clés qui seront traduites dans les pratiques de gestion au quotidien. Puis, comme l'approche par processus le prône, il faut s'assurer de ne plus travailler en silo, mais bien en fonction d'un objectif commun, c'est-à-dire créer de la valeur pour le client. S'organiser en processus permet d'atteindre les objectifs liés à une approche centrée sur le client, puisque l'ensemble des ressources se mobilise autour de la création de valeur pour le client et tous les mécanismes organisationnels se coordonnent pour atteindre ce résultat.

Bref, le modèle de Pinet et Coupet (2008) imbrique dans un tout cohérent les valeurs de l'organisation, les discours faits aux clients et les comportements des parties prenantes. Comme le soulignent les auteurs, « il ne s'agit pas de greffer une approche du client sur l'organisation, mais bien de transformer l'organisation par cette approche » (Pinet et Coupet, 2008 : 48).

Figure 30 : L'approche client selon Pinet et Coupet (2008)



Source : Pinet et Coupet, 2008 : 54

Les deux modèles décrits ci-dessus sont basés sur l'approche centrée sur le client. Ils combinent toutefois aussi les concepts liés à l'approche centrée sur les processus, détaillés à la section 4.2. Ces deux approches font ressortir qu'une synergie doit guider la stratégie organisationnelle (incluant les valeurs organisationnelles), les parties prenantes ainsi que les processus et pratiques de l'organisation vers la création de valeur pour le client.

Tel que précisé préalablement, réaliser une telle démarche est en fait un processus de transformation culturelle au sein de l'organisation, puisqu'elle rompt avec les anciennes façons d'être (valeurs) et d'agir (normes) de l'organisation et de ses membres.

4.4 Vers une approche centrée sur le patient

L'approche centrée sur le service (ou les clients) se traduit dans le milieu de la santé par l'approche centrée sur le patient. Considérant que la demande et l'offre de soins se sont complexifiées (Roy *et al.*, 2010), une telle approche devenait incontournable. D'ailleurs, depuis les quinze dernières années, la littérature professionnelle traite de l'importance et de la nécessité de s'engager vers une approche centrée sur le patient (Docteur et Coulter, 2012; Frampton *et al.*, 2008; Shaller, 2007). Elle est aussi appelée approche centrée sur la personne (Docteur et Coulter, 2012), sur le résident (Frampton *et al.*, 2008), sur le client (Silow *et al.*, 2007), approche personnalisée ou approche individualisée (*Institute of medecine*, 2001). La nouveauté par rapport au modèle traditionnel en santé est que la qualité est désormais définie en fonction de la perspective du patient (Martin *et al.*, 1998).

Dans cette veine, au Canada, les Instituts de santé et de recherche (IFSC) ont mis en place des stratégies pour appuyer la recherche axée sur le patient[9]. Aux États-Unis, l'Institut de médecine (IOM) abonde dans le même sens. Il présente d'ailleurs dans leur rapport *Crossing the Quality Chasm* (*Institute of medecine*, 2001) que cette approche est l'un des six objectifs à poursuivre afin d'atteindre la qualité dans les soins de santé.

L'IOM la définit comme une approche « *providing care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values and ensuring that patient values guide all clinical decisions* » (*Institute of medecine*, 2001 : 6). Suivant cette définition, Gerteis *et al*. (1993), cités dans l'IOM (2001), dégagent les dimensions fondamentales propres à cette approche : « le respect des valeurs, des préférences et des besoins du patient, l'intégration et la coordination des soins, l'information, la communication et l'éducation, le confort physique, le support émotionnel et l'implication de la famille et des amis » (*Institute of medecine*, 2001 : 49, traduction libre). Dans un effort de synthèse, Cronin (2004), citée dans Docteur et Coulter (2012 : 8 et 23), a aussi réussi à dégager les mêmes dimensions à partir de neuf modèles qui traitent de l'approche centrée sur le patient. Aux États-Unis, les institutions ou organismes qui ont eu le plus d'influence sur les fondements de cette approche sont le « Picker Institute », l'« Institute for Patient- and Family- Centered Care Model » et « *Planetree* » (Shaller, 2007 : 10).

Le tableau 16 ci-dessous présente les principales dimensions qu'ils mettent de l'avant.

[9] http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/41498.html, page consultée le 21 novembre 2012.

Établissements / Organismes	**Dimensions ou principes**
Picker Institute (avec le Commonwealth) (Fondation en 1986)	• Respect des valeurs, des préférences et des besoins exprimés par les patients; • Coordination et intégration des soins; • Information, communication et éducation; • Confort physique; • Support émotionnel et apaisement de la peur et de l'anxiété; • Implication de la famille et des proches (amis); • Transition et continuité; • Accès aux soins. Sources : http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/, page consultée le 21 novembre 2012 et Davis *et al.*, 2005 : 953 et Shaller, 2007 : 2-3.
Institute for Patient- and Family-Centered Care Model (Fondation en 1992)	• Dignité et respect; • Partage de l'information; • Participation; • Collaboration. Source : Shaller, 2007 : 3-4.
Planetree (Fondation en 1978) *** ce n'est pas juste un modèle qui est centré sur le patient, il est également présenté à la section 4.6.1 *****	• Valoriser les interactions humaines; • Inclure les proches; • Partager l'information; • Humaniser l'environnement physique; • Stimuler par l'alimentation; • Cheminer par les arts; • Soutenir la quête de sens; • Communiquer par le toucher; • S'ouvrir aux thérapies complémentaires; • S'associer à la communauté. Source : http://reseauplanetree.org/organisation/modeles/, page consultée le 4 janvier 2013.

Tableau 16 : Les dimensions valorisées par les institutions/organismes centrés sur l'approche patient

À la lumière des informations mentionnées ci-dessous, on conclut que cette approche englobe les principaux critères des approches novatrices discutées précédemment et mettent définitivement en priorité la création de valeur pour le client (ici, le patient et sa famille). Tel que souligné au début du présent chapitre, les modèles qui découlent des approches novatrices en gestion de la santé convergent et traduisent la nouvelle réalité organisationnelle dans le domaine de la santé.

Indéniablement, une approche centrée sur le patient requiert un changement de culture organisationnelle au sein des instituts de santé qui désirent la mettre en application (Simmons et Fraser, 2012; Frampton *et al.*, 2008; Silow-Carroll *et al.*, 2007; Davis *et al.*, 2005) puisqu'elle rompt avec les mentalités traditionnelles.

4.4.1 Le modèle du patient partenaire

Depuis quelques années, on parle de plus de plus de la place active que joue le patient dans le cadre de ses soins (Counte et Meurer, 2001; Hurlimann, 2001). Autrefois, il avait un rôle passif (Rademakers *et al.*, 2011; Kuntz et Vera, 2007; Silow-Carroll *et al.*, 2007). Désormais, le milieu de la santé doit faire face à un patient qui est de plus en plus informé (Roy *et al.*, 2010), notamment par l'accès aux informations qu'offrent les technologies de l'information, et est plus enclin à participer à son processus de soins. Cette nouvelle réalité entraîne plusieurs enjeux auxquels le « Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire » de l'Université de Montréal s'intéresse. D'un côté, le médecin veut conserver son autonomie par rapport à sa pratique médicale et de l'autre côté, le patient souhaite s'impliquer davantage (Frampton *et al.*, 2008; Silow-Carroll *et al.*, 2007). On tend vers une nouvelle forme de prise de décision, celle qui est partagée entre le soignant et le soigné. Selon cette conception, on « évolu[e] vers une nouvelle vision collaborative où patients et professionnels de la santé redéfinissent le cœur de leur relation afin de faire face ensemble aux défis de demain[10]. »

4.5 Vers une approche centrée sur les employés

Le troisième courant qui s'est imposé en santé est l'approche centrée sur les employés. La littérature témoigne qu'une relation se dessine entre l'approche orientée vers le client (ou le patient) et la mobilisation des employés. Plusieurs recherches démontrent le lien favorable entre leur satisfaction et leur capacité à offrir un excellent service au client (Schlesinger et Heskett, 1991). Côté (2009) reprend les propos de Reichheld (1996) à ce sujet, pour gagner la loyauté de ses clients, il faut tout d'abord gagner celle de ses employés (Côté, 2009 : 76). La firme de conseil en stratégie et management Secor abonde dans le même sens en précisant qu'il existe une « corrélation entre mobilisation et performance organisationnelle » (Secor, 2012). Plusieurs autres études arrivent à un constat semblable (Dagenais-Desmarais et Privé, 2010; Frampton *et al.*, 2008; Shaller, 2007).

Autrefois, l'employé était vu comme un outil (Edgar, 2003) ou un facteur de production (Marier, 2007). Désormais, il est considéré comme « le plus important investisseur » de l'organisation (Marier, 2007). Les défenseurs de l'approche centrée sur les employés, aussi

[10] http://www.med.umontreal.ca/faculte/bureau_facultaire_expertise_patient_partenaire/index.html, page consultée le 21 novembre 2012.

appelée *human-centred view* (Hoogervorst *et al.*, 2005) ou *soft model* (Edgar, 2003), postulent que les employés sont l'élément central du succès organisationnel (Hoogervorst *et al.*, 2005). Ils permettent à l'organisation d'obtenir un avantage concurrentiel (Edgar, 2003). Cette vision rompt avec la vision mécaniste traditionnelle (Hoogervorst *et al.*, 2005).

Pour parvenir à ce nouveau modèle de gestion, l'organisation doit s'assurer qu'une cohérence existe entre la culture organisationnelle, les pratiques managériales ainsi qu'avec les systèmes et la structure organisationnels (Hoogervorst *et al.*, 2005 : 97). Si elle réussit, elle peut recevoir diverses accréditations ou certifications, telles que « Employeurs de Choix » (Canada), « Employeur Remarquable » (Québec) ou « Défi Employeurs Inspirants » (anciennement « Défi Meilleurs Employeurs ») (Québec). Obtenir ces titres lui permet de se démarquer par rapport aux autres organisations. En d'autres termes, cela lui confère un avantage au niveau de l'attraction du personnel et de leur rétention puisque l'organisation réussit à établir un climat de travail favorable (Le Louarn, 2010) et « des relations positives avec [ses] employés (Fulmer *et al.*, 2003) » (Tremblay et Simard, 2005 : 60).

Confronté à des enjeux de pénurie de main-d'œuvre, de rétention (Lavoie-Tremblay *et al.*, 2008) et de personnel médical stressé (Purbey *et al.*, 2007) et épuisé (Berry et Bendapudi, 2007), le domaine de la santé a aussi voulu faire autrement avec ses ressources humaines. Un article paru dans le *Journal of Nursing Management* ne manque pas de souligner l'effet négatif qu'entraîne un faible niveau de satisfaction sur le taux de roulement des infirmières (Lavoie-Tremblay *et al.*, 2008). Pourtant, par leurs rôles, leurs responsabilités et les services qu'ils offrent, les membres du personnel sont les ressources les plus importantes du système de santé (Shaller, 2007 : 11, *Institute of medecine*, 2001 : 207). D'ailleurs, plusieurs études soulignent l'impact bénéfique qu'ont les infirmières sur la guérison des patients (St-Germain, 2010; Duffy et Hoskins, 2003; Needleman *et al.*, 2002; McGillis Hall et Foran, 2001). Conséquemment, il n'est pas surprenant que les organisations cherchent à répondre à leurs besoins afin que ces ressources deviennent des acteurs puissants dans l'organisation.

Ainsi, les institutions en santé ont voulu prendre le virage de l'approche centrée sur les employés. Dans les années 1990, aux États-Unis, on a vu naître les programmes de reconnaissance des ®*Magnet hospitals* (Greene, 2003). Attribuée par l'*American Nurses Credentialing Council* (ANCC), cette reconnaissance traduit les excellentes conditions de travail offertes aux infirmiers et infirmières qui travaillent dans les établissements

hospitaliers (Parsons et Cornett, 2011). Les objectifs poursuivis sont simples : attirer et retenir les infirmiers et infirmières (Upenieks, 2003). Les études qui ont été faites dans les hôpitaux reconnus ®*Magnet hospitals* démontrent que ces établissements ont des structures, des processus et des caractéristiques organisationnels qui favorisent « l'autonomie et la reconnaissance » des infirmiers et infirmières (Upenieks, 2003 : 10). Conséquemment, dans ces établissements, on mesure que la satisfaction au travail et le niveau d'engagement sont élevés et que les taux de roulement des infirmiers et infirmières sont bas (*Idem*).

Au Québec, les organisations en santé ont aussi cherché à mettre sur pied de nouveaux programmes, spécifiquement reliés à leur domaine, qui favorisent les initiatives en matière de ressources humaines, autant pour les infirmiers-infirmières que pour les autres corps d'emploi. Quelques nouvelles accréditions ont vu le jour. Le tableau 17 en recense quelques-unes ainsi que les principales dimensions qu'elles évaluent.

Accréditions	**Principaux éléments**
Certification « Entreprise en santé » (Québec)	Promotion de la santé et prévention de la maladie en milieu de travail Source : http://www.bnq.qc.ca/fr/communique/norme_sante_approche.html, page consultée le 21 novembre 2012.
Le Réseau québécois des établissements promoteurs de santé (anciennement le réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé)	Cinq objectifs : • diminuer l'incidence des maladies chroniques; • mieux répondre aux besoins d'une population vieillissante; • **créer et maintenir un milieu de travail sain pour les médecins et les personnel;** • favoriser des comportements plus respectueux de l'environnement; • bâtir des communautés en santé. Source : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012 : 1).
Conseil québécois d'agrément (agrément)	Quatre angles d'évaluation pour le concept de qualité : • la satisfaction des besoins et des attentes de la clientèle; • **la mobilisation du personnel;** • la gestion efficace et efficiente des processus organisationnels; • la capacité d'amélioration. Source : http://www.agrement-quebecois.ca/site.asp?page=element&nIDElement=2258, page consultée le 21 novembre 2012.

Tableau 17 : Accréditions en santé au niveau des RH

Parmi la littérature consultée sur l'approche centrée sur le patient (cf section 4.4), les éléments de l'approche centrée sur les employés ne sont pas explicitement mis de l'avant dans les dimensions sur lesquelles elle repose. Toutefois, on les retrouve dans les conseils ou les facteurs clés de succès pour la mise en œuvre de l'approche centrée sur le patient.

En effet, dans le rapport de Shaller (2007), le quatrième facteur clé pour atteindre l'approche centrée sur le patient provient de l'approche centrée sur les employés. On peut

lire : « *Care for the caregivers through a supportive work environment that engages employees in all aspects of process design and treats them with the same dignity and respect that they are expected to show patients and families.* » (Shaller, 2007 : vi). De plus, pour les auteurs du livre *Putting patients first* (2009) inspiré par le modèle *Planetree*, « favoriser un environnement de travail où les employés se sentent valorisés, reconnus et responsabilisés (*empowered*) » (Frampton *et al.*, 2009 : 208, traduction libre) se traduit par des résultats favorables pour l'établissement de santé. Ces exemples convergent vers le même constat : la valorisation, l'implication et l'engagement des employés sont des conditions nécessaires.

4.6 Des modèles intégrateurs

Globalement, on peut qualifier les modèles qui découlent de l'approche centrée sur le patient de modèles intégrateurs puisqu'ils commandent à la fois des changements dans l'organisation des processus et dans la culture des employés. À ce titre, ils amalgament autant des éléments provenant d'une approche centrée sur les employés que ceux du courant « patient-partenaire », pour le rôle actif que ces modèles leur suggèrent de prendre. Ces modèles supportent également l'approche transversale des processus en coordonnant les soins dans le but de maximiser la valeur pour le patient.

D'ailleurs, les résultats obtenus par l'approche centrée sur le patient concernent toutes les parties prenantes. À ce sujet, des résultats d'études font état d'une meilleure satisfaction du patient (Jarousse, 2011b; Martin *et al.*, 1998) et de meilleurs résultats de santé (Docteur et Coulter, 2012 : 17; Frampton *et al.*, 2008 : xxix). De façon générale, les auteurs s'entendent pour dire que l'intérêt de cette approche repose sur les bénéfices potentiels pour les patients (Docteur et Coulter, 2012; Silow-Carroll *et al.*, 2007; Hibbard, 2004), pour les employés (Frampton *et al.*, 2008), pour le système de santé (Silow-Carroll *et al.*, 2007) et pour la société en général (Docteur et Coulter, 2012).

Considérant l'aspect intégrateur de l'approche centrée sur le patient, il serait cohérent de se tourner vers une appellation moins réductrice, voire plutôt une approche centrée sur l'humain (Shaller, 2007 : 11). Par cette appellation globale, on assure d'inclure toutes les parties prenantes dans l'amélioration du système de santé. D'ailleurs, les organisations qui

implantent l'approche centrée sur le patient utilisent aussi le terme « humanisation des soins[11] » ou « approche humaniste des soins » (Déraps *et al.*, 2009).

Il est important ici de préciser le sens que l'on donne à ces termes. Dans le contexte de la santé, il est pris dans le sens de l'humain qui est mis au cœur des préoccupations, autant le patient, sa famille que l'employé (au sens large). Un léger parallèle peut être tracé avec le courant humaniste en gestion. Il faut par contre distinguer, d'un côté, l'humanisme général, voire universel qui « respecte les caractéristiques propres à l'espèce humaine[12] ». De l'autre côté, on distingue l'humanisme individuel qui « est présent lorsque les pratiques et les règles de conduite sociales, organisationnelles et personnelles sont respectueuses de l'intégrité physiologique [de l'individu], de sa réalité psychique et de son identité sociale et culturelle » (*Idem*). Selon cette dernière conception, on peut considérer que l'approche centrée sur le patient tend vers l'humanisme individuel.

4.6.1 Le modèle *Planetree*

Dans le cadre de ce mémoire, le modèle de soins *Planetree* sera davantage détaillé puisqu'il fait l'objet de la transformation culturelle souhaitée dans l'établissement de santé que nous considérons dans le cadre de notre validation empirique pour notre question de recherche. De plus, il s'inscrit dans le courant de l'approche centrée sur la personne puisqu'il intègre à la fois les besoins du patient, de sa famille et du personnel de la santé.

Afin de mieux connaître ce modèle, il convient de détailler le contexte de sa fondation, son étendue au niveau international, de rendre compte de la richesse de données qu'il propose, de présenter ses principales composantes et de décrire les étapes qui mènent à sa désignation en organisation. Enfin, il faut discuter de l'importance et des difficultés inhérentes liées à la mesure du changement culturel dans la démarche *Planetree*.

4.6.1.1 Le contexte

Fondé en 1978 aux États-Unis, par Angelica Thieriot, *Planetree* est un organisme à but non lucratif qui a vu le jour en réponse à l'expérience négative que sa fondatrice a vécue lors de son hospitalisation. Elle considère qu'elle n'a reçu que des soins de nature technique, sans s'être sentie concernée au niveau humain. Considérant que la raison d'être d'un hôpital est

[11] http://www.chu-sainte-justine.org/cliniques/page.aspx?Id_Page=10005208&item=91400, page consultée le 29 janvier 2013.
[12] Centre humanismes, gestions et mondialisation : http://web.hec.ca/chgm/, page consultée le 21 novembre 2012.

de permettre la guérison des patients (Frampton *et al.*, 2008 : xxiii), la philosophie de l'approche *Planetree* prône donc : « *care should be organized first and foremost around the needs of patients*[13] ». Par contre, pour ce faire, un changement de culture doit s'opérer au sein de l'organisation où le modèle est implanté (Simmons et Fraser, 2012; Frampton *et al.*, 2008; Silow-Carroll *et al.*, 2007; Davis *et al.*, 2005). Dans cette lignée, la mission de *Planetree* est d'accompagner les organisations en santé, petites ou grandes, qui souhaitent offrir une approche centrée sur le patient. L'organisme fournit « *education and information in a collaborative community of healthcare organizations, facilitating efforts to create patient- centered care in healing environments*[14]. ».

4.6.1.2 L'étendue du modèle au niveau international

Depuis sa fondation aux États-Unis en 1978, le modèle de soins *Planetree* a pris de l'expansion. Il est désormais présent dans six pays (le Canada, le Brésil, les Pays-Bas, l'Australie, le Japon et les États-Unis) à travers 500 établissements[15]. On nomme l'ensemble de cette communauté, le réseau international *Planetree*.

Au Québec, une filiale francophone de *Planetree* a été mise sur pied en 2009, « s'inscrivant en continuité » (Réseau *Planetree* Québec, 2010 : 6) avec l'organisme *Planetree* aux États-Unis. Il s'agit du Réseau *Planetree* Québec (ci-après désigné RPQ). C'est une initiative québécoise qui « est né[e] de cette vision partagée de façonner et d'enrichir l'avenir des soins et des services de santé au Québec, pour que ceux-ci soient réellement centrés sur les personnes » (*Idem*).

Parmi ses membres, le RPQ compte des établissements en soins de santé tels des centres de santé et de services sociaux (CSSS), des centres de réadaptation, des centres jeunesse, des centres gériatriques et de soins de longue durée, un centre hospitalier universitaire, etc[16].

---

[13] http://planetree.org/?page_id=510, page consultée le 21 novembre 2012.
[14] *Idem*
[15] http://reseauplanetree.org/organisation/modeles/, page consultée le 4 janvier 2013.
[16] Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, CSSS du Granit, CSSS du Val-Saint-François, CSSS de La Mitis, CSSS Rouyn-Noranda, CSSS Charlevoix, CSSS Québec-Nord, Centre de réadaptation Estrie, CRDI-TED Estrie, CRDITED Chaudière-Appalaches, Centre de réadaptation Interval, Institut Raymond-Dewar, Hôpital de réadaptation Villa Médica, Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord, Centre jeunesse de l'Estrie, Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Centre jeunesse Gaspésie-les-îles, Centre gériatrique Donald Berman Maïmonides, CHSLD juif de Montréal (Maïmonides), Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Groupe Champlain, CHU Sainte-Justine, Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle André-Lalande et Dual-Ade.

4.6.1.3 Une richesse d'informations et de données

Le réseau international *Planetree* a un souci de transparence de ses données et souhaite partager ses connaissances, ses expériences et ses bonnes pratiques entre ses membres. Dans le cadre de notre recherche, les sources d'information qui ont été consultées proviennent des données de l'organisme *Planetree* aux États-Unis et celles du RPQ. La littérature consultée, principalement étiquetée comme littérature d'affaires, est résumée dans le tableau 18 ci-dessous.

***Planetree* (États-Unis)**	**Réseau *Planetree* Québec (Canada)**
Site internet : http://planetree.org/	Site internet : http://www.reseauplanetree.org
	Rapports annuels : Réseau *Planetree* Québec (2011e). *Rapport annuel 2010-2011*, 20 p. Réseau *Planetree* Québec (2010). *Bilan des réussites 2009-2010*, 24 p. Réseau *Planetree* Québec (2012d). *Rapport annuel 2011-2012*, 16 p.
Documents liés à la désignation : *Planetree* (2012a). *Planetree Recognition Tiers At A Glance - Domestic Criteria*, document de travail, 3 p. *Planetree* (2012b). *Application for Planetree Merit Award fo Achievement in Patient-Centered Care*, document de travail, 59 p. *Planetree* (2010). *Planetree Designation Process Manual 2010*, document de travail, 87 p.	Documents liés à la désignation : Réseau *Planetree* Québec (2008). *Outil d'auto-évaluation*, document de travail traduit de *Planetree* et Picker Institute, p. 9-18. Réseau *Planetree* Québec (2011b). *Critères pour la désignation internationale Planetree et conseils de mise en œuvre*, Sherbrooke, 35 p. Réseau *Planetree* Québec (2011d). *Demande de désignation internationale Planetree et outil d'auto-évaluation*, document de travail, Sherbrooke, 21 p.
Articles : Frampton, Susan B. (2009a). « Creating a patient-centered system », *American journal of nursing*, vol. 109, n° 3, p. 30-33. Frampton, Susan B. (2009b). « Open medical records », *American journal of nursing*, vol. 109, n° 8, p. 59-63. Frampton, Susan B. (2009c). « Ensuring Quieter Hospital Environments », *American journal of nursing*, vol. 109, n° 9, p. 65-67. Stone, Susan (2008). « A Retrospective Evaluation of the Impact of the *Planetree* Patient-Centered Model of Care on Inpatient Quality Outcomes », *Health Environments Research & Design Journal*, vol. 1, n° 4, p. 55-69. Charmel, Patrick A. et Susan B. Frampton (2008). « Building the business case for patient-centered care », *Healthcare financial management*, vol. 62, n° 3, p.80-85.	Article : Tremblay, Lucie, Lyne Camiré, et Linda August (2010). « Au-delà des soins : pour un milieu de vie de qualité », *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, vol. 6, n° 2, p. 36-38.
Autre document : Picker Institute et *Planetree* Inc. (2010). *Long-term Care Improvement Guide*, Derby et Camden, 279 p.	Autres documents : Réseau *Planetree* Québec (2013). *Pourquoi Planetree?*, brochure promotionnelle, Sherbrooke, 12 p. Réseau *Planetree* Québec (2012c). *Le cahier du*

	participant, document de travail, Sherbrooke, 24 p. Réseau *Planetree* Québec (2011a). *Planetree : Un modèle de cohérence entre ce que l'on est et ce que l'on fait*, brochure promotionnelle, Sherbrooke, 8 p. Réseau *Planetree* Québec (2011c). *Guide pratique sur les composantes Planetree*, Sherbrooke, 12 p. Malo, Hélène et Marie-Claire Pelletier (2010). « Agrément & *Planetree* : Une combinaison gagnante pour intégrer la qualité dans nos organisations » dans Colloque Conseil Québécois d'Agrément, actes de colloque tenu du 13 au 14 octobre 2010, 43 p.

Tableau 18 : Sources d'information consultées relativement au modèle de soins *Planetree*

À la lecture des divers documents, on souligne que ces deux organismes à but non lucratif accompagnent, de façon personnalisée, les organisations, majoritairement dans le domaine de la santé, à offrir des soins centrés sur le patient. Étant donné que ce modèle des soins rompt avec le modèle traditionnel, ils offrent des services de formation ou de *coaching*, partagent des ressources éducatives et des solutions novatrices de gestion des soins, etc. pour orienter les organisations vers cette nouvelle culture organisationnelle. Ils insistent sur le fait que le modèle *Planetree* n'est pas un *one-size-fits-all*, mais doit plutôt être adapté à chaque organisation, en fonction de leur réalité organisationnelle. L'OBNL *Planetree* (États-Unis) le traduit clairement lorsqu'il énonce : « *We know the direction, you set the pace*[17] ». Autant aux États-Unis, qu'au Québec, les deux organismes souhaitent « fournir un processus et une structure qui inspirent et permettent aux prestataires de soins de transformer l'expérience des soins de santé » (traduction libre, *Idem*). Malgré l'accompagnement que ces deux organismes peuvent offrir, une organisation qui souhaite implanter ce modèle de soins doit tout d'abord compter sur l'engagement de la haute direction (Réseau *Planetree* Québec, 2011a).

Le tableau 19 ci-dessous résume leurs missions, visions, valeurs et croyances.

***Planetree* (États-Unis)**	**Réseau *Planetree* Québec (Canada)**
Mission « *Planetree is a non-profit organization that provides education and information in a collaborative community of healthcare organizations, facilitating efforts to create patient- centered care in healing environments*[18]. »	Mission : « Être un réseau d'organisations qui collaborent et se soutiennent dans le développement de cultures de soins, de services et de gestion axés sur l'humain. » Source : Réseau *Planetree* Québec, 2012d : 5

[17] http://planetree.org/?page_id=80, page consultée le 21 novembre 2012.
[18] http://planetree.org/?page_id=510, page consultée le 21 novembre 2012.

Vision : « *As a global catalyst and leader, Planetree promotes the development and implementation of innovative models of healthcare that focus on healing and nurturing body, mind and spirit*[19]. »	Vision : « Être le porte-étendard de l'humanisation des soins, des services et de la gestion à travers le Québec et les pays de la francophonie. » Source : Réseau *Planetree* Québec, 2012d : 5
Croyances : • *That we are human beings, caring for other human beings;* • *We are all caregivers;* • *Caregiving is best achieved through kindness and compassion;* • *Safe, accessible, high-quality care is fundamental to patient-centered care;* • *In a holistic approach to meeting people's needs of body, mind and spirit;* • *Families, friends and loved ones are vital to the healing process;* • *Access to understandable health information can empower individuals to participate in their health;* • *The opportunity for individuals to make personal choices related to their care is essential;* • *Physical environments can enhance healing, health and wellbeing;* • *Illness can be a transformational experience for patients, families and caregivers*[20].	Valeurs : « Ouverture, innovation et partage » Source : Réseau *Planetree* Québec, 2012d : 5

Tableau 19 : Missions, visions et valeurs de l'OBNL *Planetree* (États-Unis) et du RPQ (Canada)

Ultimement, le RPQ considère que la finalité du modèle de soins *Planetree* « consiste à créer des environnements propices aux mieux-être dans lesquels la personne est au cœur des préoccupations. » (Réseau *Planetree* Québec, 2011a : 6). Dans le cadre de ce modèle de gestion, lorsqu'on utilise le terme « personne », on englobe le patient (et sa famille) ainsi que l'employé (le fournisseur de soins). Bref, c'est une approche centrée sur la personne, ce qui signifie autant le client (patient), l'employé, le partenaire ou le membre de la communauté (Malo et Pelletier, 2010 : 9).

4.6.1.4 Les composantes du modèle de soins Planetree

Pour réaliser sa mission, le modèle de soins *Planetree* propose dix principales composantes[21]. Elles sont brièvement décrites dans les prochains paragraphes.

1. Valoriser les interactions humaines

[19] http://planetree.org/?page_id=510, page consultée le 21 novembre 2012.
[20] http://planetree.org/?page_id=510, page consultée le 21 novembre 2012.
[21] http://reseauplanetree.org/organisation/modeles/, page consultée le 4 janvier 2013.

2. Inclure les proches
3. Partager l'information
4. Humaniser l'environnement physique
5. Stimuler par l'alimentation
6. Cheminer par les arts
7. Soutenir la quête de sens
8. Communiquer par le toucher
9. S'ouvrir aux thérapies complémentaires
10. S'associer à la communauté.

La première composante « se traduit par la considération et le respect portés aux personnes en faisant appel à l'ensemble de leurs dimensions, c'est-à-dire : physique, psychologique, intellectuelle, sociale et spirituelle. » (Réseau *Planetree* Québec, 2011c : 2). On vise « des relations empreintes de respect, de chaleur et de bonté. » (*Idem*)

Inclure les proches signifie que la famille et les amis des patients « sont considérés comme des « partenaires » dans les soins et services. » (*Ibid* : 7) Ils sont impliqués à différents niveaux, comme par exemple, « dans les prises de décision, [lors de] la prestation des soins et services [ou lors de] la réalisation des activités quotidiennes, [dans] l'aménagement de l'environnement physique ou dans certaines transitions de milieux. » (*Idem*) Au niveau du personnel, l'organisation cherche à offrir un équilibre travail-famille.

Quant à la troisième composante, elle repose sur l'idée que « décider pour soi-même constitue un élément essentiel au bien-être » (*Ibid* : 3). En ce sens, l'organisation doit permettre aux « clients, [à leurs] famille[s] et [au personnel [d'avoir] accès à une grande variété d'information afin de nourrir leur autodétermination et leur *empowerment*. » (*Idem*)

La quatrième composante concerne l'environnement physique. Il doit être « confortable, chaleureux et accueillant [puisqu'il] nourri[t] l'âme, le corps et l'esprit de la clientèle et du personnel en activant les cinq sens. » (*Ibid* : 4) Il doit aussi être conçu afin d'abriter la confidentialité des informations échangées et d'assurer la sécurité des patients et des employés.

La cinquième composante, stimuler par l'alimentation, se veut une occasion de promouvoir les saines habitudes alimentaires, tout en offrant un service personnalisé et une variété de

choix. L'organisation souhaite rendre le moment du repas (ou de la collation) agréable et favorable aux interactions sociales.

Considérant que « les arts et divertissements permettent aux personnes de s'enrichir au plan personnel, professionnel et intellectuel, [les organisations tentent, à travers la sixième composante,] de solliciter les talents et les ressources de chacun. » (*Ibid* : 6) En plus de favoriser la contribution artistique de ses membres, les organisations leur offrent aussi l'occasion d'être en contact avec l'art et diverses formes de divertissement, comme par exemple par des « expositions d'œuvres, la tenue d'événements sociaux et culturels » (Réseau *Planetree* Québec, 2012a : 3), etc.

Soutenir la quête de sens signifie que « le personnel et la clientèle sont soutenus dans l'activation de leurs ressources intérieures (quête de sens et résilience), [que] la diversité des points de vue, des perceptions et des besoins en matière de spiritualité » (Réseau *Planetree* Québec, 2011c : 5) est prise en compte. Cette septième composante « représente un élément significatif du bien-être de la personne » (*Idem*).

Communiquer par le toucher est une « façon bienveillante d'entrer en contact avec un client ou un membre du personnel, [ce qui] contribue à rehausser la qualité des relations interpersonnelles. » (*Ibid* :11) Basé sur le principe « qu'un geste chaleureux possède le pouvoir d'apaiser, de réconforter, de sécuriser, d'encourager [et] de valoriser » (*Idem*), la huitième composante « favorise les formes d'interactions qui incitent ce contact chaleureux » (*Idem*).

La neuvième composante reconnaît et soutient « l'intérêt du personnel et de la clientèle envers diverses formes de thérapies complémentaires, basées sur des données probantes. » (*Ibid* : 10) Parmi les thérapies complémentaires, on note par exemple le recours à la naturopathie, à la chiropractie, à la médecine traditionnelle chinoise, à l'homéopathie (Frampton *et al.*, 2007 : 114), à la zoothérapie et autres. L'organisation offre donc « l'information, le soutien et les ressources nécessaires pour qu'ils fassent [leurs] choix [parmi ces thérapies complémentaires]. » (Réseau *Planetree* Québec, 2011c : 10) Cette ouverture « contribue [...] à maximiser l'attention portée au corps et à l'esprit autant pour la clientèle que pour le personnel » (*Idem*).

Finalement, la dixième composante montre que l'organisation doit étendre ses « activités à l'extérieur de [ses] murs, de façon à avoir un impact positif sur la communauté qu'[elle

dessert] » (*Ibid* : 8) Par exemple, l'organisation peut mettre sur pied différents programmes d'aide destinées à sa clientèle, mais qui se réalisent hors des murs de l'établissement. Aux États-Unis, le Centre médical Mid-Columbia a instauré un programme « Families First » (Frampton *et al.*, 2007 : 178) afin de prévenir les cas d'abus dans les populations à risque. Au Québec, le Centre hospitalier Sainte-Justine a mis sur pied la « Clinique d'apnée du nourrisson » afin d'informer et d'outiller les parents qui ont des nourrissons à risque. Un suivi personnalisé est assuré au domicile du nourrisson. De plus, l'organisation peut aussi mettre sur pied des cliniques de vaccination mobiles (*Ibid* : 177).

Étant soucieuse de son « empreinte écologique », l'organisation doit aussi s'assurer d'« inclure le bien-être de la population, [de] favoriser sa participation, [de] permettre la mise en commun des ressources et [d']établir des partenariats. » (Réseau *Planetree* Québec, 2011c : 8) Par exemple, un établissement peut aller chercher la certification BOMA BESt (*Building Environmental Standards*) « pour satisfaire aux besoins de l'industrie en matière de normes réalistes concernant la performance énergétique et environnementale [de son ou ses établissement(s)] »[22].

Bref, l'ensemble de ces composantes reflètent les valeurs et les croyances qui sont mises de l'avant dans le modèle de soins *Planetree*. En se référant aux niveaux d'analyse de la culture organisationnelle (Schein, 2004), elles se situent au deuxième niveau, tel que présenté dans le tableau 11 à la section 3.3.1. Cet ensemble de valeurs et croyances doit guider les comportements des membres (Séguin *et al.*, 2008; Schein, 2004; Sims, 2002) au sein des établissements qui implantent une approche centrée sur la personne.

Pour que ces valeurs, croyances et composantes se vivent au quotidien, il faut également que l'organisation mette en place des structures qui privilégient une telle approche et qu'elle ait des mécanismes de mesure pour faire état des données sur la qualité, la sécurité et l'expérience patient. Le chemin vers la désignation *Planetree* offre quelques-uns de ces outils.

[22] http://www.bomabest.com/fr/, page consultée le 21 novembre 2012.

4.6.1.5 Le chemin vers la désignation

Néanmoins, le chemin à parcourir pour atteindre la désignation *Planetree* est long et nécessite d'énormes efforts. Afin d'alléger cette route, différentes options graduelles s'offrent aux organisations : l'affiliation, le programme de reconnaissance ou la désignation.

4.6.1.5.1 Affiliation

Tout d'abord, un établissement peut commencer par s'affilier à *Planetree* en « adh[érant] aux dix composantes du modèle de soins et en entrepre[nant] une démarche visant à améliorer globalement sa qualité d'employeur, de [prestataire] de soins et de services et de citoyen corporatif. » (Réseau *Planetree* Québec, 2011a : 2). Dès lors, il a accès à une large banque de données qui répertorie des exemples d'application du modèle et des solutions novatrices en soins, il a aussi accès à toute la documentation promotionnelle, les articles écrits en lien avec les impacts du modèle et surtout, il peut interagir avec les autres membres du réseau afin d'échanger sur diverses problématiques.

4.6.1.5.2 Le programme de reconnaissance et la désignation

Par la suite, l'établissement qui a appliqué le modèle de soins *Planetree* dans son organisation peut débuter le programme de reconnaissance, selon le niveau désiré : bronze, argent ou or. En fait, le niveau or correspond à la désignation. Cette dernière consiste en « une évaluation qualitative et quantitative reconnue [...] attest[ant] [...] l'atteinte de normes et de critères d'excellence des pratiques cliniques et de gestion » (Réseau *Planetree* Québec, 2011a : 3).

Afin de guider les organisations en santé dans cette démarche, des critères de désignation sont énoncés. Ils sont regroupés par section et, à moins d'indications contraires, ils s'appliquent à tous les établissements de services de santé. Lorsque des spécificités s'imposent en fonction du type d'établissement (hôpitaux de soins aigus, établissements de soins de longue durée, hôpitaux de santé mentale ou établissements intégrés), elles sont précisées.

L'organisme *Planetree* aux États-Unis établit des critères de désignation généraux et des critères spécifiques pour certains types d'établissement. Ceux énumérés dans la documentation de 2010, *Planetree Designation Process Manual* 2010 (*Planetree*, 2010),

ont été bonifiés dans la documentation de 2012, *Application for Planetree Merit Award for Achievement in Patient-Centered Care* (*Planetree*, 2012b).

Partant des critères de désignation de 2010, le RPQ les a adaptés au contexte québécois sous 52 critères en 2011 adaptés en fonction du type d'établissement (« Critères pour la désignation internationale *Planetree* et conseils de mise en œuvre » (Réseau *Planetree* Québec, 2011b)) et les a traduits de l'anglais au français. Bien qu'il existe de nombreux parallèles entre les critères établis par *Planetree* aux États-Unis et ceux du RPQ, on note quelques différences, principalement dues aux réalités culturelles des deux pays. Le tableau 37 à l'annexe 1 présente, dans les deux premières colonnes, les critères de désignation de l'organisme *Planetree* aux États-Unis et ceux du RPQ. Le rapprochement entre les différents critères est marqué d'un astérisque. Les trois autres colonnes indiquent les particularités liés aux niveaux du programme de reconnaissance et de la démarche de désignation. Bref, le nombre de critères de désignation à respecter varient en fonction du niveau de reconnaissance désirée, allant de la reconnaissance *Planetree* (bronze ou argent) à la désignation *Planetree* (or).

Les critères de désignation du modèle de soins *Planetree* sont des pratiques organisationnelles qui doivent être mises en place pour traduire les principes de l'approche centrée sur la personne. En fait, toujours en se référant aux niveaux d'analyse de la culture organisationnelle (Schein, 2004) (cf section 3.3.1), ce sont des artefacts. Les activités, les processus et les structures qui sont déployées pour répondre aux critères de désignation sont facilement observables dans les organisations. De plus, à l'image de la dynamique de la culture organisationnelle, ces artefacts sont le reflet des valeurs et composantes du modèle de soins *Planetree*. D'ailleurs, derrière l'ensemble des critères de désignation énumérés dans le tableau de l'annexe 1, on remarque l'influence des caractéristiques clés de l'approche centrée sur le patient et aussi de l'approche centrée sur les processus et sur les employés : « l'engagement des dirigeants, la main-d'œuvre, l'environnement axé sur la guérison, l'environnement de travail qui doit être favorable, la communication et l'implication du patient, de sa famille et de la communauté » (Jarousse, 2011a : 42, traduction libre).

4.6.1.5.3 Les étapes menant à la reconnaissance ou à la désignation

Avant de parvenir à la reconnaissance (bronze ou argent) ou à la désignation (or), plusieurs étapes se succèdent. Tout d'abord, l'organisation doit procéder à son auto-évaluation.

Ensuite, elle doit acheminer toute la documentation nécessaire à sa candidature aux bureaux de l'organisme. Quelques semaines plus tard, une équipe d'évaluateurs de *Planetree* se rend sur les lieux pour constater si l'approche centrée sur le patient est réellement mise en application. Pour ce faire, ils procèdent à une évaluation sommaire en animant quelques groupes de discussion auprès de patients et du personnel soignant. Au niveau des données à mesurer, un appel conférence s'organise entre un membre de l'organisme *Planetree* et la personne en charge dans l'organisation. Ensuite, une autre visite est prévue dans l'organisation. Cette fois-ci, la visite sera plus complète et les groupes de discussion seront composés de patients et leurs familles, du personnel, des membres du personnel médical, des membres (patients et familles) du conseil consultatif et des membres qui siègent sur le comité de pilotage de l'implantation du modèle *Planetree*. Suite à ces évaluations, un rapport écrit sera fourni à l'organisation. Les résultats de la visite et des évaluations seront présentés au comité de désignation *Planetree*. S'il conclut qu'aucune modification ne doit être apportée aux systèmes ou processus de l'organisation, elle pourra avoir sa désignation. Par contre, si des modifications sont exigées, l'organisation aura douze mois pour s'y conformer. Une fois la désignation reçue, l'organisme suggère fortement à l'organisation de célébrer avec toutes ses parties prenantes. Sachant que la désignation est valide pour une période de trois ans, l'organisation doit continuer de s'améliorer et se renouveler. Elle s'engage d'ailleurs à continuer de recueillir des données sur la satisfaction des patients, des employés, sur la qualité et sur la sécurité.

4.6.1.6 Les outils proposés

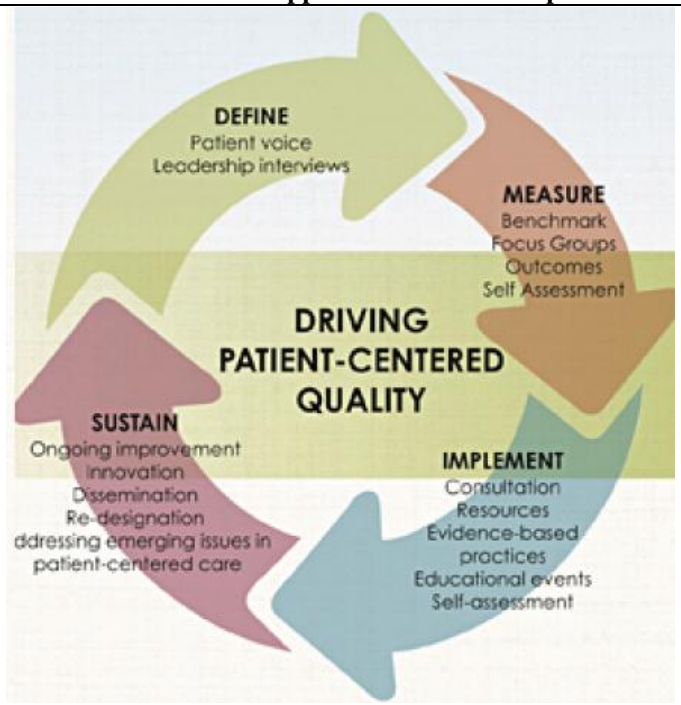
Associés à chaque critère de désignation, on retrouve des conseils de mise en œuvre, des questions auxquelles l'établissement doit répondre, des formulaires d'auto-évaluation sous forme de grilles à compléter pour savoir si l'organisation applique ou non la pratique qui est requise (et les composantes qui en découlent). L'ensemble de ces outils soutient l'établissement de santé dans la mise en œuvre du modèle de soins *Planetree*. Ils lui permettent de se faire un état de la situation en identifiant ses forces et ses faiblesses et ainsi, pouvoir planifier où les efforts devront être concentrés pour atteindre le programme de reconnaissance ou la désignation.

Plusieurs documents mis à la disposition des membres du réseau *Planetree* recensent des exemples de pratiques ou d'activités réalisées dans les autres établissements. Par exemple, le « Guide pratique sur les composantes *Planetree* » du RPQ (Réseau *Planetree* Québec,

2011c) présente, pour chaque composante du modèle, un exemple concret appliqué dans un établissement de santé. Dans la même veine, dans leur document *Long-term Care Improvement Guide*, le *Picker Institute* et *Planetree Inc.* (2010) fournissent une panoplie d'exemples et d'outils qui ont été mis en place dans différents établissements. Mis à part la suggestion de mesurer la satisfaction des usagers avec les sondages *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Provider and Systems* (HCAHPS) (Charmel et Frampton, 2008 : III), la marge de manœuvre est relativement grande pour que chaque établissement choisisse les outils qui lui conviennent.

Ces outils, qui permettent à l'établissement de santé de réaliser son évaluation organisationnelle, sont principalement utilisés aux étapes « Mesurer » (*Measure*) et « Implanter » (*Implement*) du cycle de cheminement vers une approche centrée sur le patient présentées dans la figure 31.

Figure 31 : Le cycle de cheminement vers une approche centrée sur le patient



Source : Jarousse, 2011a : 43

Étant donné que l'application du modèle de soins *Planetree* requiert un changement de culture organisationnelle qui doit passer par la transformation des pratiques organisationnelles, des environnements physiques, des pratiques en milieu de travail et des relations entre les personnes (Picker Institute et *Planetree* Inc., 2010 : xiii), il ne faut pas seulement se restreindre à rencontrer les critères de désignation. Il faut intervenir à tous les niveaux de la culture organisationnelle.

Considérant la définition de Schein (2004), le modèle de soins *Planetree* pris isolément ne représente pas une culture organisationnelle, mais lorsqu'il est appliqué à un établissement, il a un impact sur la façon de percevoir le soin. Le RPQ précise même que ce modèle « a révolutionné la façon de dispenser les soins et les services de santé » (Réseau *Planetree* Québec, 2010 : 8). En effet, il modifie les façons d'agir, de penser, de concevoir le soin par les membres de l'organisation et même la raison d'être de l'établissement. Si les membres de l'organisation partagent les valeurs et composantes prônées par le modèle, orientent leurs comportements en fonction de respecter ces valeurs et composantes, les traduisent en actions au quotidien et en viennent à considérer que l'approche centrée sur le patient est la seule façon possible et acceptable d'offrir les soins, on pourra parler de l'émergence d'une nouvelle culture organisationnelle. Par contre, pour que ce processus de transformation réussisse, il est important d'assurer la mesure (Kaplan et Norton, 2008) en se dotant d'indicateurs et de jalons pour suivre l'évolution du processus (Botton *et al.*, 2012; Cameron et Quinn, 2011). Il convient alors de regarder ce que le modèle de soins *Planetree* offre à ce sujet.

4.6.1.7 Mesurer le changement de culture organisationnelle dans une démarche Planetree

Dans cette dernière section, on présente tout d'abord les éléments de mesure proposés par *Planetree* en faisant ressortir leurs limites dans le cadre de la mesure d'une transformation culturelle. Puis, on revisite les niveaux d'analyse de la culture organisationnelle à la lumière des caractéristiques du modèle de soins *Planetree* afin de démontrer son impact sur la culture de l'organisation. Ensuite, on compare cette dernière à la culture organisationnelle traditionnellement en place dans le système de santé. En conclusion, on dégage deux difficultés de mesure. La première touche le défi lié à la mesure de la culture organisationnelle désirée et la deuxième, le défi de mesurer le processus de changement.

D'emblée, dans sa brochure promotionnelle, le RPQ précise que l'application du modèle de soins *Planetree* permet aux organisations d'optimiser leur performance organisationnelle (Réseau *Planetree* Québec, 2011a : 2). À travers quatre dimensions, il vise l'appréciation de la « satisfaction et du bien-être de la clientèle, la qualité des relations interpersonnelles et l'ambiance de travail en général, l'engagement et la loyauté du personnel [ainsi que l'appréciation des] pratiques de gestion et cliniques innovatrices » (Réseau *Planetree* Québec, 2013 : 4). Plus précisément, au niveau des employés, il permet « de voir une

amélioration significative des huit indicateurs retenus par le Programme santé des organisations et des individus (PSOI) » (Réseau *Planetree* Québec, 2011a : 6). Ces huit indicateurs sont les suivants : le taux de roulement, le taux de postes vacants, la formation et le développement, le taux d'heures supplémentaires, le ratio assurance-salaire, la fréquence et la gravité des accidents, la satisfaction du personnel et le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante.

En se référant à la chaîne des résultats de Botton *et al.* (2012), on constate que la majorité de ces indicateurs sont liés aux déterminants. On ne trouve aucun indicateur de résultat d'impact. En se basant sur les axes de Kaplan et Norton (1996) (cf section 2.5.5), on peut aussi classer les indicateurs selon trois dimensions de la performance. Le tableau 20 dresse donc le portrait des indicateurs suggérés par le modèle de soins *Planetree*, ci-après désignés « indicateurs *Planetree* ».

Axe	Intrants	Processus	Extrants	Résultats de production et d'effets	Résultat d'impact
Client				Satisfaction et bien-être de la clientèle	
Processus		Pratiques de gestion et cliniques innovantes			
Apprentissage et développement	Qualité des relations interpersonnelles et l'ambiance de travail en général : - satisfaction du personnel - taux de roulement - taux de postes vacants - taux d'heures supplémentaires - ratio assurance-salaire - taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	Qualité des relations interpersonnelles et l'ambiance de travail en général : - formation et développement	Qualité des relations interpersonnelles et l'ambiance de travail en général : - fréquence et gravité des accidents	Engagement et loyauté du personnel.	

Tableau 20 : Les indicateurs *Planetree* selon la chaîne des résultats de Botton *et al.* (2012)

Tel que précisé à la section 4.6.1.6., plusieurs outils sont suggérés et de nombreux exemples sont partagés pour faire cheminer les établissements dans leur démarche de changement, mais peu d'indicateurs de performance au niveau des résultats sont suggérés.

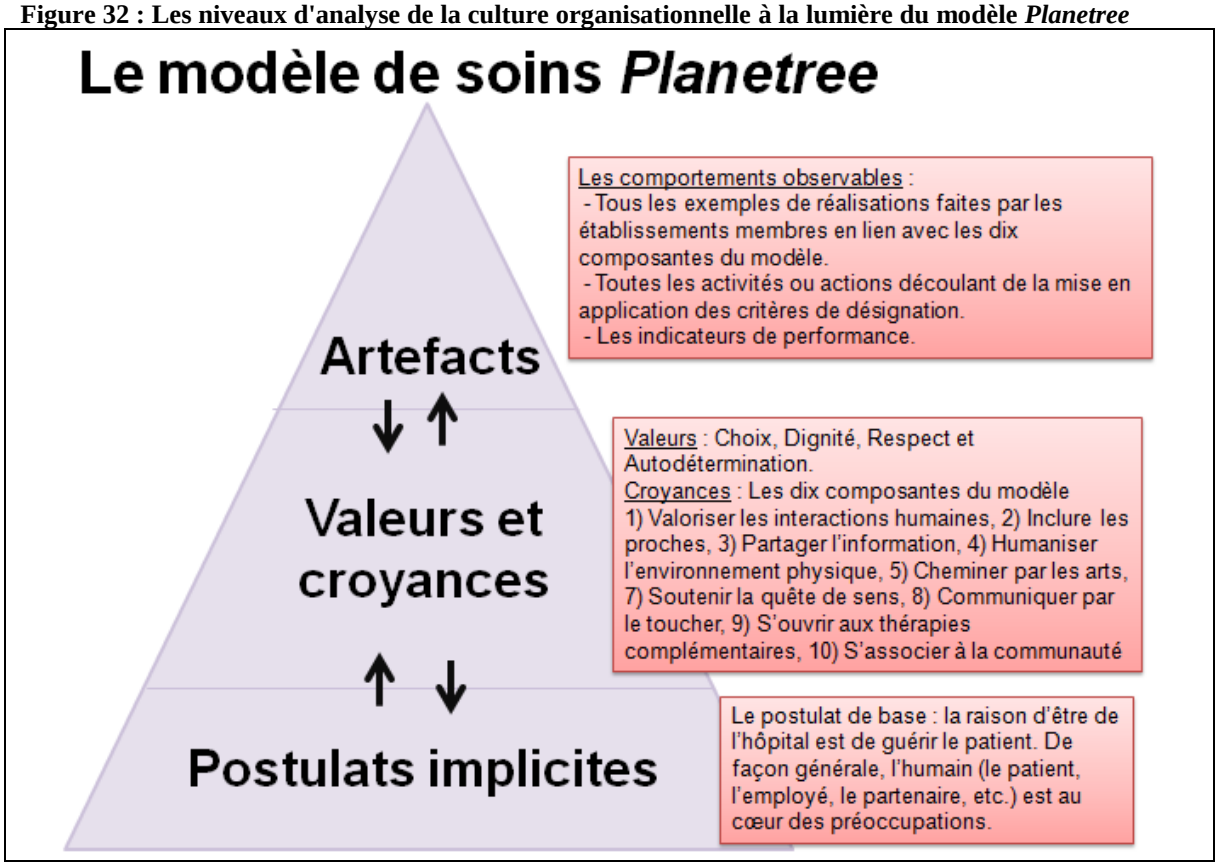
Par conséquent, il est difficile pour les établissements qui implantent ce modèle de soins d'apprécier l'évolution de leur transformation culturelle jusqu'au résultat final désiré, soit l'atteinte d'une nouvelle culture organisationnelle basée sur les principes de l'approche centrée sur la personne.

À ce stade-ci, il est important de revisiter les niveaux d'analyse de la culture organisationnelle (cf section 3.3.1) afin d'un côté, de saisir l'impact qu'a le modèle de soins *Planetree* sur cette dernière et de l'autre côté, de faire ressortir les éléments qui doivent être mesurés.

Préalablement, une note méthodologique s'impose. Nous savons que l'analyse d'une culture organisationnelle se fait selon des observations sur le terrain et en réalisant des entrevues plus approfondies avec certains membres clés de l'organisation (Schein, 2004). Par contre, dans le cas de la présente recherche, il n'était pas possible d'avoir accès à des données qui permettent d'évaluer la culture organisationnelle découlant d'une approche centrée sur la personne puisque le modèle de soins *Planetree* n'a pas encore été complètement appliqué à l'établissement qui fait l'objet de notre recherche. Nous avons tout de même cherché à démontrer les impacts du modèle sur la culture organisationnelle.

Alors, à partir des informations consultées, il est possible de classifier les caractéristiques de la culture organisationnelle de *Planetree*, selon les niveaux d'analyse de Schein (2004). Au premier niveau, on retrouve les artefacts, soit tous les faits culturels (Bertrand, 1991) et les comportements manifestes (Cameron et Quinn, 2011), c'est-à-dire les pratiques organisationnelles, les activités et les réalisations concrètes en lien avec la mise en application du modèle au sein d'une organisation. On compte aussi les indicateurs de performance qui sont mesurés dans l'organisation comme des artefacts. Ensuite, au deuxième niveau, on retrouve les valeurs organisationnelles et les composantes du modèle qui sont partagées par les membres. Elles sont supposées orienter leurs comportements attendus (Séguin *et al*., 2008; Schein, 2004; Sims, 2002). Il doit exister une cohérence entre les comportements et les valeurs partagées par les membres de l'organisation. Finalement, au dernier niveau, on postule que le quotidien des membres est transcendé par un élément fort et central : l'humain est au cœur des préoccupations. La figure 32 illustre toutes ces caractéristiques.

Figure 32 : Les niveaux d'analyse de la culture organisationnelle à la lumière du modèle *Planetree*

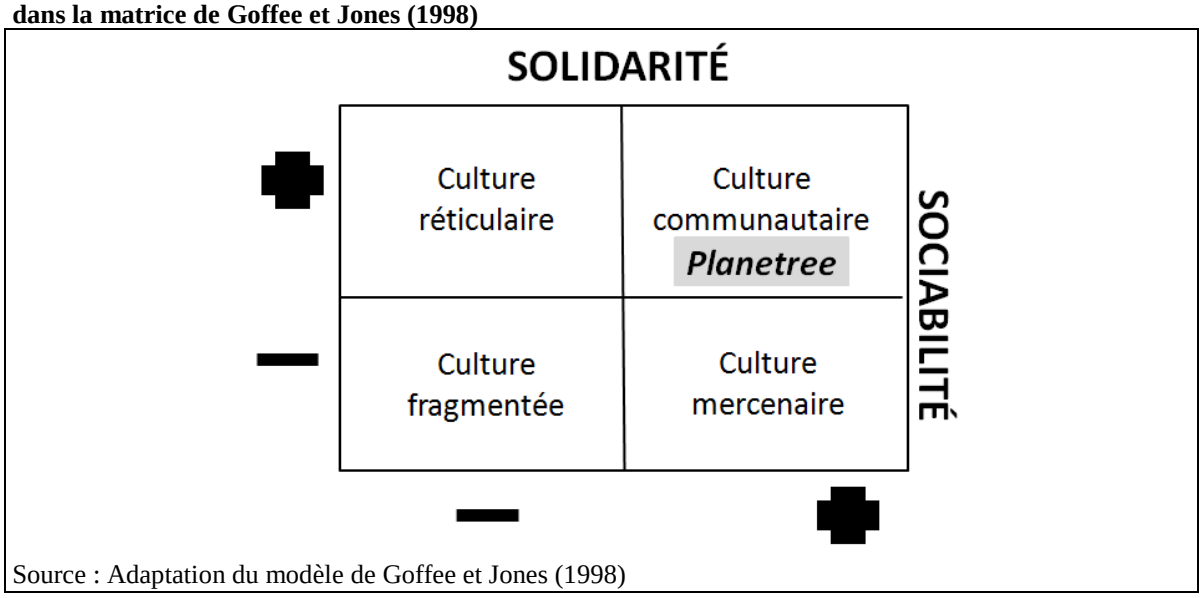


La pyramide de la figure 32 illustre la dynamique des caractéristiques de la culture organisationnelle entre ses trois niveaux d'analyse. Ils sont inter-reliés les uns aux autres. Il faut donc les comprendre et les analyser dans leur globalité pour rendre compte de la culture organisationnelle. Le premier niveau est indéniablement plus facile à mesurer puisqu'il concerne des comportements visibles. Par contre, les deux autres niveaux apportent une difficulté de mesure supplémentaire puisqu'ils font référence à des façons d'être. Conséquemment, on conclut que l'analyse de la culture organisationnelle liée à une approche centrée sur la personne pose un premier défi de mesure.

De plus, un deuxième défi de mesure s'impose en ce qui a trait à la transformation de la culture organisationnelle. On l'illustre en comparant la culture organisationnelle traditionnellement en place dans le milieu de la santé à la culture organisationnelle sous-jacente à l'approche centrée sur la personne. En utilisant la matrice de Goffee et Jones (1998), on peut positionner le modèle de soins *Planetree* en fonction des relations et de la vision que devraient entretenir les membres organisationnels entre eux. Selon ce modèle, les membres devraient avoir une compréhension partagée des orientations stratégiques et s'appliquer ensemble à les atteindre. En plus, il favorise un travail interdisciplinaire où la

contribution de tous les membres est souhaitée. Le modèle vise aussi un environnement de travail qui permet aux membres de s'accomplir. Ainsi, on pourrait le positionner sur la matrice de Goffee et Jones (1998) comme un modèle qui vise une culture communautaire.

Figure 33 : Le positionnement de la culture organisationnelle visée par le modèle de soins *Planetree* dans la matrice de Goffee et Jones (1998)



Source : Adaptation du modèle de Goffee et Jones (1998)

Tel qu'illustré à la figure 27, le système de santé traditionnel tend vers une culture organisationnelle qui est davantage fragmentée. Ces deux cultures se retrouvent dans des quadrants opposés sur la matrice de Goffee et Jones (1998). L'écart à combler est important tant au niveau de la sociabilité que de la solidarité. Conséquemment, le chemin à parcourir pour passer de l'une à l'autre nécessite une transformation culturelle de l'organisation et de tous ses membres. Cette dernière requiert plusieurs efforts organisationnels à long terme (Cameron et Quinn, 2011; Séguin *et al.*, 2008; Schein, 2004; Sims 2002, 2000; Trice et Beyer, 1993), mais elle commande surtout d'assurer la mesure dans ce processus de transformation afin d'atteindre l'objectif désiré (Botton *et al.*, 2012; Cameron et Quinn, 2011).

Par contre, en analysant la documentation sur le modèle de soins *Planetree* et à la lumière des indicateurs *Planetree* suggérés, il semble qu'il y ait place pour une meilleure intégration de la performance dans la démarche de transformation vers l'approche centrée sur la personne.

4.7 La synthèse du chapitre

En résumé, le chapitre 4 fait ressortir que le modèle traditionnel de gestion de la santé ne répond plus adéquatement au contexte actuel. Plusieurs auteurs proposent plutôt de se tourner vers des approches qualifiées de novatrices en gestion de la santé.

Tout d'abord, l'approche par processus rompt avec la vision traditionnelle puisqu'elle offre une compréhension transversale de l'organisation où les activités sont coordonnées dans le but de créer de la valeur pour le client final. Poursuivant la même finalité, l'approche centrée sur le client a aussi été discutée. Dans le domaine de la santé, on parle plutôt d'une approche centrée sur le patient où ce dernier est considéré comme une partie prenante à part entière dans le système. Il a désormais un rôle actif, il s'implique, il prend part aux décisions et il est respecté dans l'ensemble de ses besoins et ses croyances. Pour parvenir à une approche centrée sur le client ou sur le patient, l'engagement des employés est essentiel. C'est la raison pour laquelle l'approche centrée sur l'employé a également été abordée. Les recherches ont démontré les liens entre la satisfaction des employés et celles des clients / patients et plus encore, leurs impacts sur la guérison des patients. Finalement, un modèle de soins intégrateur a été présenté : le modèle de soins *Planetree*. Il combine les concepts d'intégration et de coordination des soins de l'approche par processus, les dimensions de l'approche centrée sur le patient et reconnaît l'importance du bien-être des employés. Bref, il reprend essentiellement l'ensemble des concepts détaillés dans les approches qui ont été présentées.

Toutes ces nouvelles approches requièrent de l'organisation un changement dans sa culture puisqu'elles amènent une rupture par rapport à la culture organisationnelle qui avait cours auparavant. La façon d'être, de penser et d'agir de l'ensemble des membres (et de sa communauté environnante) doit se transformer. C'est un processus long et complexe à réaliser.

Par contre, afin d'arriver à la culture organisationnelle désirée, comme la dernière section l'a illustré, il faut se doter d'indicateurs de performance adéquats et pertinents qui permettront de suivre l'évolution de cette transformation et de témoigner de la nouvelle culture organisationnelle et de son maintien.

Chapitre 5 : Le modèle de recherche

Parmi les concepts, les théories, les outils et les modèles développés aux chapitres précédents, on doit faire ressortir quatre principaux constats :

1) l'implantation d'une approche novatrice de gestion en santé requiert une transformation de culture organisationnelle (Simmons et Fraser, 2012; Frampton *et al.*, 2008; Silow-Carroll *et al.*, 2007; Davis *et al.*, 2005);

2) la culture organisationnelle est un concept multidimensionnel dont le processus est dynamique et évolutif; sa transformation est donc un processus long, complexe et riche en émotions (Cameron et Quinn, 2011, Séguin *et al.*, 2008, Schein, 2004; Sims, 2002, 2000; Trice et Beyer, 1993);

3) pour changer une culture organisationnelle, la mesure et le pilotage du processus sont essentiels (Botton *et al.*, 2012; Cameron et Quinn, 2011);

4) un cadre de mesure de performance permet de se fixer des objectifs, d'en évaluer l'atteinte et de se comparer, dans le temps et par rapport aux autres (Botton *et al.*, 2012).

Ces constats ont conséquemment motivé la question de recherche du présent mémoire :

> Quels sont les principaux indicateurs à intégrer au système de **performance** d'un hôpital, qui témoignent de la transformation de la **culture organisationnelle** vers une **approche centrée sur le patient**?

5.1 Explication des concepts choisis

En fonction de la revue de littérature présentée aux chapitres 2, 3 et 4, nous avons combiné les connaissances sur la culture organisationnelle, sur la gestion de la performance et sur les approches novatrices de gestion en santé pour développer notre modèle de recherche. Avant de le présenter, revenons brièvement sur les concepts mis en caractères gras dans notre question de recherche et définissons l'angle par lequel on a décidé de les étudier.

5.1.1 La culture organisationnelle actuelle

Notre approche de la culture organisationnelle s'inscrit dans la vision sociologique et l'approche fonctionnelle (Cameron et Quinn, 2011), telle que décrite à la section 3.2. Nous considérons que l'organisation a une culture. De plus, comme présenté à la section 3.3.1,

elle s'observe selon trois niveaux d'analyse, allant des aspects observables aux aspects plus profonds : les artefacts, les croyances et les valeurs ainsi que les postulats implicites (Cameron et Quinn, 2011; Schein, 2004; Sims, 2002; Bertrand, 1991). Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, nous choisissons d'analyser tout d'abord la culture organisationnelle actuelle de l'établissement étudié en observant principalement des facteurs objectifs, en s'intéressant aux comportements collectifs et en supposant que la culture organisationnelle est une variable indépendante, c'est-à-dire qu'elle peut prédire d'autres résultats. Nous cherchons à savoir : « Comment est la culture organisationnelle de l'établissement étudié? ». Le fait d'évaluer la culture organisationnelle actuelle permet de cibler les forces et les faiblesses culturelles sur lesquelles il faut miser ou travailler pour atteindre la culture désirée (Schein, 2004 : 337).

5.1.2 La culture organisationnelle désirée : l'approche centrée sur la personne

Quant à la culture organisationnelle désirée, elle a été également analysée selon les éléments mis en 5.1.1. Elle découle de l'approche centrée sur la personne et se fonde sur le modèle de soins *Planetree*, longuement détaillé à la section 4.6.1. Le choix de ce modèle est justifié parce qu'il est présentement en cours d'implantation dans l'établissement de santé étudié.

Il faut par contre souligner l'intérêt réel des chercheurs envers le modèle de soins *Planetree*. Dans un premier temps, l'engouement pour ce modèle de soins semble être réel, autant dans la littérature qu'au niveau des institutions de santé qui l'implantent. Il est donc intéressant, dans le cadre de ce mémoire, de pouvoir le documenter. Dans un deuxième temps, l'établissement étudié sera le premier centre hospitalier universitaire Québécois à implanter ce modèle. Encore ici, l'opportunité d'analyser cette transformation est plus qu'intéressante. Elle pourra même servir de base pour d'autres établissements de santé qui souhaitent poursuivre dans la même voie. Les chercheurs considèrent donc que cette recherche peut offrir des bénéfices qui dépassent le cadre de la présente analyse.

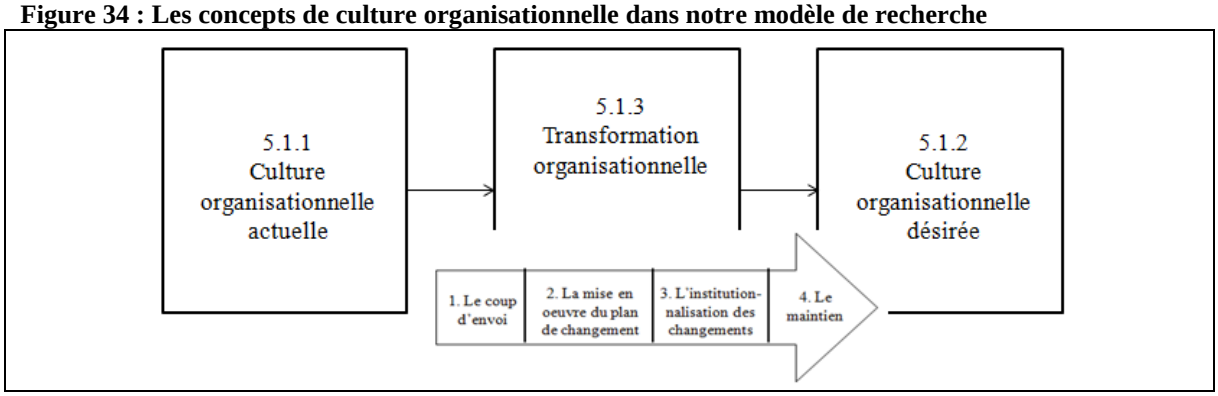
5.1.3 La transformation de la culture organisationnelle

Suivant ce qui a été discuté au point précédent, le fait de s'orienter vers une culture qui découle de l'approche centrée sur la personne, requiert une transformation dans la culture organisationnelle actuelle. Dans le cadre de notre mémoire, l'analyse de cette transformation se fera à la lumière du modèle de Gebhardt *et al.* (2006), qui a été détaillé à

la section 3.7.1. Premièrement, les auteurs de ce modèle rejoignent notre pensée en parlant de transformation et non simplement de changement (Gebhardt *et al.*, 2006 : 54). Deuxièmement, leur modèle permet de découper dans le temps les principales étapes de la transformation, ce qui facilitera l'analyse de la transformation étudiée. Troisièmement, à partir des sous-étapes que les auteurs proposent, nous orienterons notre réflexion pour identifier les indicateurs de performance sensibles à la transformation. Ici, nous cherchons à étudier comment évolue le modèle de soins *Planetree* au sein de l'établissement et auprès des membres impliqués. Par contre, étant donné que le modèle de soins *Planetree* dans l'établissement étudié est présentement en cours d'implantation au moment du dépôt de ce mémoire, il ne sera pas possible d'utiliser le modèle de Gebhardt *et al.* (2006) dans son intégralité, notamment puisque les deux dernières phases ne sont pas encore réalisées.

En résumé, la figure 34 illustre les concepts reliés à la culture organisationnelle qui composent notre modèle de recherche.

Figure 34 : Les concepts de culture organisationnelle dans notre modèle de recherche



5.1.4 Le système de mesure de performance

Dans le cadre de la présente analyse, nous connaissons les indicateurs de performance utilisés dans l'établissement de santé étudié. Nous savons également qu'il a le désir d'avoir une culture organisationnelle basée sur l'approche centrée sur le patient (Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 2010 : 6). Pour s'y rendre, différentes activités de transformation organisationnelle se développeront et seront mises en application. Or, pour rendre compte des efforts accomplis vers cet objectif final, il faut assurer la mesure.

Inspiré des travaux de Fitzgerald *et al.* (1991), Brown (1996) et Donabedian (2003) sur la performance organisationnelle, l'analyse du système de mesure de performance se fera principalement à travers la chaîne de résultats de Botton *et al.* (2012), qui a été détaillée à la section 2.5.1.5. Elle nous permettra d'identifier des indicateurs de performance de

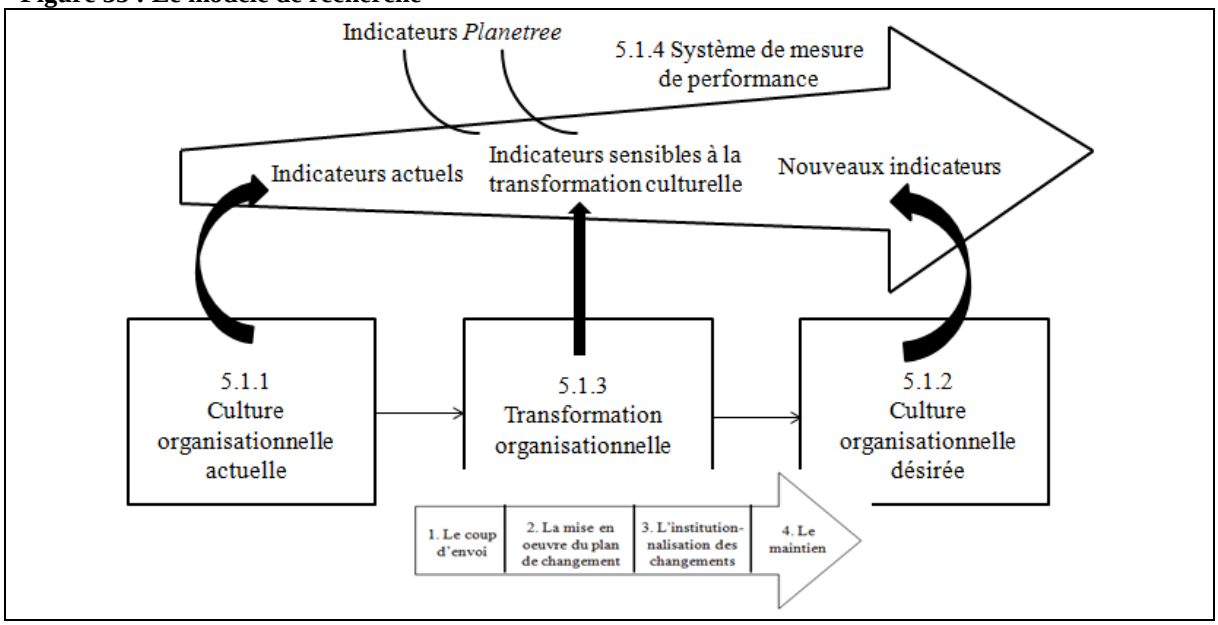
ressources, de processus et de résultats. L'apport de cette chaîne de résultats est précisément résumée par les propos des auteurs :

> [Sachant] que les mesures de performance portant sur les activités sont les précurseurs de l'atteinte des résultats externes [...], il peut s'avérer nécessaire de mesurer les activités et même les ressources investies de façon concourante aux résultats visés. Ces indicateurs pourront anticiper la performance à venir de l'organisation et permettre du même coup de reconnaître la contribution de chacun des maîtres d'œuvres des activités réalisées. (Botton *et al.*, 2012 : 43)

5.2 Le modèle de recherche et ses objectifs

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons formé un modèle de recherche en réunissant des concepts de gestion de la performance et de culture organisationnelle. Ces concepts, développés dans les chapitres précédents et repris dans le chapitre 5, permettent d'arriver au modèle de recherche illustré à la figure 35 :

Figure 35 : Le modèle de recherche



L'hypothèse qui sous-tend ce modèle de recherche est que si l'on veut suivre l'évolution de la transformation d'une culture organisationnelle jusqu'à la réalisation complète de celle-ci, il faut identifier des traceurs de l'évolution de cette culture, c'est-à-dire des indicateurs de performance sensibles à cette transformation culturelle.

De plus, la flèche grandissante mise dans le modèle de recherche indique l'évolution des mesures de performance au fur et à mesure que la transformation de la culture organisationnelle va s'opérer. Nous supposons qu'à la fin du processus de transformation, on retrouvera une plus grande densité et richesse dans les indicateurs de performance de l'établissement étudié.

L'objectif de notre recherche est donc d'identifier les indicateurs de performance qui témoignent de la progression vers la nouvelle culture organisationnelle et de son maintien.

Ainsi, après avoir fait le tour du jardin au niveau de la littérature sur la gestion de la performance (chapitre 2), sur la culture organisationnelle (chapitre 3) ainsi que sur les approches novatrices de gestion en santé (chapitre 4) et munis de notre modèle de recherche (chapitre 5), il convient maintenant de choisir comment aller observer la réalité organisationnelle de l'établissement étudié. Parmi les différents choix méthodologiques qui existent, certains choix s'imposent considérant notre question de recherche. Ils seront discutés au chapitre suivant.

Chapitre 6 : Méthodologie de recherche[23]

La problématique de recherche soulevée dans ce mémoire concerne la mesure d'une transformation de culture organisationnelle dans un établissement de santé. L'objectif principal de la recherche est d'identifier les indicateurs de performance qui témoignent de la nouvelle culture organisationnelle.

Afin de rencontrer cet objectif, il importe de faire les choix méthodologiques adéquats. Certains types de recherche imposent ou appellent des méthodologies précises. Il convient alors de justifier nos choix afin de démontrer la rigueur « scientifique » de notre recherche (6.4). Conséquemment, dans les prochaines sections, l'approche de recherche sera justifiée (6.1), la stratégie de recherche détaillée (6.2) et l'analyse des données expliquée (6.3).

6.1 L'approche de recherche

Considérant la définition de Schein (2004), la culture organisationnelle est un ensemble de valeurs partagées parmi les membres de l'organisation. Dans notre recherche, ces derniers sont les premières parties prenantes concernées. Pour parvenir à résoudre la problématique étudiée, les membres de l'organisation doivent implicitement participer à la démarche de recherche. De plus, les indicateurs de performance qui seront retenus à la fin de la recherche seront utilisés par ces mêmes membres. Il est donc essentiel qu'ils aient participé au processus réflexif derrière ce choix s'ils veulent se les approprier et les utiliser dans le but d'atteindre leur objectif final, c'est-à-dire avoir une culture organisationnelle fondée sur les principes de l'approche centrée sur le patient.

6.1.1 La nature du problème étudié et de la question

La nature de la problématique étudiée et de la question de recherche de ce mémoire nous orientent donc vers l'approche de la recherche-action (Morin, 1992). Premièrement, cette approche de recherche nécessite la « participation des intéressés dans la résolution du problème » (Morin, 1992 : 115). Suivant notre modèle de recherche, l'analyse de la culture organisationnelle actuelle dans l'établissement étudié appelle inévitablement à une communication et des échanges francs entre le chercheur et les membres de l'organisation. De plus, afin de développer des indicateurs de performance qui seront sensibles à la transformation de la culture organisationnelle et à la réalité organisationnelle de

[23] La structure de ce chapitre a été inspirée par les chapitres méthodologiques des mémoires de maitrise ès sciences de Cayer (2009) et Renaud (2008).

l'établissement étudié, un travail de collaboration entre les membres de l'organisation et le chercheur est essentiel. Deuxièmement, la recherche-action vise une résultante de changement (Couture *et al.*, 2007; Morin, 1992). Dans le cas de notre recherche, d'un point de vue spécifique, l'évolution des indicateurs de performance dans le cadre de gestion sera la résultante de changement. D'un point vue général, l'apprentissage qui se dégagera des contributions pratiques des membres de l'organisation et celles théoriques du chercheur sera aussi une résultante de changement.

Bref, en nous basant sur les propos de Morin (1992), nous déterminerons que la recherche-action est le choix méthodologique le plus adéquat à considérer dans le cadre de ce mémoire. Aussi appelée recherche collaborative, recherche-intervention, apprentissage collaboratif ou recherche-formation, la recherche-action fait partie des approches participatives en recherche (Anadón et Couture, 2007). Comme son nom l'indique, ce type de recherche suppose « un rapport actif et co-construit aux savoirs et à la réalité » (Anadón et Couture, 2007 : 3). Contrairement aux approches traditionnelles en recherche, la recherche-action favorise l'interaction entre le chercheur (la théorie) et le praticien (la réalité) afin qu'ils arrivent ensemble à créer ou à faire émerger des connaissances. De ce fait, le processus d'apprentissage sous-tendu n'est pas linéaire. Il s'inscrit plutôt dans un cycle itératif où les découvertes qui arrivent en cours de route permettent d'orienter la recherche vers de nouveaux horizons, non envisagés au départ (Anadón et Couture, 2007). Ainsi, la recherche-action tient compte de la complexité de la réalité.

En plus de la nature de la problématique étudiée, Morin (1992) nomme aussi trois conditions de succès pour réussir une recherche-action. Nous les détaillons dans les prochaines sections.

6.1.2 Les objectifs & la participation

En recherche-action, il convient dès le début de s'entendre sur quelques objectifs généraux, à tout le moins sur l'objectif visé du changement, et sur les rôles des membres dans la recherche (Morin, 1992). Le chapitre 7 du présent mémoire détaillera comment cette condition a été respectée dans le cadre de notre recherche.

6.1.3 Le vocabulaire commun

En recherche-action, étant donné le niveau de collaboration exigée entre le(s) chercheur(s) et le(s) praticien(s), il faut que de part et d'autre, tous comprennent et utilisent un

« vocabulaire commun à propos des objets qui les concernent dans le projet d'action et de réflexion » (Morin, 1992 : 119). Ainsi, dans le cadre de cette recherche, les termes tels que « indicateurs de performance », « culture organisationnelle », « mission, vision, valeurs », « modèle de soins *Planetree* », etc. ont dû être discutés entre le chercheur et les membres de l'établissement de santé qui ont été impliqués dans le mandat.

6.1.4 Le contrat

Finalement, la dernière condition essentielle au succès d'une recherche-action est l'élaboration d'un contrat « ouvert, formel et non-structuré » (Morin, 1992 : 120). Ces trois caractéristiques font écho au dynamisme qui doit exister durant la recherche, à une entente claire qui doit être établie entre le chercheur et les membres de l'organisation et à la flexibilité qui permet de s'adapter en cours de recherche en fonction des expériences.

Un mandat correspondant au contrat dont il est ici question a été rédigé et accepté conjointement en juin 2012 entre le chercheur et les membres de l'établissement étudié. Il est considéré comme un contrat « ouvert » puisque la problématique a été décidée par les deux groupes d'acteurs et nécessite leur collaboration durant la recherche; « formel » puisqu'il fait partie d'une entente écrite et « non-structuré » parce qu'il a évolué depuis juin 2012. En effet, les livrables prévus initialement ont été modifiés en cours de recherche pour s'ajuster à la réalité et au rythme organisationnels.

6.2 La stratégie de recherche

Selon Van Campenhoudt et Quivy (2011), lors de l'observation sur le terrain, le chercheur doit répondre à trois questions : observer quoi? observer sur qui? et observer comment?

6.2.1 Première question : Observer quoi?

À cette première étape, il faut déterminer les données pertinentes à aller chercher pour atteindre les objectifs de recherche émis au chapitre précédent. Il convient alors d'aller chercher des données relatives aux indicateurs de performance actuellement en place dans l'organisation étudiée. Ensuite, il faut recueillir des données sur la culture organisationnelle actuellement présente dans l'établissement de santé et sur celle qui est désirée, c'est-à-dire la culture inspirée des principes de l'approche centrée sur le patient. Puis, en se basant sur les étapes du modèle du changement de Gebhardt *et al.* (2006), il faut rassembler plusieurs

données concrètes sur l'établissement étudié pour permettre d'associer à quel stade ce dernier est rendu par rapport à sa transformation de culture organisationnelle.

6.2.2 Deuxième question : Observer sur qui?

À la seconde étape, le champ d'analyse doit être délimité. Dans le cas de notre recherche, deux unités d'observation sont considérées : d'un côté, l'établissement de santé qui fait l'objet de la recherche et de l'autre côté, le modèle de soins que ce dernier applique à son établissement, le modèle de soins *Planetree*.

6.2.3 Troisième question : Observer comment?

Rendu à cette troisième étape, le chercheur doit choisir comment il ira observer le terrain. Les méthodes retenues dépendent de trois conditions de recherche : le type de question(s) de recherche, le degré de contrôle du chercheur sur les événements étudiés et la contemporanéité de l'événement étudié (Yin, 2009 : 8). Le tableau 21 intègre les différentes méthodes de recherche (Yin, 2009).

Méthode de recherche	La formulation de la question	Contrôle sur les événements ?	Contemporanéité de l'événement
Expérimentation	Comment? Pourquoi?	Oui	Oui
Enquête	Qui? Quoi? (quel?) Où? Combien?	Non	Oui
Analyse d'archives	Qui? Quoi? (quel?) Où? Combien?	Non	Oui/Non
Méthode historique	Comment? Pourquoi?	Non	Non
Étude de cas	Comment? Pourquoi?	Non	Oui

Tableau 21 : Tableau des différentes méthodes de recherche, adaptation de Yin (2009 : 8)

Dans un premier temps, l'expérimentation et la méthode historique ont été exclues comme méthodes de recherche puisque la première suppose que le chercheur a un contrôle sur les événements étudiés et la dernière est plutôt employée pour des événements passés. Dans le cadre de notre recherche, le chercheur n'a pas de contrôle sur les événements qui sont étudiés, puisque bien qu'il s'agisse d'une recherche-action, le chercheur ne fait pas partie des membres de l'établissement et n'a donc pas d'influence sur la culture organisationnelle, ni sur le modèle de soins *Planetree* d'ailleurs. Quant à l'aspect contemporain de la recherche

menée, les événements étudiés se déroulent au moment du dépôt de ce mémoire dans l'établissement de santé.

Dans un deuxième temps, les méthodes d'enquête et d'analyse d'archives ont aussi été exclues parce qu'elles sont davantage utilisées dans le cadre de recherche où l'objectif est « de décrire l'incidence ou la prévalence d'un phénomène ou de *prédire* certains résultats » (Yin, 2009 : 9, traduction libre). Dans notre cas, l'objectif de recherche est d'identifier les indicateurs de performance qui témoignent de la nouvelle culture organisationnelle. Nous ne cherchons pas à expliquer des relations de causes à effets.

Quant à notre question de recherche, bien que sa formulation oriente sur un « Quoi », elle sous-tend deux « comment ». Ainsi, elle peut être divisée en deux sous-questions :

Question principale

Quels sont les principaux indicateurs à intégrer au système de **performance** d'un hôpital, qui témoignent de la transformation de la **culture organisationnelle** vers une **approche centrée sur le patient**?

Sous-questions

1) *Comment* est la **culture organisationnelle actuelle** de l'établissement étudié?

2) *Comment* évolue la transformation de la culture organisationnelle de l'établissement depuis l'application du **modèle de soins *Planetree***?

Bref, nous avons une question principale qui débute par « Quels » et deux sous-questions, par « Comment ». Tel que mentionné dans notre modèle de recherche au chapitre précédent, les dimensions de la culture organisationnelle et le modèle de Gebhardt *et al.* (2006), le « comment », permettront d'orienter notre réflexion vers les indicateurs, les « Quels ».

6.2.3.1 Le choix de la méthode de recherche

Finalement, parmi les cinq méthodes de recherche présentées ci-dessus, c'est l'étude de cas qui a été retenue. Elle permet « d'étudier un événement contemporain en profondeur et dans son contexte réel, spécialement lorsque les frontières entre l'événement et le contexte ne sont pas clairement évidentes » (Yin, 2009 : 18, traduction libre). Considérant notre problématique de recherche, il s'agit de la méthode la plus appropriée. Le contenu de l'étude de cas, suivant le protocole de Yin (2009), sera présenté de façon détaillée au chapitre 7.

6.2.3.2 Le contexte de la recherche

Avant d'aborder son contenu, il faut délimiter le contexte de la recherche en établissement les unités d'analyse retenues.

6.2.3.2.1 L'étude de cas unique

Nous avons choisi l'étude de cas unique en opposition à l'étude de cas multiples pour deux principales raisons. En premier lieu, le cas étudié est un cas unique (Yin, 2009) au Québec. En effet, tel que mentionné à la section 5.1.2, l'établissement de santé étudié est le premier centre hospitalier universitaire au Québec qui implante le modèle de soins *Planetree*. Par notre étude de cas, nous souhaitons documenter cet événement. En deuxième lieu, nous souhaitons que cette étude de cas unique s'inscrive dans le cadre d'une étude longitudinale. Nous souhaitons ainsi pouvoir documenter cette transformation de culture organisationnelle à travers ses différentes étapes et déterminer les traceurs, ou indicateurs, qui témoignent de cette évolution. Considérant ces deux raisons, que l'on peut aussi voir comme des critères de sélection, l'établissement de santé qui fait l'objet de notre recherche est le centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (ci-après désigné CHU Sainte-Justine).

6.2.3.2.2 L'étude de cas unique : unités d'analyse intégrées

Bien que l'étude de cas ne porte que sur un établissement de santé, ce n'est pas une étude de cas ayant une seule unité d'analyse, mais bien plusieurs unités d'analyse. Selon les termes de Yin (2009), c'est une étude de cas unique intégrée . La différence réside dans le fait que l'intérêt n'est pas seulement dirigé envers l'organisation, mais aussi envers ses sous-unités (Yin, 2009).

Dans le cas de notre recherche, afin d'avoir un meilleur portrait de la situation en cours au CHU Sainte-Justine, nous devions nous attarder aux différents niveaux décisionnels de l'organisation. Ainsi, nous avons sélectionné des unités d'analyse selon les différents niveaux organisationnels : stratégique, tactique et opérationnel. De plus, nous avons sélectionné des unités d'analyse qui sont directement impliquées dans l'application du modèle de soins *Planetree* et d'autres qui le sont de façon indirecte, mais qui connaissent le modèle de soins. Leur sélection a donc été faite en cohérence avec les deux points mentionnés ci-dessus et en fonction de leur contribution potentielle dans l'évolution de la transformation de culture organisationnelle. Le tableau 22 résume les unités d'analyse sélectionnées.

Niveau décisionnel	Direction / Départements
Stratégique	- Bureau de la direction générale - Direction exécutive des programmes-clientèles
Tactique	- Direction de la qualité, sécurité, risques et expérience patient - Direction des ressources humaines - Direction des soins infirmiers
Opérationnel	- Les unités pilotes

Tableau 22 : Les unités d'analyse de l'étude de cas unique

6.2.3.3 Les sources de données

Parmi la panoplie de méthodes de collecte existantes, le chercheur doit garder en tête quels sont ses « objectifs de recherche, [son] modèle d'analyse et [l]es caractéristiques du champ étudié » (Van Campendoudt et Quivy, 2011 : 166). Il peut choisir d'aller collecter ses données en employant des questionnaires ou en ayant recours aux méthodes d'entretien, à de l'observation directe ou encore à de l'observation active, ou en recueillant des données existantes par le biais de données secondaires et documentaires, des archives et des artefacts physiques (Van Campendoudt et Quivy, 2011; Yin, 2009). Le chercheur peut aussi choisir de combiner plusieurs méthodes de collecte.

Dans le cas de notre recherche, nous avons privilégié l'utilisation de différentes sources de données. Tout d'abord, le fait d'utiliser plusieurs sources aident à rendre compte de la complexité de la problématique (Yin, 2009). Deuxièmement, lors d'une analyse de culture organisationnelle, la méthodologie suggérée est la combinaison de différentes méthodes de collecte (Schein, 2004). Nous avons alors eu recours à des données existantes, par la consultation de documents, à des données récoltées lors de rencontres et d'autres lors d'entretiens qualitatifs puis nous avons ajouté à ces données, nos notes d'observation réalisées dans l'établissement étudié. Toutes ces sources seront détaillées dans les prochaines pages.

6.2.3.3.1 Les données existantes

Nous avons tout d'abord commencé par la consultation et l'analyse des données historiques sur l'établissement de santé étudié et sur le modèle de soins *Planetree*. Pour le CHU Sainte-Justine, la liste suivante n'est pas exhaustive, mais permet de juger de la diversité des sources : des documents administratifs tels le tableau de bord du conseil d'administration de l'établissement, le document d'évaluation du personnel « Rencontre d'échange et de développement - Employé », les résultats du sondage de satisfaction des employés de l'établissement, les minutes des rencontres du comité de pilotage des sites *Planetree* au sein

de l'établissement, le rapport détaillé de l'évaluation des sites pilotes réalisé par le RPQ, des rapports annuels et stratégiques, des articles de journaux, etc. Quant aux sources consultées sur le modèle de soins *Planetree*, elles ont été présentées au tableau 18, de la section 4.6.1.3.

De par notre statut de chercheur-action, nous avons eu accès aux documents internes indispensables à l'analyse. Ces documents regroupent autant des informations sur le CHU Sainte-Justine, que sur l'organisme *Planetree* aux États-Unis et sur celui du RPQ.

Le fait de consulter ces documents officiels nous a premièrement assuré une exactitude dans les informations recueillies. En effet, ces données consultées ont été rédigées par et pour l'organisme *Planetree* (États-Unis) et par et pour le RPQ, nous les considérons donc comme crédibles et authentiques. De plus, la cohérence dans les propos a été respectée parmi toute la documentation parcourue. Le même constat s'applique pour la documentation du CHU Sainte-Justine.

Deuxièmement, ces données nous ont permis de dresser d'une part, un portrait synthèse du modèle des soins *Planetree* et d'autre part, des dimensions de la culture organisationnelle présente au sein de l'établissement étudié.

Toutefois, les informations analysées dans les données existantes ne permettent pas de prendre le pouls des perceptions des membres de l'organisation. En fait, les données consultées nous ont plutôt permis d'analyser l'objet de recherche d'un point de vue macroscopique, mais non individuel. Afin de pallier cette limite, nous avons privilégié le recours à des entretiens, de type réunions de groupe et des entretiens qualitatifs, avec les membres des unités d'analyse pour approfondir notre compréhension de certains aspects portant sur la culture organisationnelle et sur la gestion de la performance.

6.2.3.3.2 Les rencontres et entretiens

L'ensemble des rencontres et entretiens ont eu lieu dans les locaux de l'établissement de santé étudié et ont été soumis à l'horaire et aux disponibilités des personnes ou comités rencontrés. Lors de ces rencontres ou entretiens, en fonction de la nature des thèmes abordés, le chercheur a joué des rôles différents : passant de simple observateur à *intervieweur*.

6.2.3.3.2.1 Rencontres avec le comité de coordination

D'emblée, il est important de préciser que le comité de coordination a été mis sur pied pour assurer l'arrimage entre l'étudiante-chercheur et l'organisation. Il n'a toutefois pas de statut officiel au sein de l'établissement étudié. Les différentes rencontres qui se sont tenues entre l'étudiante-chercheur et certaines personnes-clés de l'organisation avaient pour but de discuter du contexte, des enjeux et des étapes liés à l'application du modèle de soins *Planetree*. Lors de ces rencontres, l'étudiante-chercheur a eu un rôle actif, puisqu'elle a pris part aux discussions et a aussi pris position par rapport à certains éléments analysés. Le contenu de ces rencontres sera détaillé au chapitre 7. Le nombre de personnes présentes aux rencontres variait entre deux à cinq. Elles provenaient essentiellement des départements suivants : Direction de la qualité, sécurité et risques, Direction des ressources humaines et Bureau de la direction générale. Après chaque rencontre, un compte-rendu était écrit en prenant soin d'indiquer ce qui a été discuté ainsi que des notes d'observation sur les membres présents.

6.2.3.3.2.2 Rencontres avec le comité de pilotage des sites pilotes Planetree

Lors des rencontres avec le comité de pilotage des sites pilotes *Planetree*, l'étudiante-chercheur a davantage eu un rôle d'observateur, n'émettant aucun commentaire et ne posant aucune question. Le but était d'écouter les propos échangés entre les membres pour juger partiellement de l'évolution de la transformation de la culture organisationnelle suite à l'application du modèle de soins *Planetree* dans leur département respectif. Elle a pris des notes sur les propos échangés et parallèlement, elle a pris des notes personnelles qui incluent ses réflexions et ses observations, mais pas de façon aussi systématique que le propose Morin (1992) lorsqu'il fait référence au journal de bord que peut utiliser le chercheur (notes d'observations, notes méthodologiques et notes théoriques et pratiques) (Morin, 1992 : 141-142). Le contenu de ces rencontres sera aussi détaillé au chapitre 7. Le nombre de personnes présentes aux rencontres variait entre dix à douze personnes. Elles provenaient essentiellement des départements suivants : Direction de la qualité, sécurité et risques, Direction des ressources humaines et des quatre unités pilotes (Archives médicales, Dotation, Service des urgences et Unité de Retraitement des Dispositifs Médicaux). Après chaque rencontre, un compte-rendu était écrit en prenant soin d'indiquer ce qui a été discuté ainsi que des notes d'observation sur les comportements des membres présents.

6.2.3.3.2.3 Entretiens qualitatifs

Considérant la nature de notre problématique et suivant notre modèle de recherche, il était primordial d'analyser la culture organisationnelle présente dans l'établissement étudié. Au lieu d'avoir recours à la méthodologie de Schein (2004), décrite à la section 3.7.1, nous avons choisi d'évaluer les dimensions culturelles des membres des unités d'analyse en ayant recours à des entretiens qualitatifs individuels[24]. Ce choix a été déterminé majoritairement en fonction de la disponibilité et des contraintes de temps des membres. En effet, il aurait été difficile de pouvoir réunir toutes les personnes-clés et représentatives des groupes de l'organisation autour d'une même table pour un exercice réflexif qui aurait pu durer plusieurs heures, tel que suggéré par la méthodologie de Schein (2004).

Par le biais des entretiens qualitatifs, il était tout aussi possible d'aller chercher les éléments liés à la culture organisationnelle. En effet, l'objectif des entretiens qualitatifs est de permettre de recueillir des éléments qui ne sont pas facilement observables, c'est-à-dire « voir » ce qui se passe « dans la tête » des personnes (Patton, 1990 : 278). L'autre objectif, dans le cadre de notre recherche, était d'obtenir des informations sur les perceptions des personnes interrogées par rapport au modèle de soins *Planetree*.

Parmi les trois types d'entretiens qualitatifs décrit par Patton (1990), nous avons opté pour l'entretien normalisé à questions ouvertes (*standardized open-ended interview*), c'est-à-dire que les questions ont été préparées et formulées à l'avance. Elles ont été posées selon une séquence précise et en utilisant les mêmes mots, et ce, peu importe la personne interrogée. La formulation des questions a été faite en tentant de respecter le plus fidèlement possible la méthodologie de Patton (1990). Bien que ce type d'entretien qualitatif laisse moins de place à la flexibilité et à la spontanéité, en étant uniforme, il permet par contre de collecter la même information de toutes les personnes interrogées (Patton, 1990). Ainsi, on obtient des données systématiques, ce qui facilite l'analyse des entretiens (Patton, 1990). De plus, cette formule est idéale lorsque le temps est limité pour l'entretien (Patton, 1990). Dans le cas de notre recherche, mis à part deux entretiens, nous ne disposions que de trente minutes pour réaliser chacun des six entretiens qualitatifs.

[24] Plus précisément : sept entretiens qualitatifs individuels et un entretien qualitatif à deux personnes, donc neuf participants en tout.

6.2.3.3.2.3.1 Déroulement des entretiens

Les deux premiers entretiens ont été réalisés à partir du scénario d'entretien mis à l'annexe 2A et les six autres, à partir de celui mis à l'annexe 2B. Le premier scénario (2A) contient plus de questions puisque nous disposions d'une heure pour rencontrer les participants ciblés. Quant au deuxième scénario (2B), il est plus concis puisque nous disposions de moins de temps. Par contre, tous deux ont été élaborés selon la méthodologie de Patton (1990), en déterminant des questions visant davantage les « processus cognitifs et d'interprétation » (Patton, 1990 : 291), et ont été inspirés de la recherche de Raufflet *et al.* (2005).

Ils ont été divisés en blocs pour séparer les thèmes couverts et les types de questions qui s'y rattachent. Les blocs 1 et 2 du premier scénario d'entretien et le bloc 1 du deuxième scénario regroupent les questions reliés à la culture organisationnelle. Les blocs 3 et 4 du premier scénario d'entretien et le bloc 2 du deuxième scénario regroupent les questions reliés aux perceptions des membres de l'organisation par rapport au modèle de soins *Planetree*. À leur lecture, on constate que l'objectif poursuivi était de sonder, dans une première partie, les caractéristiques liées à la culture organisationnelle au CHU Sainte-Justine et dans une deuxième partie, les perceptions des membres par rapport au modèle de soins *Planetree*. En fait, on cherchait à répondre aux deux « comment » mentionnés à la section 6.2.3. Le but n'était pas de discuter ni de sonder les participants sur la question de la mesure qui se trouve dans notre question de recherche. Cet exercice incombe à l'étudiante-chercheur (Mesny, 2012 : 11).

Au début de chaque entretien, l'étudiante-chercheur a réexpliqué le but de l'entretien et a pris le temps de lire le « formulaire de consentement à une entrevue en organisation » (voir annexe 3), selon les normes d'éthique prévues par le Comité d'éthique de recherche de HEC Montréal. L'ensemble des entretiens réalisés ont été enregistrés au moyen d'un enregistreur de voix numérique « Olympus DS-50 », suite à l'approbation des participants.

Après chaque entretien terminé, une transcription intégrale du contenu a été faite par l'étudiante-chercheur. Les verbatim représente 133 pages.

6.2.3.3.2.3.1.1 Les critères de sélection des participants

Les participants qui ont été sélectionnés pour les entretiens qualitatifs proviennent des unités d'analyse choisies et expliquées précédemment à la section 6.2.3.2.2. De plus, nous

avons souhaité interroger des participants de différents corps de métier : gestionnaires, infirmiers, médecins, membres de l'équipe administrative et membres de l'équipe de soutien. Certains d'entre eux avaient le double chapeau, par exemple être gestionnaire et être infirmier de formation. Les critères de sélection des participants se résument donc ainsi :

- Faire partie d'une des unités d'analyse (de chaque niveau hiérarchique : stratégique ou tactique ou opérationnel et connaître l'existence du modèle de soins *Planetree*);
- Faire partie d'un des corps de métier suivants : gestionnaire, infirmier, médecin, membre de l'équipe administrative ou membre de l'équipe de soutien;
- Être disponible et volontaire pour un entretien qualitatif.

6.2.3.2.2.3.1.2 Le mode de recrutement des participants

Dans un premier temps, deux participants ont été approchés directement par le chercheur puisqu'ils avaient eu l'occasion de faire connaissance lors des rencontres du comité de coordination. Dans un deuxième temps, un courriel a été envoyé aux autres participants sélectionnés (cf annexe 4), en fonction des critères établis au point précédent.

Le tableau 23 résume les détails quant à la sélection des participants et la durée de leur entretien. Pour des raisons de confidentialité, deux participants ont demandé de conserver l'anonymat complet.

Niveau stratégique		
Fonction	**Corps d'emploi**	**Durée de l'entretien**
• Conseillers en gestion • Directeur des affaires médicales, universitaires (DAMU) et de l'ETMIS	• Membres de l'équipe administrative • Médecin-gestionnaire	• Deux participants ont été rencontrés lors du même entretien. Durée totale : 51 minutes • 30 minutes
Niveau de pilotage		
Fonction	**Corps d'emploi**	**Durée de l'entretien**
• Directrice des ressources humaines • Directrice des soins infirmiers • Directeur-adjoint de la Direction de la qualité, sécurité, risques et expérience patient et coordonnateur *Planetree* • Participant	• Gestionnaire • Gestionnaire-infirmière • Membres de l'équipe de soutien	• 30 minutes • 30 minutes • 50 minutes • 30 minutes

Niveau opérationnel		
Fonction	**Corps d'emploi**	**Durée de l'entretien**
• Chef d'unité • Participant	• Infirmière • Membre de l'équipe de soutien	• 30 minutes • 46 minutes

Tableau 23 : Identification des participants

Les huit entretiens ont été réalisés entre le 28 novembre 2012 et le 23 janvier 2013.

6.3 L'analyse des données

La stratégie retenue pour analyser l'ensemble des données collectées, autant celles provenant des divers documents que celles recueillies lors des rencontres et entretiens, est celle qui se base sur les propositions théoriques (Yin, 2009). Les données étaient analysées à la lumière des concepts abordés dans la revue de la littérature, notamment ceux Botton *et al.* (2012), de Schein (2004) et de Gebhardt *et al.* (2006). Cette logique a aussi été respectée pour l'établissement du cadre de l'étude de cas, développée au chapitre 7.

En premier lieu, l'analyse des données issues des divers documents de *Planetree*, du RPQ et du CHU Sainte-Justine a été expliquée au point 6.2.3.2.1. Elle a permis de dresser un portrait général du modèle de soins *Planetree* et de la situation organisationnelle au CHU Sainte-Justine concernant la gestion de sa performance et de sa culture organisationnelle.

En deuxième lieu, la relecture des notes prises lors des rencontres a alimenté les différentes sections de l'étude de cas. Puis, la transcription intégrale de chacun des contenus des entretiens a permis à l'étudiante-chercheur de s'imprégner des propos des participants. Il n'y a pas eu de techniques d'analyse comme le recours à la codification des verbatim puisque le volume ne l'exigeait pas. De plus, ces données devaient uniquement servir à l'écriture de l'étude de cas. En plus, la structure du scénario d'entretien permettait déjà de segmenter les éléments liés aux thèmes qui devaient être abordés dans l'étude de cas, notamment la culture organisationnelle et la transformation de celle-ci. En relisant les verbatim, l'étudiante-chercheur surlignait les passages à citer, regroupait les propos des participants en fonction des thèmes et dégageait les grandes tendances.

6.4 Les critères de qualité de la recherche

La méthodologie poursuivie à travers ce mémoire a l'ambition de répondre aux critères de qualité en recherche, tant au niveau de la validité qu'au niveau de la fiabilité.

6.4.1 La validité

La validité d'une recherche cherche d'un côté, à « s'assurer de la pertinence et de la rigueur des résultats et [de l'autre côté, à] évaluer le niveau de généralisation de ces résultats » (Drucker-Godard *et al.*, 2003 : 257).

6.4.1.1 La validité du construit

Après s'être entendu sur notre question de recherche, nous avons suivi une démarche rigoureuse pour nous permettre d'y répondre. Un travail de défrichement a été réalisé afin de fouiller les concepts centraux liés à notre question de recherche. Plusieurs sources de données ont été consultées. La rédaction de la revue de la littérature (chapitres 2 à 4) qui en a résulté a permis une meilleure compréhension des différents concepts. Ensuite, nous avons construit un modèle de recherche (chapitre 5) qui allait nous permettre d'aller observer le terrain puis nous avons justifié nos choix méthodologiques (chapitre 6).

Afin d'écrire notre étude de cas (chapitre 7), nous avons utilisé plusieurs sources de données (Yin, 2009; Drucker-Godard *et al.*, 2003). En fait, les données analysées dans les documents officiels, combinées aux observations et aux propos tenus lors des rencontres et entretiens correspondent à la méthode de triangulation des données (Yin, 2009). Les données recueillies peuvent ainsi se compléter ou faire ressortir des incohérences, mais permettent de mieux comprendre les multiples dimensions des phénomènes étudiés.

De plus, lors de l'analyse d'une culture organisationnelle, on doit aussi combiner plusieurs méthodes allant de la simple observation aux entrevues en profondeur (Schein, 2004). Dans le cas de notre recherche, le recours à l'entretien normalisé à questions ouvertes a permis d'être précis dans l'information collectée pour tous les participants (Patton, 1990) et a respecté leur volonté de limiter l'entretien à trente minutes.

6.4.1.2 La validité interne

Dans le cadre de notre recherche, la préoccupation majeure est de savoir si l'évolution de la transformation de la culture organisationnelle est en lien avec l'arrivée du modèle de soins dans l'établissement ou est liée à d'autres facteurs. Étant donné que c'est un concept dynamique, nous postulons que c'est fort probablement une combinaison de différents facteurs. Nous y faisons justement référence dans l'étude de cas. Par contre, il demeure pertinent de faire une analyse sommaire de la culture organisationnelle de l'organisation

étudiée et de situer son évolution sur le modèle de Gebhardt *et al.* (2006) puisque les réflexions tirées de ces analyses permettent d'orienter les actions pour les étapes à venir.

6.4.1.3 La validité externe

D'un côté, il faut se demander si l'analyse sommaire réalisée sur la culture organisationnelle, auprès de neuf participants, est généralisable à l'ensemble de l'organisation. La réponse ne peut pas être absolue. Pour pallier cette difficulté, nous avons par contre tenu à rencontrer des participants provenant de corps de métier et de niveaux hiérarchiques différents.

De l'autre côté, tel que souligné par Yin (2009 : 43), l'étude de cas unique offre une « mauvaise base » pour la généralisation. Il n'est donc pas possible de transposer ni l'analyse de la culture organisationnelle ni l'analyse de sa transformation à une autre organisation puisqu'elle est propre à ses membres. Néanmoins, les concepts et modèles d'analyse utilisés peuvent s'appliquer à d'autres domaines et industries. D'ailleurs, le modèle de Gebhardt *et al.* (2006) a été construit à partir d'études réalisées en milieu lucratif et est appliqué, dans le cadre de cette recherche, à un milieu hospitalier. De plus, la démarche de recherche poursuivie dans ce mémoire, pour identifier les indicateurs de performance, peut aussi s'appliquer à d'autres organisations, mais dans une étendue plus limitée, c'est-à-dire principalement dans le domaine de la santé puisqu'ils concernent une approche centrée sur le patient.

6.4.2 La fiabilité

La fiabilité en recherche « consiste à établir et vérifier que les différentes opérations d'une recherche pourront être répétées avec le même résultat par des chercheurs différents et/ou à des moments différents » (Drucker-Godard *et al.*, 2003 : 275).

Il faut donc documenter systématiquement ce qui a été fait (Yin, 2009). Dans le cas de notre recherche, une base de données, au sens de Yin (2009), a été développée. En fait, il s'agit d'un dossier créé informatiquement et partagé entre l'étudiante-chercheur et la directrice de recherche. Il regroupe tous les articles et documents consultés, tous les comptes-rendus de rencontres qui relatent les propos tenus et les notes d'observation, tous les entretiens enregistrés, tous les verbatim, tout le dossier concernant les formulaires du comité d'éthique de la recherche de HEC Montréal et toutes les versions préliminaires de ce mémoire.

Au niveau de la relation entre l'étudiante-chercheur et les neuf participants rencontrés lors des entretiens qualitatifs, la même démarche a été respectée, à savoir celle décrite au point 6.2.3.3.2.3.1 : rappel de l'objectif de l'entretien, lecture du formulaire A « Formulaire de consentement à une entrevue en organisation », début de l'entretien et remerciements.

6.5 Le tableau synthèse de la méthodologie

Afin d'avoir une vue d'ensemble, le tableau 24 reprend les grandes dimensions de la méthodologie utilisée dans le cadre de ce mémoire.

Objectif de la recherche	Identifier les indicateurs de performance qui témoignent de la progression vers la nouvelle culture organisationnelle et de son maintien.
Question de recherche	*Quels* sont les principaux indicateurs (ressources, processus et résultats) à intégrer au système de **performance** d'un hôpital, qui témoignent de la transformation de la **culture organisationnelle** vers une **approche centrée sur le patient**? Sous-questions 1) *Comment* est la **culture organisationnelle actuelle** de l'établissement étudié? 2) *Comment* évolue la transformation de la culture organisationnelle de l'établissement depuis l'application du **modèle de soins *Planetree***?
Approche de la recherche	Recherche-action
Stratégie de recherche	Étude de cas unique
Méthodes de collecte	Données existantes - documentaires Entretiens qualitatifs Observations Rencontres

Tableau 24 : La méthodologie utilisée

Chapitre 7 : Étude de cas, analyse et discussion des concepts liés à la culture organisationnelle

Le chapitre 7 est divisé en deux grandes parties. La première partie présente l'étude de cas (sections 7.1 et 7.2) en se basant sur les informations recueillies dans les données documentaires, lors des observations, lors des rencontres et en fonction des propos retenus des participants aux entretiens qualitatifs. Dans la deuxième partie du chapitre, nous proposons une analyse et une discussion de ces données en mobilisant les concepts liés à la culture organisationnelle (7.3).

Dans la première section du chapitre, un portrait général du CHU Sainte-Justine est tout d'abord dressé afin de le situer par rapport au réseau de la santé au Québec (7.1). On y détaille ses missions (7.1.1), sa structure (7.1.2) et son réseau (7.1.3).

Dans la deuxième section, on présente l'arrivée du modèle de soins *Planetree* au sein de l'établissement (7.2) en retraçant les orientations stratégiques poursuivies (7.2.1) et à travers un survol chronologique des activités liées à son introduction (7.2.3). Finalement, on termine cette section en présentant quelques éléments de la démarche de transformation qui est présentement en cours dans l'établissement (7.2.5) en précisant son impact sur les outils de gestion de performance utilisés et sur les perceptions et les préoccupations qu'ont les participants par rapport au changement organisationnel engendré par le modèle.

Dans la troisième section du chapitre, nous amorçons une analyse et une discussion qui portent précisément sur les concepts liés à la culture organisationnelle (7.3) : la culture organisationnelle actuelle (7.3.1), le processus de transformation organisationnelle (7.3.2) et la culture organisationnelle désirée (7.3.3). Nous concluons cette dernière partie sur l'importance de développer un cadre de mesure de transformation organisationnelle. Ce sujet fera l'objet de l'analyse et de la discussion du chapitre 8.

7.1 La présentation du CHU Sainte-Justine

Le CHU Sainte-Justine, centre hospitalier universitaire mère-enfant, est l'un des plus gros centres pédiatriques en Amérique du Nord. Dans le réseau québécois de la santé, un autre hôpital est aussi spécialisé dans les soins offerts aux enfants, il s'agit de l'Hôpital de

Montréal pour enfants[25], affilié à l'Université McGill. Ces deux hôpitaux sont présentement en chantier afin d'agrandir et de moderniser leurs établissements pour répondre aux besoins de la population, tant au niveau de l'enseignement pour le personnel de la santé qu'au niveau de la qualité des soins offerts aux patients. Le chantier de l'Hôpital de Montréal pour enfants, « Glen », devrait se terminer en 2014[26] tandis que celui du CHU Sainte-Justine, « Grandir en santé », devrait être prêt pour l'automne 2016[27].

7.1.1 Les missions du CHU Sainte-Justine

La mission du CHU Sainte-Justine est « d'améliorer la santé – considérée comme un équilibre physique, psychique, social et moral – des enfants, des adolescents et des mères du Québec en collaboration avec [ses] partenaires du système de santé et ceux des milieux de l'enseignement et de la recherche » (Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 2010 : 2). Dans son énoncé de mission, on distingue deux volets. Tout d'abord, le CHU Sainte-Justine a une mission provinciale pédiatrique c'est-à-dire qu'il consacre son offre de soins et services exclusivement aux enfants, adolescents et mères du Québec. Deuxièmement, en tant que CHU, il a une mission universitaire, ce qui implique qu'il doive répondre à six mandats spécifiques : prodiguer « des soins spécialisés [tertiaires] et ultra-spécialisés [quaternaires], [faire de la] recherche fondamentale et clinique en santé de la mère et de l'enfant, [offrir de] l'enseignement auprès des futurs professionnels de la santé, [promouvoir] la santé, [offrir et soutenir les services de] réadaptation, adaptation et intégration sociale pour les enfants et adolescents présentant une déficience motrice ou du langage » (*Idem*). Concernant ce sixième mandat, il faut préciser qu'en 2000, l'Hôpital Marie Enfant s'est associé au CHU Sainte-Justine pour devenir le Centre de réadaptation Marie Enfant (CRME).

7.1.2 La structure au CHU Sainte-Justine

Le CHU Sainte-Justine regroupe une équipe de « 5 700 employés dont 1 500 infirmières et 1 064 professionnels de la santé, 523 médecins et pharmaciens, 205 chercheurs, 300 bénévoles et 4 000 stagiaires et étudiants de toutes disciplines[28] » pour réaliser sa mission.

---

[25] http://www.thechildren.com/, page consultée le 21 février 2013.
[26] http://fondationduchildren.com/un-children-tout-neuf/construction.php, page consultée le 21 février 2013.
[27] http://www.chu-sainte-justine.org/Apropos/nouvelle.aspx?ID_NOUVELLES=53312, page consultée le 21 février 2013.
[28] http://www.chu-sainte-justine.org, page consultée le 4 janvier 2013.

Il réussit ainsi à répondre à un volume de « 5 000 chirurgies d'un jour et 3 000 accouchements par an [et traite] 200 000 patients en cliniques externes, 62 000 patients à l'urgence et 18 000 patients hospitalisés » (*Idem*).

Tel qu'illustré à la figure 25, le CHU Sainte-Justine relève de l'ASSS et du MSSS. Suivant cette structure, il doit communiquer ses résultats organisationnels à ces deux instances. D'ailleurs, depuis quelques années, « la Loi sur l'administration publique [a] instaur[é] un cadre de gestion axé sur l'atteinte de résultats et sur le respect du principe de la transparence » (Jobin, 2004 : 1). Le CHU Sainte-Justine a inscrit sa gestion de la performance dans cette logique. Il tente d'être performant par rapport à ses missions, pédiatrique et universitaire, et en fonction des ressources qui lui sont allouées.

Depuis plus d'une dizaine d'années, le centre hospitalier s'est structuré autour de six programmes-clientèles, suivant l'approche de gestion par processus. Ses six programmes-clientèles sont les suivants :

1. santé de la mère et de l'enfant
2. pédiatrie spécialisée
3. psychiatrie, neurodéveloppement et génétique
4. chirurgie / traumatologie
5. soins pédiatriques intégrés
6. réadaptation (CRME).

Ils sont sous l'autorité conjointe de la direction des affaires médicales, universitaires et de l'ETMIS et de la direction des services cliniques. Chaque programme-clientèle est géré en cogestion par le « chef de département clinique et [le] gestionnaire clinico-administratif » (Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 2008 : 17). De cette façon, les ressources et les activités se coordonnent autour des clientèles cibles et l'ensemble des intervenants de la santé travaillent en équipe interdisciplinaire au lieu de travailler en silo. Ils parviennent donc à inscrire les soins et les services dans un continuum. Pour les accompagner, les programmes-clientèles comptent sur les unités fonctionnelles : la radiologie, les archives médicales, la pharmacie, l'imagerie médicale, les laboratoires et le bloc opératoire. L'organigramme du CHU Sainte-Justine est présenté à l'annexe 5.

Bien que le centre hospitalier universitaire du Sainte-Justine soit organisé en programmes-clientèles, il a également conservé sa structure fonctionnelle par directions. D'ailleurs, lors

des entretiens, les gestionnaires rencontrés au niveau des directions stratégiques et tactiques ont précisé leur positionnement organisationnel respectif quant à leurs tâches fonctionnelles, mais ont aussi souligné l'importance de leur rôle conseil dans l'organisation. Ils insistent pour dire qu'ils tendent à avoir une vision systémique de l'organisation, ce qui leur permet de comprendre les enjeux organisationnels. De plus, ils valorisent la collaboration entre les départements afin d'orienter leurs efforts et actions vers des objectifs communs.

Par contre, même si l'établissement hospitalier, par sa structure et son discours organisationnel, souhaite que le processus de prise de décisions s'inscrive dans un cadre favorisant le travail interdisciplinaire tout en restant axé sur la clientèle cible, le tiers des participants rencontrés a avoué que la culture du travail en silo était encore présente. Il y a donc une volonté de s'engager vers une gestion transversale, mais la réalité opérationnelle ne l'appuie pas toujours. Certains l'ont illustré en mentionnant que les relations entre les différents corps d'emploi, notamment entre les infirmiers / infirmières et les médecins, n'étaient pas toujours harmonieuses, ce qui nuisait au travail de collaboration entre les professionnels. D'autres participants ont soulevé qu'encore plusieurs départements étaient concentrés à « faire leur production » sans avoir une vision globale de la situation. Dans cette même lignée, la directrice des ressources humaines déplore que dans l'enthousiasme et le dévouement des membres de l'organisation à travailler très fort sur différents projets, certains travaillent sans être alignés avec les orientations stratégiques. Cette logique de silo ne permet malheureusement pas de canaliser les efforts vers des objectifs organisationnels communs.

Conscient de cette situation, la direction générale du CHU Sainte-Justine déploie plusieurs efforts pour essayer d'arrimer les objectifs stratégiques aux objectifs opérationnels, notamment à travers une équipe dédiée au niveau du Bureau de la direction générale. Cette équipe en question se nomme « la cellule ». Elle porte une attention particulière pour que l'ensemble du personnel qui travaille sur l'exercice de la performance ait une compréhension et une vision globales des orientations stratégiques de l'organisation et des impacts qu'ont les différentes directions entre elles.

7.1.3 Le travail en réseau

À un niveau macro, suite à la réforme du système de santé en 2005, le travail en réseau s'est aussi tranquillement installé comme nouveau de mode de travail. À cet égard, le CHU Sainte-Justine est un partenaire actif dans le réseau québécois et étend même son influence dans les réseaux canadien, américain et international. Pour ses membres, il est important de redonner dans le réseau, notamment par le transfert de leur expertise. Ils y voient une relation de collaboration qui est importante. D'ailleurs, un membre du Bureau de la direction générale a même ajouté que « si on [le CHU Sainte-Justine] n'est pas ouvert à l'extérieur là, on n'existe plus. ».

Au fil des années, le CHU Sainte-Justine a établi un réseau de partenariat très développé, qui témoigne de son réel intérêt pour la collaboration. Parmi ses partenaires, on note au niveau international, la Croix-Rouge, UNICEF et le Réseau mère-enfant de la Francophonie, au niveau du milieu des affaires, IBM et General Electric (GE) et à cela s'ajoute les nombreuses fondations et les organismes auxquels il est associé : Fondation CHU Sainte-Justine, Fondation Mélio, Fondation Centre de cancérologie Charles-Bruneau, Leucan et Opération Enfant Soleil. Au niveau provincial, le CHU Sainte-Justine travaille en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), il entretient aussi une relation privilégiée avec l'Université de Montréal et est membre du Réseau universitaire intégré en santé (RUIS) de Montréal.

Bref, par ses missions, pédiatrique et universitaire, par son organisation du travail au sein de son établissement et par son implication soutenue en réseaux, le CHU Sainte-Justine reflète ses quatre valeurs organisationnelles : l'engagement auprès des mères et des enfants, le respect de l'individu, la quête de l'excellence et l'esprit de collaboration. À prime abord, ces quatre valeurs semblent cohérentes avec les principes du modèle de soins *Planetree*, présenté à la section 4.6.1. Dans la prochaine section, on présente justement l'introduction de ce modèle au sein du CHU Sainte-Justine à travers le choix des orientations stratégiques, par un survol chronologique des activités réalisées et par la démarche de transformation. On fait aussi ressortir les valeurs de l'établissement et plusieurs de ses artefacts (routines organisationnelles, comportements manifestes, lieux physiques).

7.2 L'arrivée du modèle de soins *Planetree*

Au début de l'année 2010, le CHU Sainte-Justine a amorcé les démarches pour appliquer le modèle de soins *Planetree* dans son établissement. Cette décision s'inscrit dans la vision de la promotion de l'humanisation des soins prônée par Dr Brunet, le directeur général (DG) du CHU Sainte-Justine, arrivé en poste le 5 janvier 2009. Cette orientation a été clairement affirmée dans le rapport annuel organisationnel 2010-2011 (Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 2011 : 9).

7.2.1 Les orientations stratégiques du CHU Sainte-Justine

En consultant les deux plus récents plans stratégiques du CHU Sainte-Justine, on note un changement dans le discours organisationnel. Dans le plan stratégique 2007-2010, le centre hospitalier semble être principalement axé vers une culture d'excellence, notamment quant à la qualité de l'acte de soins. La directrice des soins infirmiers décrit la situation à cette époque : « les attentes cliniques étaient là, mais n'étaient pas nommées de la même façon [et] le focus était davantage financier ». Cette vision du soin rejoint davantage celle décrite par le modèle de soins traditionnel :

> *an institutional model characterized by top-down power structures and a medical orientation [which] has long prioritized efficiency, productivity and profits [contexte de santé américain] resulting in a focus on quality of care [...], decisions being made* for *residents [patients] rather than* with *them*
>
> - *Picker Institute &Planetree Inc.*, 2010 : 3 et 19

Au contraire, dans les énoncés des priorités d'action du plan stratégique 2011-2014 du CHU Sainte-Justine, on perçoit plutôt l'influence de l'approche centrée sur le patient. Le tableau 25 ci-dessous permet la comparaison.

Plan stratégique 2007-2010 : 21	**Plan stratégique 2011-2014 : 6**
Priorité no 1 : Développer et mettre en œuvre une vision clinique adaptée aux années 2000 traduite dans un projet clinique avec l'intégration des axes d'excellence.	Orientation et priorité d'action no 1 : L'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche centrée sur le patient et sa famille.
Priorité no 2 : Participer de façon optimale au continuum de soins et de services pour les mères et les enfants dans une dynamique de réseau.	Orientation et priorité d'action no 2 : La contribution stratégique du CHU dans les différents réseaux.
Priorité no 3 : Développer l'excellence au niveau international, principalement par la mise en place d'axes d'excellence.	

Plan stratégique 2007-2010 : 21	Plan stratégique 2011-2014 : 6
	Orientation et priorité d'action no 3 : La mobilisation des personnes.
	Orientation et priorité d'action no 4 : La modernisation des lieux et des technologies.

Tableau 25 : Comparaison des orientations stratégiques du CHU Sainte-Justine

Cette transition coïncide avec l'arrivée de Dr Brunet et conséquemment avec le début de la démarche d'application du modèle *Planetree* au sein de l'établissement hospitalier universitaire. Le directeur de la DAMU rappelle les raisons pour lesquelles les orientations et les priorités d'action ont changé : « on a pris ce moyen-là [le modèle de soins *Planetree*] pour améliorer la qualité de vie de notre personnel et améliorer la qualité des soins de nos patients. Et c'est une demande qui est là depuis longtemps de la part de la population, le système de la santé n'est pas humain ».

La directrice des ressources humaines au CHU Sainte-Justine précise, au sujet du DG, que

> *La vision de Dr Brunet, [...] c'est ce qui donne tout le sens à Sainte-Justine actuellement. [...] Je pense que [son] leadership [...], sa vision et sa façon, à lui, de centrer la personne au cœur de l'organisation, c'est ce qui oriente nos choix. C'est lui qui a choisi qu'on devienne Planetree, mais en amont de ce choix, il avait [déjà]cette vision.*

De façon générale, deux principales dimensions ressortent des entretiens réalisés : tout d'abord, le côté visionnaire du DG et deuxièmement, son côté « humain ».

Dans un premier temps, la vision que le DG communique à l'ensemble des membres de l'organisation semble inspirer la majorité des participants et les pousse à se dépasser, sur une base quotidienne. Sa vision traduit également des éléments de reconnaissance et de valorisation, comme le souligne le directeur de la DAMU. Concernant ses pratiques de gestion, la directrice des soins infirmiers constate avec satisfaction que les attentes du DG envers les différentes directions sont claires, que ses propos sont concrets et qu'il réussit à souligner la plus-value de chaque entité organisationnelle.

Dans un deuxième temps, plusieurs participants soulignent le réel intérêt du DG envers les personnes. Selon leurs dires, il se déplace dans les unités pour prendre le temps de parler aux membres de l'organisation, autant aux plombiers et aux électriciens, aux employés des unités fonctionnelles qu'aux membres professionnels. On peut l'observer une journée en train de dîner à la cafétéria avec des techniciens en hygiène salubrité et une autre journée, avec des chirurgiens. Selon les participants, c'est un DG qui se mêle à ses membres, qui leur fait sentir qu'ils sont importants. Conséquemment, l'ensemble des membres de

l'organisation le connaissent. Sa présence sur le terrain est une caractéristique distinctive du CHU Sainte-Justine.

7.2.2 Les valeurs partagées et les comportements associés

Les quatre valeurs organisationnelles, énoncées dans les documents officiels du CHU Sainte-Justine (Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 2010 : 3) et à la section précédente, semblent être partagées et en adéquation avec les valeurs personnelles des participants. Ils y adhérent de façon naturelle puisqu'elles sont logiques pour eux. Plusieurs ont mentionné qu'elles « étaient la base de toute relation », que ce sont des « valeurs essentielles », « fondamentales » et « intégrées » à leur vie. Par contre, seulement un participant sur neuf a réussi à nommer, de mémoire, les quatre valeurs organisationnelles officielles. La valeur organisationnelle qui a le plus été nommée (7/9) est la quête d'excellence, suivi *ex aequo* de l'esprit de collaboration (5/9) et du respect de l'individu (5/8) puis de l'engagement auprès des mères et des enfants (4/9).

De façon plus pointue, le tableau 26 compile d'autres dimensions qui sont valorisées parmi les participants et présente celles qui ne sont pas acceptées.

	Ce qui est valorisé...	**Ce qui n'est pas accepté...**
À tous les niveaux	L'**excellence** La créativité	Aller régler ses problèmes sur la place publique L'incompétence Le non engagement Le statut quo
Au niveau stratégique et tactique de l'organisation	La **collaboration** L'innovation L'ouverture L'**engagement** L'analyse La capacité d'adaptation L'écoute La notoriété La performance	
Au niveau opérationnel de l'organisation	Le développement organisationnel Les interactions humaines	

Tableau 26 : Les dimensions valorisées et non valorisées selon les participants

7.2.2.1 L'excellence

À tous les niveaux, les participants prônent l'expertise clinique ou l'excellence dans les soins et services. Six participants sur neuf ont dit qu'il fallait avoir des connaissances liées au domaine de la santé pour faire un travail comme le leur. Ils considèrent que d'une part, il

faut offrir la meilleure qualité des soins et services aux patients par une excellente technique et d'autre part, il faut comprendre les enjeux reliés au cheminement d'un patient.

7.2.2.2 La créativité

De plus, tous les participants considèrent que la créativité est encouragée et soutenue partout dans l'organisation. La créativité s'illustre dans les projets réalisés, le fait de ne pas simplement reproduire les mêmes façons de faire, mais plutôt de tenter de se dépasser en faisant autrement. Elle est valorisée tant au niveau des soins cliniques qu'au niveau technologique.

7.2.2.3 L'engagement

Parallèlement, le niveau d'engagement du personnel est très élevé au CHU Sainte-Justine. Il s'observe à divers niveaux. Tout d'abord, leur engagement se traduit par leur désir d'exceller dans leur travail, tant au niveau de leurs compétences techniques que par leur désir profond d'améliorer la qualité des soins et services offerts aux patients. Plusieurs participants disent qu'ils sont fiers de travailler pour cet établissement de santé, notamment à cause de sa mission. Ils soulignent aussi qu'il existe une aura particulière autour du CHU Sainte-Justine. Tous le considèrent comme un centre hospitalier unique. D'ailleurs, un membre du Bureau de la direction générale a raconté à l'étudiante-chercheur l'histoire des actions Sainte-Justine afin d'illustrer l'unicité du CHU. En 1989, en huit minutes seulement, ils ont réussi à accumuler 360 000$ pour financer leur projet de construction de leur nouvelle salle d'urgence! Alors que dans les autres centres, une telle somme ne peut être accumulée que sur une période de plusieurs semaines, le CHU Sainte-Justine a réussi en quelques minutes. Même les participants qui ne cumulaient pas de nombreuses années dans l'établissement ni même d'expérience dans le milieu de la santé, trouvaient que le CHU Sainte-Justine était différent. Ils disent l'entendre depuis leur arrivée par leurs collègues à l'interne et l'entendent même dire par leurs confrères travaillant dans d'autres établissements de santé.

Deuxièmement, leur niveau d'engagement se traduit aussi par le grand nombre de projets qu'ils mènent de front. Dans les derniers mois, en plus des projets quotidiens, deux projets d'envergure ont mobilisé de nombreuses équipes et ont consommé beaucoup d'énergie : « Grandir en santé » et le processus d'« Agrément[29] ». Le rythme de travail des membres de

[29] http://www.accreditation.ca/a-propos/, page consultée le 3 mars 2013.

l'organisation est soutenu. Les personnes rencontrées dans le cadre de ce mémoire semblent avoir un agenda très chargé, elles passent de réunion en réunion. En fait, la fréquence des réunions est relativement élevée parmi les gestionnaires de l'établissement. Inévitablement, les réunions, auxquelles l'étudiante-chercheur a assistées, débutent rarement aux heures prévues et certaines personnes s'ajoutent même en cours de réunion, parce qu'elles étaient occupées dans une réunion précédente.

Ce haut niveau d'engagement a deux effets. D'un côté, les participants se disent transportés et inspirés par cette énergie contagieuse. De l'autre côté de la médaille, les participants dénoncent les « heures de fou » qui y sont associées, le fait que certains membres ont « la langue à terre » et on dénombre « trop de projets » en même temps. Dans un contexte où le CHU Sainte-Justine veut tendre vers une culture axée sur les principes de l'approche centrée sur la personne, ces pratiques et comportements imposent une réflexion.

Heureusement, le CHU Sainte-Justine compte sur de nombreux bénévoles afin de renseigner, d'accompagner et d'aider dans l'offre des soins et des services de qualité aux patients et aux membres de leurs familles. Les bénévoles sont présents dans plusieurs départements comme par exemple : à l'accueil de l'entrée principale, à l'unité de néonatologie, aux salles d'attente des cliniques externes et de l'urgence, à la Joujouthèque, à La Tanière du Lion, dans les Unités de soins, à la Salle de réveil et au Centre de réadaptation Marie-Enfant (CRME)[30]. Peu importe le département dans lequel ils offrent de leur temps, ils doivent s'engager à respecter les principes d'humanisation des soins[31]. Leur apport est considérable autant pour les patients que pour le personnel de la santé. Ils font, en quelque sorte, équipe avec ces derniers en palliant le manque de temps qui peut être consacré aux patients au cours de leur séjour à l'hôpital. Sur le site internet du CHU Sainte-Justine, il est clairement énoncé que les bénévoles sont « une richesse inestimable pour l'hôpital[32] ».

7.2.2.4 La collaboration

Bien que la collaboration soit une valeur organisationnelle qui soit prônée, certains participants ont révélé que les rapports entre les médecins et les infirmières ou même entre

[30] http://www.chu-sainte-justine.org/cliniques/page.aspx?Id_Page=10004929&item=91400, page consultée le 21 février 2013.
[31] http://www.chu-sainte-justine.org/cliniques/page.aspx?Id_Page=10005208&item=91400, page consultée le 21 février 2013.
[32] *Idem*.

les professionnels et les non-professionnels n'étaient pas égaux. Selon certains participants, les médecins auraient plus de pouvoir au sein de l'organisation. À titre illustratif, la dimension des bureaux semble varier au CHU Sainte-Justine en fonction du statut occupé : les niveaux hiérarchiques plus élevés occupent de plus grands bureaux. En plus, les bureaux des différentes directions sont regroupés au 8e étage de l'établissement, alors que ceux des départements de programmes-clientèles et des unités fonctionnelles sont plus près du terrain.

7.2.2.5 Les interdits

Quant aux dimensions qui ne cadrent pas avec les valeurs des participants, il s'agit de l'incompétence (en opposition à l'excellence), le non engagement (en opposition à l'engagement) et le statut quo (en opposition à l'innovation et la créativité). Ce sont des comportements qui ne sont pas acceptés et même dénoncés par les membres de l'organisation. Quant au fait de régler ses problèmes sur la place publique au lieu de le faire à l'interne, ce type de comportement est tout simplement inconcevable pour les membres, il entraîne automatiquement un rejet de la communauté « Saint-Justinienne », comme le précise un participant.

7.2.3 La chronologie des activités liées à *Planetree*

Différentes activités liées à l'application du modèle de soins *Planetree* se sont succédées au sein du CHU Sainte-Justine depuis 2010. La chronologie des grandes étapes est résumée dans le tableau 27, ci-dessous. Les événements seront expliqués par la suite.

Description des étapes	**Date**
Résolution du Conseil d'Administration	Janvier 2010
Nomination d'un responsable pour soutenir et coordonner les activités liées à l'approche centrée sur le patient	Janvier 2010
Affiliation du CHU auprès du Réseau *Planetree* Québec	Avril 2010
Résultats du sondage « Défi Meilleurs Employeurs »	Juin 2010
Intégration de l'approche centrée sur la personne dans le document « Planification stratégique 2011-2014 »	Décembre 2010
Sensibilisation (par une rencontre d'échange) et engagement des conseils professionnels envers l'approche centrée sur la personne : - Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens - Conseil des infirmières et infirmiers - Conseil multidisciplinaire - Gestionnaires et conseillers professionnels - 4 groupes syndicaux - Comité des usagers CHU Sainte-Justine *(8 membres, 2 commissaires aux plaintes, 3 gestionnaires et 1 agente*	 Décembre 2010 Mai 2011 Janvier 2011 Janvier 2011 Juin 2011 Juin 2011

administrative)	
Engagement des gestionnaires envers l'approche centrée sur la personne (Séminaire *Leadership* et Rencontre *Café-Brioche*)	Janvier 2011
Engagement du comité de direction	Juin 2011
Mise sur pied du « Comité de pilotage des sites pilotes *Planetree* »	Octobre 2011
Publication d'un article sur la philosophie *Planetree* dans « Interblocs », le journal interne mensuel	Décembre 2011
Séances d'information pour les quatre sites pilotes	Janvier 2012
Évaluations réalisées par deux membres du RPQ des sites pilotes. Au total, par le biais de groupes de discussion, 106 personnes ont été rencontrées : du personnel, des clients internes/externes et des partenaires internes des quatre sites pilotes.	9 au 16 janvier 2012
Les résultats du rapport détaillé sur les unités pilotes ont été remis au coordonnateur *Planetree* du CHU	Mars 2012
Création du comité stratégique (directeurs qui s'assurent de l'engagement envers l'approche d'humanisation des soins et qui définissent les plan d'action)	Avril 2012
Mise en place d'une stratégie de communication pour l'implantation de la démarche au sein du CHU	Avril 2012 (réalisé partiellement)
Les résultats du rapport détaillé ont été présentés au personnel, dans chaque unité pilote, par leur chef.	Juin 2012
Mandat d'accompagnement du Pôle Santé.	Juin 2012
Formation « Maîtres facilitateurs *Planetree* » de deux jours à 14 personnes de l'organisation (8 gestionnaires et 6 employés).	Été 2012
Demande d'identification de trois objectifs stratégiques, en lien avec les objectifs organisationnels du CHU, par unité pilote	Septembre 2012[33]
Formation « Maîtres animateurs *Planetree* » à - des gestionnaires du comité de pilotage des sites pilotes *Planetree* et leurs employés ..- des agents administratifs et préposés des unités pilotes.	10 et 11 octobre 2012 29 octobre 2012
Mise sur pied du « Comité humanisation des soins *Planetree* » *(le coordonnateur Planetree, le chef de service, développement organisationnel et le directeur de la Direction de la qualité, sécurité et risques)*	Décembre 2012

Tableau 27 : Chronologie des activités liées à l'application du modèle de soins *Planetree*

À la lecture du tableau 27, on constate que le CHU a procédé à l'application de *Planetree* de façon incrémentale. Il a tout d'abord fallu s'assurer de l'engagement du conseil d'administration envers l'approche centrée sur la personne, aussi appelée humanisation des soins par le CHU Sainte-Justine. Puis il fallait sensibiliser, dans un premier temps, les autres parties prenantes influentes de l'organisation à cette philosophie de soins et dans un deuxième temps, obtenir leur engagement. Ensuite, il fallait nommer un coordonnateur *Planetree* à l'intérieur même de l'établissement afin qu'il puisse rassembler des informations sur ce modèle, mettre en place diverses activités et coordonner les efforts pour communiquer cette orientation stratégique. Le coordonnateur a qui été nommé occupe aussi

[33] La demande a été faite en septembre 2012, mais au moment du dépôt de ce mémoire, il n'y a que deux unités pilotes qui ont remis leurs objectifs.

le chapeau de directeur-adjoint de la Direction de la qualité, sécurité, risques et expérience patient[34]. En s'affiliant au RPQ en avril 2010, le CHU Sainte-Justine pouvait dorénavant compter sur une littérature abondante, des outils d'aide à l'implantation et des conseils judicieux.

7.2.3.1 Le comité de pilotage des sites pilotes Planetree

Au sein de l'organisation, il a été décidé de créer un « Comité de pilotage des sites pilotes *Planetree* » afin d'observer, d'analyser et de documenter comment le modèle de soins *Planetree* pouvait s'intégrer à la culture organisationnelle du CHU Sainte-Justine et comment ce modèle pouvait être concrètement appliqué dans les soins et services au quotidien. Ce comité de pilotage regroupe douze membres, gestionnaires et chefs de service, provenant de quatre départements du CHU qui se sont portés volontaires pour être des unités pilotes. Ultimement, ces unités pilotes pourraient devenir des champions dans l'organisation et aider les autres unités qui appliqueront le modèle de soins *Planetree* dans leur département, jusqu'à l'application complète du modèle au sein du CHU Sainte-Justine.

Un premier diagnostic portant sur les quatre sites pilotes a été posé par deux membres du RPQ en janvier 2012. Le rapport détaillé (RPQ, 2012b), déposé en mars 2012, est essentiellement basé sur les informations tirées des groupes de discussion qui ont eu lieu entre le 9 et le 16 janvier 2012. Au total, par le biais de groupes de discussion, 106 personnes, dont des membres du personnel, des clients internes/externes et des partenaires, ont été rencontrées. Dans le rapport présenté au coordonnateur *Planetree* du CHU Sainte-Justine, on peut lire les forces et les faiblesses de chaque unité pilote par rapport aux composantes du modèle de soins *Planetree* et les pistes de réflexion suggérées afin d'évoluer vers une approche centrée sur la personne. À l'annexe 6, on présente sous forme de deux tableaux, un sommaire des informations mises dans ce rapport. Toutes les données ont été consolidées ensemble afin qu'on ne puisse pas identifier une unité pilote en particulier.

Ce contenu a par la suite été communiqué aux gestionnaires et chefs des unités pilotes ainsi qu'à tout leur personnel. Afin de discuter de l'état d'avancement de l'application du modèle de soins *Planetree* dans leur département, de leurs bons et moins bons coups, le comité de

[34] Afin d'alléger le texte, nous y référerons toujours en le nommant coordonnateur *Planetree*. Son autre fonction sera implicite.

pilotage des sites pilotes *Planetree* tient des rencontres bimensuelles. L'étudiante-chercheur a assisté à deux de ces rencontres, à titre d'observatrice : l'une le 28 août 2012 et l'autre le 19 septembre 2012. En octobre 2012, le contenu de ces rencontres a évolué, à la demande des membres du comité, vers des moments d'échange destinés à discuter des problématiques et des cas de gestion précis. Plusieurs autres activités continuent de s'organiser autant au niveau du comité de pilotage des sites pilotes *Planetree* qu'au niveau du coordonnateur *Planetree* en collaboration avec le département des ressources et les autres départements qui souhaitent en connaître davantage sur le modèle de soins *Planetree*, mais dans le cadre de ce mémoire, l'observation lors de ces réunions s'est arrêtée en septembre 2012.

7.2.3.2 Les formations liées à Planetree

À l'été et à l'automne 2012, des formations « Maîtres facilitateurs *Planetree* » et « Maîtres animateurs *Planetree* » ont été données à différents groupes de l'organisation. Le premier groupe comprenait principalement des membres de la direction du bureau de la transition, du bureau de projet et de la direction des ressources humaines. L'objectif de la formation de deux jours est « de rendre aussi concrets que possible le modèle *Planetree* et ses multiples bénéfices en plus d'outiller les [participants] afin qu'ils puissent soutenir adéquatement le personnel dans [la transformation organisationnelle] » (RPQ, 2012 : 7). Quant au deuxième groupe, il était composé des membres, gestionnaires et employés, des quatre unités pilotes. L'objectif poursuivi est d'« inspirer et [d']orienter le personnel [et de l'amener] à examiner les situations de son travail avec une perspective [patient] » (RPQ, 2012 : 9).

Au CHU Sainte-Justine, plusieurs informations sont transmises de façon formelle, comme par exemple lors des réunions ou des formations. On compte aussi plusieurs autres canaux de communication qui sont formels, tels : le journal interne, l'« Interblocs », les différents journaux propres à chaque département, les babillards installés dans les unités de travail et le téléviseur posé près des ascenseurs dans l'entrée où diverses informations circulent en boucle.

7.2.3.3 Le comité d'humanisation des soins Planetree

Tel qu'expliqué à la section 4.6.1, le modèle de soins *Planetree* sous-tend une transformation de la culture organisationnelle. Étant donné que la transformation amorcée requiert du temps et des efforts soutenus et qu'elle touche l'ensemble des membres du CHU

Sainte-Justine, un nouveau comité a été mis sur pied en décembre 2012. Il s'agit du « Comité d'humanisation des soins *Planetree* » qui regroupe le coordonnateur *Planetree*, le chef de service, développement organisationnel aux ressources humaines et le directeur de la Direction de la qualité, sécurité, risques et expérience patient. Il est supporté par le comité stratégique de l'établissement.

Ce nouveau comité d'humanisation des soins permet ainsi une autre vitrine à la philosophie des soins basée sur l'approche centrée sur la personne. La mise sur pied d'un tel comité semble nécessaire puisque comme le soulignent le coordonnateur des soins *Planetree* et certains autres participants, la portée du modèle reste encore limitée au sein de l'établissement hospitalier.

Les membres de ce comité ont donc pour mission, tel qu'énoncé par le coordonnateur *Planetree*, « de collaborer avec les équipes à l'implantation d'une culture humaniste, de favoriser un engagement des employés, médecins et bénévoles à la transformation organisationnelle et une implication accrue des usagers et de leurs familles aux décisions de soins et services qui les concernent ». Au moment du dépôt du mémoire, ce comité était en train de développer de nouvelles valeurs organisationnelles afin d'y intégrer de façon claire les principes et les composantes de l'approche centrée sur la personne.

Ce comité a pour mandats spécifiques de bonifier et de personnaliser les soins et services par l'application des principes de l'approche humaniste, de rehausser la qualité de vie au travail et de permettre au CHU Sainte-Justine de devenir une référence en matière d'humanisation de soins et de services. Il souhaite collaborer avec les équipes qui seront intéressées, à la réalisation de leurs objectifs stratégiques et opérationnels en utilisant, entre autres, le référentiel des critères de mesure de désignation *Planetree* (cf annexe 1). À ce titre, un des membres du comité détaille le cadre opérationnel que le comité propose : « démarche d'accompagnement, évaluation 360 du service demandeur, par *focus groups* [groupes de discussion] ou sondages [ainsi qu'une] présentation de rapports détaillés mettant en lumière les forces du service et les pistes d'amélioration ».

Les membres du comité d'humanisation des soins ont traduit les dix composantes du modèle de soins *Planetree* en six principes directeurs, adaptés à leur réalité :

1. Reconnaître l'importance de la famille comme partenaire majeur dans le processus de réadaptation et de guérison[35]
2. Teinter nos actions de chaleur, d'écoute et de compréhension[36]
3. Être leader en soins de santé au sein de la communauté[37]
4. Partager le savoir, aider, prévenir et responsabiliser[38]
5. Voir la personne dans sa globalité[39]; et
6. Créer des environnements adaptés et propices au bien-être[40].

Au niveau du quatrième principe directeur, à titre illustratif, plusieurs sources d'informations sont disponibles pour les patients et leurs familles, comme par exemple : la Médiathèque, le Centre d'information sur la santé de l'enfant et divers documents comme le « Petit guide pour patients hospitalisés » et le dépliant « Règles de vie »[41]. De plus, sur leur site internet[42], le CHU Sainte-Justine a mis une section destinée aux plaintes et à la qualité des services.

Quant au sixième principe directeur, on constate que l'intérêt porté à l'aménagement des lieux au CHU Sainte-Justine traduit son réel souci envers les besoins des patients qui fréquentent son établissement. Plusieurs observations soutiennent ce constat.

7.2.3.4 Les lieux physiques du CHU Sainte-Justine

Tout d'abord, en arrivant au CHU Sainte-Justine, on se retrouve dans un très grand hall lumineux. Droit devant se trouve une réceptionniste souriante qui répond aux questions et qui dirige le flux des arrivants. De chaque côté du hall, on observe des bancs colorés où certains patients et leurs familles sont sagement assis, d'autres préfèrent jouer à monter et descendre des bancs tandis que les plus aventuriers courent dans ce grand espace. D'entrée de jeu, le CHU Sainte-Justine tente de rendre la visite du patient plus conviviale. On

---

[35] En référence à la deuxième composante du modèle de soins *Planetree* : Inclure les proches.
[36] En référence à la première et la huitième composantes du modèle de soins *Planetree* : Valoriser les interactions humaines et Communiquer par le toucher.
[37] En référence à la dixième composante du modèle de soins *Planetree* : S'associer à la communauté.
[38] En référence à la troisième composante du modèle de soins *Planetree* : Partager l'information.
[39] En référence à la cinquième, sixième et septième composantes du modèle de soins *Planetree* : Stimuler par l'alimentation, Cheminer par les arts et Soutenir la quête de sens.
[40] En référence à la quatrième et neuvième composantes du modèle de soins *Planetree* : Humaniser l'environnement physique et S'ouvrir aux thérapies complémentaires.
[41] http://www.chu-sainte-justine.org/apropos/page.aspx?id_page=3755&id_menu=653&ItemID=2a, page consultée le 27 février 2013.
[42] http://www.chu-sainte-justine.org/cliniques/UA.aspx?item=90800, page consultée le 26 février 2013.

aperçoit aussi des clowns se promener dans les corridors, sur les différents étages, pour divertir les enfants.

Après avoir fait quelques pas dans le hall, on remarque quatre distributrices d'aseptisant posées juste avant l'accès aux corridors principaux. La préoccupation envers la sécurité des patients et la promotion de la prévention des maladies sont une réalité organisationnelle constante pour le CHU Sainte-Justine[43].

En se déplaçant d'un étage à l'autre, on remarque que certains ascenseurs sont strictement réservés aux patients et à leurs familles. De cette manière, le CHU Sainte-Justine communique à toutes les personnes, tant celles de l'interne que celles provenant de l'externe, que la priorité est accordée aux patients et à leurs familles.

Quant à la salle d'attente de l'urgence, elle a été réaménagée en 2012 afin d'occuper et de diminuer l'angoisse des patients durant l'attente : il y a des personnages ludiques dessinés dans les grandes fenêtres, des tables interactives et une zone de jeux. Non loin du département de l'urgence, une salle de cinéma a été construite pour permettre aux patients hospitalisés de visionner les films récemment sortis en salles, soit en même temps que les autres enfants qui ne sont pas hospitalisés. Il est important de souligner que l'ensemble de ce projet, qualifié de « projet citoyen »[44] par le DG du CHU Sainte-Justine, traduit une ouverture de l'organisation envers le milieu extérieur, un réel esprit de collaboration.

7.2.4 Le mandat d'accompagnement

Bien que les premières étapes liées à l'introduction du modèle de soins *Planetree* au sein de l'établissement hospitalier aient été franchies aisément, le CHU Sainte-Justine a désormais besoin de conseils et d'outils pour orienter ses prochaines actions. Dans ce contexte, le Pôle Santé de HEC Montréal accompagne et soutient le CHU Sainte-Justine dans le développement d'indicateurs de performance pour rendre compte de l'évolution de leur culture organisationnelle vers celle désirée.

Conformément aux propos de Morin (1992), au cours de l'année 2012, un mandat entre le CHU Sainte-Justine et le Pôle Santé HEC Montréal a été bien défini. Les deux groupes d'acteurs y ont détaillé la mise en contexte du projet, la proposition de recherche et le cadre

[43] http://www.chu-sainte-justine.org/documents/General/pdf/PDF-2011/depliant_securite.pdf, page consultée le 5 février 2013.
[44] http://www.chu-sainte-justine.org/Apropos/nouvelle.aspx?ID_NOUVELLES=52994, page consultée le 24 janvier 2013.

conceptuel, la méthodologie, l'équipe de recherche, les livrables attendus, le budget et la durée du projet. Quant à l'implication des membres de l'établissement de santé et de l'étudiante-chercheur, il a aussi été défini dans le mandat, sous la section méthodologie. La fréquence des rencontres n'a pas été définie au préalable, mais l'étudiante-chercheur a eu l'occasion de s'entretenir, même en dehors des périodes de réunion prévues, avec le coordonnateur *Planetree*.

À l'image du dynamisme qui existe dans le cadre d'une recherche-action (Morin, 1992), le 22 novembre 2012, une rencontre d'une heure avec cinq membres du CHU s'est tenue afin de faire une mise au point sur le mandat octroyé en juin 2012. Considérant le travail déjà accompli par rapport aux outils actuellement en place au CHU Sainte-Justine et leur arrimage avec *Planetree*, l'objectif de la rencontre a été de repréciser les livrables attendus pour la fin du mandat.

Bref, les orientations stratégiques clairement définies dans le plan stratégique 2011-2014 et véhiculées dans l'ensemble de l'organisation, les nombreuses actions décrites au point 7.4.2 et le mandat d'accompagnement établi avec le Pôle Santé confirment la « volonté de changement » (Morin, 1992 : 117) des membres du CHU Sainte-Justine et leur désir de coopération dans la recherche.

7.2.5 La démarche de transformation

En plus des activités énumérées précédemment, le désir d'humaniser les soins, par l'application du modèle de soins *Planetree*, a fait en sorte qu'une réflexion a été amorcée, autant au niveau des outils de gestion de performance qu'auprès des membres du CHU Sainte-Justine.

7.2.5.1 L'adaptation des outils de gestion de performance

L'établissement hospitalier a tout d'abord voulu évaluer le degré d'adéquation entre certains de ces outils de gestion de performance et les composantes du modèle de soins *Planetree*. En compagnie de l'étudiante-chercheur, des rencontres ont eu lieu le 29 août 2012, le 30 août 2012 et le 5 novembre 2012. Le but de l'exercice était, à chaque fois, de faire ressortir si le CHU Sainte-Justine était déjà arrimé avec la philosophie *Planetree* ou si de grands efforts d'harmonisation étaient requis. Le tableau 28 fait état des composantes qui sont évaluées dans les différents outils de gestion de performance. Ils sont classés selon les étapes du cycle des activités du système de gestion de la performance de Botton *et al.*

(2012) (cf section 2.3.1). À la lecture du tableau 28, on constate que certains outils sont déjà bien arrimés et certains autres nécessitent encore un travail d'arrimage.

Nom de l'outil de gestion de performance	Les composantes[45]									
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
Étape : Identification des préoccupations de gestion										
Carte stratégique	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Étape : Suivi périodique										
Sondage de satisfaction de la clientèle - unité pilote	√	√	√	√		√	√	√		
Étape : Signification des attentes et évaluation du rendement										
« Rencontre d'échange et de développement - Employé »	√	√	√	√		√	√	√	√	√

Tableau 28 : Les outils de gestion de performance en place et leur arrimage par rapport aux composantes de *Planetree*

7.2.5.1.1 Les objectifs stratégiques

Tout d'abord, un exercice réflexif quant aux objectifs stratégiques organisationnels a eu lieu. En utilisant la carte stratégique destinée au conseil d'administration (CA) du CHU Sainte-Justine, on a déterminé les composantes *Planetree* qui se rattachaient à chacun des objectifs stratégiques. On a conclu que les dix composantes du modèle pouvaient être prises en compte dans ces objectifs stratégiques.

Au CHU Sainte-Justine, le conseil d'administration (CA) et le comité de direction (CD) utilisent une version adaptée du tableau de bord prospectif de Kaplan et Norton (1996). Au lieu d'avoir les axes traditionnels (clients, processus internes, apprentissage organisationnel et finance), ils utilisent plutôt les axes suivants : organisation, clientèle, production et ressources. Pour chaque axe, des objectifs sont définis, puis des indicateurs composés y sont rattachés et finalement, plus de quatre-vingt indicateurs sont explosés.

Au niveau du libellé des objectifs précisés par le CA, la majorité d'entre eux témoigne des valeurs organisationnelles prônées par les participants, soit celle de la quête de l'excellence (cf section 7.2.2.1). L'utilisation des verbes « développer », « optimiser », « moderniser », « poursuivre » et même « maintenir » traduit cette volonté de toujours faire mieux.

Parmi l'ensemble de ces indicateurs, certains font écho à l'approche centrée sur la personne. Ils sont identifiés dans le tableau 29 et les composantes du modèle de soins *Planetree* qui y sont associées sont indiquées entre parenthèses et en caractère italique.

[45] Légende : C1 : Valoriser les interactions humaines, C2 : Inclure les proches, C3 : Partager l'information, C4 : Humaniser l'environnement physique, C5 : Stimuler par l'alimentation, C6 : cheminer par les arts, C7 : Soutenir la quête de sens, C8 : Soutenir la quête de sens, C9 : S'ouvrir aux thérapies complémentaires, C10 : S'associer à la communauté.

Axes	Objectifs	Indicateurs composés	Indicateurs pertinents
ORGANISATION	1.1 Développer, évaluer et transférer des pratiques innovantes aux champs de compétence	1.1 Développement, évaluation, transfert des pratiques innovantes	Aucun
	1.2 Entretenir une culture de partenariat avec les différents réseaux	1.2 Partenariat avec les réseaux	✦ Évolution du nombre de partenariats *(C10)*
	1.3 Assurer un rayonnement au travers les missions de l'organisation au plan local, régional, national et international	1.3 Rayonnement	Aucun
	1.4 Maintenir le rôle de chef de file en soins spécialisés et ultraspécialisés	1.4 Positionnement	✦ Programme santé en Haïti *(C10)* ✦ Interconnexion au réseau d'informations scientifiques du Québec *(C10)*
CLIENTÈLE	2.1 Optimiser l'accès aux soins tertiaires et quaternaires	2.1 Accessibilité	✦ Délais d'accès à la chirurgie *(C3)* ✦ Proportion des visites à l'urgence réparties par groupes de priorités *(C2)*
	2.2 Prendre en charge les clientèles au moment approprié et en collaboration avec le réseau	2.2 Continuum de soins	Aucun
	2.3 Assurer des soins et des services humanisés	2.3 Humanisation des soins	Non défini encore
	2.4 Maintenir une préoccupation constante à l'égard des besoins et de la satisfaction de la clientèle	2.4 Expérience patient	✦ Satisfaction de la clientèle *(C1)* ✦ Durée moyenne d'attente à l'urgence *(C3)* ✦ Taux de divulgation d'incidents et d'accidents *(C3)*
	2.5 Répondre aux besoins d'enseignement au niveau clinique et administratif	2.5 Formation des étudiants	✦ Évolution du nombre de stagiaires *(C10)* ✦ Évolution du nombre de personnes/activités au CAAHC *(C1)*
	2.6 Offrir un environnement sécuritaire et stimulant permettant l'épanouissement des équipes de travail	2.6 Valorisation des employés	✦ Ratio d'assurance salaire *(C1)* ✦ Taux d'heures en accident de travail *(C1)* ✦ Taux de satisfaction du personnel *(C1)*
PRODUCTION	3.1 Offrir une gamme complète de soins spécialisés et ultraspécialisés; de la promotion de la santé à l'intégration sociale	3.1 Offre de soins et services	✦ Promotion de la santé : taux de projets en cours/réalisés *(C1)* ✦ Renouvellement de l'accréditation Hôpital Promoteur Santé *(C1)*
	3.2 Prodiguer des soins et des services de qualité basés sur les standards internationaux les plus élevés, dans un environnement sécuritaire pour la clientèle	3.2 Soins et services sécuritaires	✦ Taux de bactériémies nosocomiales *(C3)*
	3.3 Poursuivre l'intégration des missions	3.3 Intégration des	Aucun

	de soins, d'enseignement et de recherche centrés sur les besoins du patient et de sa famille	missions Soins,évaluation, enseignement et recherche	
Axes	**Objectifs**	**Indicateurs composés**	**Indicateurs pertinents**
RESSOURCES	4.1 Valoriser les secteurs d'activités à l'interne et à l'externe afin de recruter et retenir le personnel et les médecins	4.1 Attraction et rétention	✦ Taux de roulement *(C1)* ✦ Taux de temps supplémentaire *(C1)* ✦ Taux en main-d'œuvre indépendante *(C1)*
	4.2 Qualifier les professionnels tant du milieu clinique qu'administratif	4.2 Formation et perfectionnement	✦ Évolution du nombre de personnes formées au CAAHC *(C1)*
	4.3 Gérer de façon efficiente le budget de l'organisation	4.3 Équilibre budgétaire	Aucun
	4.4 Développer et évaluer les sources de financement alternatives pour les projets de développement	4.4 Sources de financement alternatives	Aucun
	4.5 Moderniser les lieux et les technologies afin d'assurer un environnement stimulant et sécuritaire	4.5 Modernisation des lieux et des technologies	✦ État d'avancement des travaux pour le projet « Grandir en santé » *(C4)*

Tableau 29 : Le cadre de mesure de performance du CA et CD du CHU Sainte-Justine

Au niveau de l'axe organisation, les indicateurs retenus sont en lien avec la dixième composante du modèle de soins *Planetree* : s'associer à la communauté. Quant à l'axe clientèle, les indicateurs précisés sous-tendent les composantes suivantes : valoriser les interactions humaines, inclure les proches, partager l'information et s'associer à la communauté. L'axe production fait ressortir les deux composantes : valoriser les interactions humaines et partager l'information. Finalement, on peut dégager les deux composantes : valoriser les interactions humaines et humaniser l'environnement physique, sous l'axe ressources. Le CHU Sainte-Justine a déjà, parmi ses indicateurs de performance actuels, des indicateurs qui permettent de mesurer certaines dimensions de l'approche centrée sur la personne.

7.2.5.1.2 L'expérience patient

Au niveau des sondages de satisfaction de la clientèle destinés aux quatre unités pilotes, l'exercice réflexif n'a été réalisé que sur un sondage seulement, dû à un manque de temps. L'analyse réalisée a toutefois permis de mettre en lumière que les composantes *Planetree* n'étaient pas suffisamment évaluées dans les questions formulées. En effet, on ne retrouvait que sept composantes sur dix. Bien que les trois autres sondages n'aient pas été discutés lors de la réunion, l'étudiante-chercheur avait fait l'exercice et arrivait à la conclusion suivante : seulement deux composantes étaient évaluées dans les trois autres sondages, soit la valorisation des interactions humaines et le partage de l'information. Au moment du

dépôt du mémoire, l'exercice se poursuit pour que tous les sondages destinés à la clientèle dans l'établissement couvrent les dix composantes (ou les six principes directeurs du CHU Sainte-Justine).

La satisfaction des patients et de leurs familles est un élément majeur qui ressortait lors des premières rencontres avec le comité de coordination (voir section 6.2.3.3.2.1) pour expliquer le contexte dans lequel l'application du modèle de soins *Planetree* s'est décidé.

En 2010, conjointement avec la Direction de la qualité, sécurité, risques et expérience patient et le Comité des usagers CHU Sainte-Justine, un sondage de satisfaction de la clientèle autour des programmes-clientèles a été réalisé par la firme externe, Agili-T Solutions Santé. La période de collecte des données s'est échelonnée entre le 13 avril et le 23 mai 2010. Elle a visé un échantillon de 1 475 personnes ayant reçu des services du CHU Sainte-Justine au cours des six derniers mois. Le taux de réponse global a été de 22,3 %, soit 329 questionnaires complétés. Dans le rapport qui a été remis au Comité des usagers CHU Sainte-Justine en juin 2010, un bilan des forces de l'établissement a été dressé ainsi que des pistes d'amélioration. L'annexe 7 relate les principaux éléments du rapport. Les résultats de ce sondage ont été, comme le précise le coordonnateur *Planetree*, un des axes principaux qui a déterminé les orientations vers une culture d'humanisation des soins.

Depuis juin 2010, aucune autre mesure n'a été prise. Par contre, la Direction de la qualité, sécurité, risques et expérience patient travaille en collaboration avec les différents programmes-clientèles et les unités fonctionnelles afin de structurer et d'adapter des sondages destinés à leurs clientèles respectives.

7.2.5.1.3 La valorisation des employés

Finalement, l'exercice réalisé au niveau de l'outil utilisé par les ressources humaines pour l'évaluation annuelle des employés, « Rencontre d'échange et de développement - Employé », a fait ressortir qu'il évaluait déjà neuf composantes sur dix. L'évalution annuelle des employés est une pratique importante pour l'organisation puisqu'il s'agit d'un moment privilégié entre l'employé et son gestionnaire pour faire le point sur les compétences spécifiques liées au domaine d'activité, sur l'atteinte des objectifs, sur la qualité de l'approche clientèle de l'employé, sur son implication dans son équipe et sur son comportement en matière de sécurité, d'éthique et de respect des règlements. Dans le cadre de cette rencontre, les bons coups sont soulignés, les attentes pour l'année subséquente et

les besoins en matière de formation sont précisés. Le CHU Sainte-Justine veut s'assurer que le personnel est outillé adéquatement pour faire son travail.

D'ailleurs, ce sont les résultats provenant du questionnaire « Défi Meilleurs employeurs » (maintenant intitulé « Défi Employeurs Inspirants ») qui ont été à la base de la réflexion de l'organisation pour se diriger vers une approche d'humanisation des soins. Ce questionnaire a été réalisé auprès de 564 membres de l'organisation, syndiqués et non syndiqués, occupant différents corps d'emploi : allant des employés de soutien aux cadres supérieurs. Les deux grandes dimensions du questionnaire concernent « l'engagement, [c'est-à-dire] le degré d'engagement de[s] employés à l'égard de [l']organisation [et] la santé et le milieu de travail [c'est-à-dire] l'appui de [l']organisation à la santé et à un sain environnement de travail »[46]. À l'annexe 8, les huit thèmes abordés par le questionnaire ainsi que les questions sous-jacentes sont énumérées. Les résultats du questionnaires ont été remis en juin 2010 à la Direction des Ressources humaines et ont ainsi permis à l'organisation de cibler les dimensions où elle était plus forte ou plus faible au niveau de la gestion de ses ressources humaines.

Les exercices réalisés au niveau des outils de gestion de performance présentement utilisés au CHU Sainte-Justine ont permis de témoigner du niveau d'arrimage entre ces outils et les différentes composantes du modèle de soins *Planetree*. Au-delà de ces artefacts, il convient de présenter comment l'introduction du modèle a été perçu par les membres de l'organisation et quelles sont leurs perceptions et préoccupations. Afin d'avoir un portrait plus réaliste de l'impact de cette nouvelle culture organisationnelle désirée, il est aussi important de saisir ce qui se passent « dans la tête » des membres de l'organisation.

7.2.5.2 La réflexion des membres au CHU Sainte-Justine

7.2.5.2.1 Leurs perceptions

Les participants expriment leurs perceptions par rapport au modèle de soins *Planetree* en le qualifiant de « levier de vitesse », de « catalyseur », d'« état d'être », de « démarche » et d'« élément de référence ». D'un côté, ils le perçoivent comme une philosophie de gestion, c'est-à-dire que le modèle s'inscrit dans la vision de l'organisation et soutient les valeurs qui sont déjà présentes. De l'autre côté, ils le voient comme une démarche qui propose des outils permettant d'impliquer davantage les patients et de mobiliser les employés. Le

[46] http://www.defiemployeursinspirants.com/questionnaire.aspx, page consultée le 17 janvier 2013.

modèle agit comme un cadre pour les pousser plus loin dans l'humanisation des soins et services.

Le modèle de soins *Planetree* n'a toutefois pas reçu le même accueil parmi les membres de l'organisation. Le directeur de la DAMU a bien résumé la situation en mentionnant qu'« il y a des endroits où [on perçoit] de plus grandes résistances à [l'humanisation des soins], [puisque certains membres] sont moins naturel[lement portés vers cette approche] ». D'un côté, on a un exemple favorable de la directrice des soins infirmiers qui dit être déjà à l'aise avec ce modèle puisque les bases de *Planetree* s'arriment avec l'école de pensée du *caring*. De l'autre côté, plusieurs participants semblaient déplorer que l'humanisation des soins ne soit pas la priorité des médecins.

Par contre, l'ensemble des participants a affirmé que tous les membres de l'organisation avaient un rôle à jouer dans l'application de ce modèle de soins, de l'employé de soutien au gestionnaire, en passant par les médecins et les infirmières. Ils devaient tous le soutenir et s'y engager. Certains ont aussi précisé qu'il fallait indéniablement que la haute direction « le soutienne, le valorise et se l'impose même à elle-même ».

7.2.5.2.2 L'application des composantes

En référence aux dix composantes du modèle de soins *Planetree*, déjà énumérées au point 4.6.1.4, elles semblent très évidentes, selon les participants, à appliquer dans le quotidien par rapport aux soins et services offerts aux patients.

Par contre, au niveau de son application au niveau des employés, les participants ne sont pas aussi convaincus. « C'est plus confrontant! », comme le soulignait la directrice des soins infirmiers. Tout d'abord, il faut comprendre le sens de la composante pour bien l'adapter au contexte organisationnel. Celles qui semblaient d'emblée être le plus facilement adaptables sont : valoriser les interactions humaines, partager l'information, s'associer à la communauté et humaniser l'environnement physique. Puis, par la suite, en prenant le temps de regarder chaque composante, il était aussi possible de faire des analogies et les ajuster au quotidien des employés. D'ailleurs, au niveau des unités pilotes, un grand travail de concrétisation des composantes a été réalisé entre les chefs et leurs équipes. Ils ont été en mesure de donner plusieurs exemples en lien avec leurs applications. Notamment, ils mentionnent qu'ils ont pris un virage afin de transformer leurs réunions d'équipe de style unidirectionnel en périodes d'échanges afin d'impliquer davantage les employés.

Bien que la directrice des ressources humaines soit très confiante que toutes les composantes s'inscrivent dans la « vision *Planetree* RH » de l'organisation, la moitié des participants a soulevé que le volet de la valorisation et la reconnaissance des employés était négligé dans l'organisation. Ils ont illustré leurs propos en mentionnant que peu de « petites tapes dans le dos » sont offertes tant pour les employés qu'au niveau des gestionnaires et que « les tâches non professionnelles [c'est-à-dire les tâches qui ne sont pas cliniques] ne sont pas suffisamment valorisées ».

Par contre, les membres du comité d'humanisation des soins *Planetree* au CHU Sainte-Justine travaillent très fort pour témoigner des activités ou pratiques existantes (« les bons coups ») dans l'établissement qui sont en lien avec les composantes, autant pour la dimension clientèle qu'au niveau des employés. De plus, le directeur de la DAMU soutient que les équipes de gestion présentement en place au CHU Sainte-Justine, telles la DSC, la DSI et la DRH, semblent être sensibilisées à mettre « l'humain au coeur des préoccupations ».

7.2.5.2.3 Leurs préoccupations

Certaines craintes et préoccupations ont été formulées par les personnes rencontrées lors des réunions et par les participants lors des entretiens à propos de la transformation culturelle que le modèle de soins *Planetree* va apporter. La première concerne l'identité du CHU Sainte-Justine. Un participant du Bureau de la direction générale le formule ainsi : « [...] on [ne] pourra pas en faire un objet pur et dur [en faisant référence au modèle de soins *Planetree*] [...], on [ne] pourra pas parce qu'on a déjà notre identité. [...] on [ne] rentrera pas Sainte-Justine dans *Planetree*, c'est *Planetree* qui va rentrer dans Sainte-Justine ». Ce commentaire, formulé de façon différente, a aussi été repris par d'autres membres.

La deuxième préoccupation concerne la rigidité du cadre structurel du modèle de soins *Planetree*. Étant donné que l'organisation souhaite obtenir une reconnaissance au niveau bronze, elle doit conséquemment s'engager dans la démarche décrite au point 4.6.1.5. La reddition de comptes qui en découle peut alourdir le quotidien. De plus, elle doit s'harmoniser avec les autres démarches que le CHU Sainte-Justine a déjà entreprises, comme par exemple avec le suivi de l'application de la formation « Le gestionnaire agile ».

Puis, la troisième préoccupation concerne l'application au quotidien du modèle. Lors d'une réunion à laquelle l'étudiante-chercheur assistait, elle a ressenti un inconfort de la part de certains membres du comité de pilotage des sites pilotes. Ils se demandaient comment ils allaient être en mesure de faire vivre les valeurs du modèle au quotidien, comment ils pourraient l'appliquer dans leur travail de tous les jours et comment, par exemple, « être » *Planetree* dans l'attribution des vacances? Finalement, un des participants rencontré en entretien a clairement énoncé la problématique liée à la mesure du modèle de soins *Planetree* et par conséquent, la nouvelle culture organisationnelle : « c'est tellement mou *Planetree,* l'humanisation, [...] comment tu le mesures? ».

Les informations présentées dans cette deuxième section ont permis de faire ressortir les principales caractéristiques reliées à la culture organisationnelle du CHU Sainte-Justine. Selon les niveaux d'analyse de Schein (2004), il s'agit essentiellement des valeurs partagées parmi les participants, des comportements manifestes et des routines organisationnelles observables. Ce sont les dimensions qui sont plus facilement observables et qu'il est possible de mesurer. Dans la troisième section du chapitre, nous poursuivons avec une analyse et une discussion qui portent précisément sur les concepts liés à la culture organisationnelle (7.3). Tel qu'illustré dans notre démarche de recherche à la figure 34, les les prochaines sections permettront de détailler la culture organisationnelle actuelle (7.3.1), le processus de transformation organisationnelle (7.3.2) ainsi que la culture organisationnelle désirée (7.3.3). Cette troisième section du chapitre 7 est essentielle pour rendre compte de la complexité liée aux concepts de culture organisationnelle ainsi que des enjeux qu'elle comporte. À la fin de cette partie, nous faisons ressortir, comme mentionné précédemment, que pour changer une culture organisationnelle, la mesure et le pilotage du processus sont essentiels (Botton *et al.*, 2012; Cameron et Quinn, 2011).

7.3 Les éléments liés à la culture organisationnelle

Dans cette troisième partie, nous allons traiter en détail de la culture organisationnelle actuelle au CHU Sainte-Justine. Nous analyserons et discuterons de l'ensemble des caractéristiques et de la dynamique de leur culture organisationnelle, puis nous la positionnons selon les niveaux de solidarité et sociabilité dans la matrice de Goffee et Jones (1998). Pour soutenir nos propos, nous mobiliserons les concepts vus précédemment dans la revue de littérature et dans les deux premières sections du présent chapitre.

Cette section est essentielle puisqu'elle permet de faire ressortir qui sont les membres du CHU Sainte-Justine, comment ils se comportent, comment ils travaillent, comment ils collaborent entre eux, etc. Tel que souligné à la section 3.7.1, l'analyse de la culture organisationnelle permet de dégager les forces organisationnelles et les obstacles culturels (Cameron et Quinn, 2011; Schein, 2004) qui pourront être mobilisées ou sur lesquels il faudra travailler afin d'atteindre la culture organisationelle désirée. En fait, ici, nous souhaitons poser un diagnostic préliminaire sur la portée des efforts à fournir pendant la transformation organisationnelle. Rappelons que plusieurs auteurs ont souligné l'importance de connaître la culture organisationnelle actuelle avant d'amorcer un changement (cf section 3.7.1).

7.3.1 La culture organisationnelle actuelle au CHU Sainte-Justine

Avant de commencer cette section, une précision s'impose : l'analyse de la culture organisationnelle présentée ci-dessus n'est que sommaire. Deux principales raisons expliquent cette limite. Premièrement, il faut comprendre qu'il existe différentes sous-cultures (cf section 3.3.3) au sein du CHU Sainte-Justine, provenant des divers corps d'emploi (Séguin *et al.*, 2008; Schein, 2004; Sims, 2002). Conséquemment, certaines dimensions liées à la culture organisationnelle peuvent revêtir un aspect contradictoire. Deuxièmement, l'analyse ne se base que sur des documents organisationnels, des observations et des entretiens individuels de courte durée.

Quelques caractéristiques de la culture organisationnelle du CHU Sainte-Justine ont été exposées précédemment (cf section 7.2), notamment les valeurs partagées et les artefacts. Tel que présenté à la section 3.3.1, considérant la dynamique qui existe entre les niveaux de la culture organisationnelle (Schein, 2004), on peut maintenant tenter de dégager les postulats implicites des membres de l'organisation, en se basant sur ce qui a été décrit aux deux autres niveaux précédemment.

7.3.1.1 Les postulats implicites

Tel qu'exposé à la section 3.3.1, les postulats implicites sont basés sur la façon dont les membres d'un groupe percoivent la nature de la réalité et de la vérité, la nature du temps, la nature de l'espace, la nature humaine, la nature de l'activité humaine et la nature des relations humaines (Schein, 2004 : 138). En fonction de ces perceptions, la façon de comprendre et d'anticiper les comportements des individus est différente (Séguin *et al.*,

2008). Les quatre prochains paragraphes reprendront la façon dont les membres du CHU Sainte-Justine se représentent la réalité et la vérité, la nature des relations humaines, la nature de l'espace et la nature du temps.

7.3.1.1.1 La réalité et la vérité

Au CHU Sainte-Justine, les participants ont une conception pragmatique de la réalité. Comme mentionné à la section 7.2.2, ils travaillent à dispenser et à améliorer les soins et services aux patients, principalement à travers leur expertise clinique. Cette dernière est d'ailleurs très valorisée dans l'organisation. Selon les propos retenus des participants, on conclut que par leur formation, ils recherchent la vérité à travers la science. L'utilisation des données probantes s'avère particulièrement importante pour obtenir un consensus puisque l'excellence et l'expertise clinique sont valorisées parmi les participants.

7.3.1.1.2 Les relations humaines

Au sein de l'établissement, le fait de valoriser l'expertise clinique entraîne conséquemment une hiérarchisation entre les corps d'emploi professionnels et ceux non-professionnels. Tel que souligné par certains participants, il existe une moins grande valorisation pour ces dernières tâches. Cette situation implique que les relations et la distribution du pouvoir ne sont pas égales entre les différents corps de métier dans l'organisation.

7.3.1.1.3 La nature de l'espace

Cette hiérarchisation des corps d'emploi se traduit concrètement jusque dans les artefacts de l'organisation, tel qu'illustré à la section 7.2 du présent chapitre. En effet, la dimension des bureaux varie en fonction du statut occupé : les membres qui occupent des postes de direction ou de recherche, ont des bureaux plus spacieux. En plus, les bureaux des différentes directions sont regroupés au 8e étage de l'établissement, alors que ceux des départements de programmes-clientèles et des unités fonctionnelles sont plus près du terrain. Selon cette observation, nous concluons que cette division physique tend à ajouter une contrainte supplémentaire à la réussite du travail interdisciplinaire.

7.3.1.1.4 La nature du temps

Comme nous avons vu à la section 7.2.2, la quête de l'excellence et la créativité sont des valeurs organisationnelles valorisées et elles poussent à l'amélioration et à l'innovation au

niveau des soins cliniques et au niveau technologique. Ces valeurs s'actualisent dans l'organisation car les membres sont capables de se positionner dans le temps présent, mais envisagent également le futur de l'organisation, c'est-à-dire qu'ils comprennent les enjeux quotidiens, mais partagent aussi une vision de leur organisation à moyen-long terme.

De plus, tel que mentionné à la section 7.2.2.3, les réunions au CHU Sainte-Justine débutent rarement aux heures prévues et certaines personnes peuvent même s'ajouter en cours de réunion. Ces comportements manifestes des membres du CHU Sainte-Justine pourraient témoigner du peu d'importance qu'ils accordent au temps. En fait, comme souligné à la section 7.2.2.3, les membres de l'établissement ont un niveau d'engagement élevé, ce qui se traduit par un horaire occupé. Cet horaire chargé témoigne du statut occupé au sein de l'établissement. Plus les membres ont un statut élevé, plus il est accepté de ne pas arriver à l'heure prévue lors des réunions.

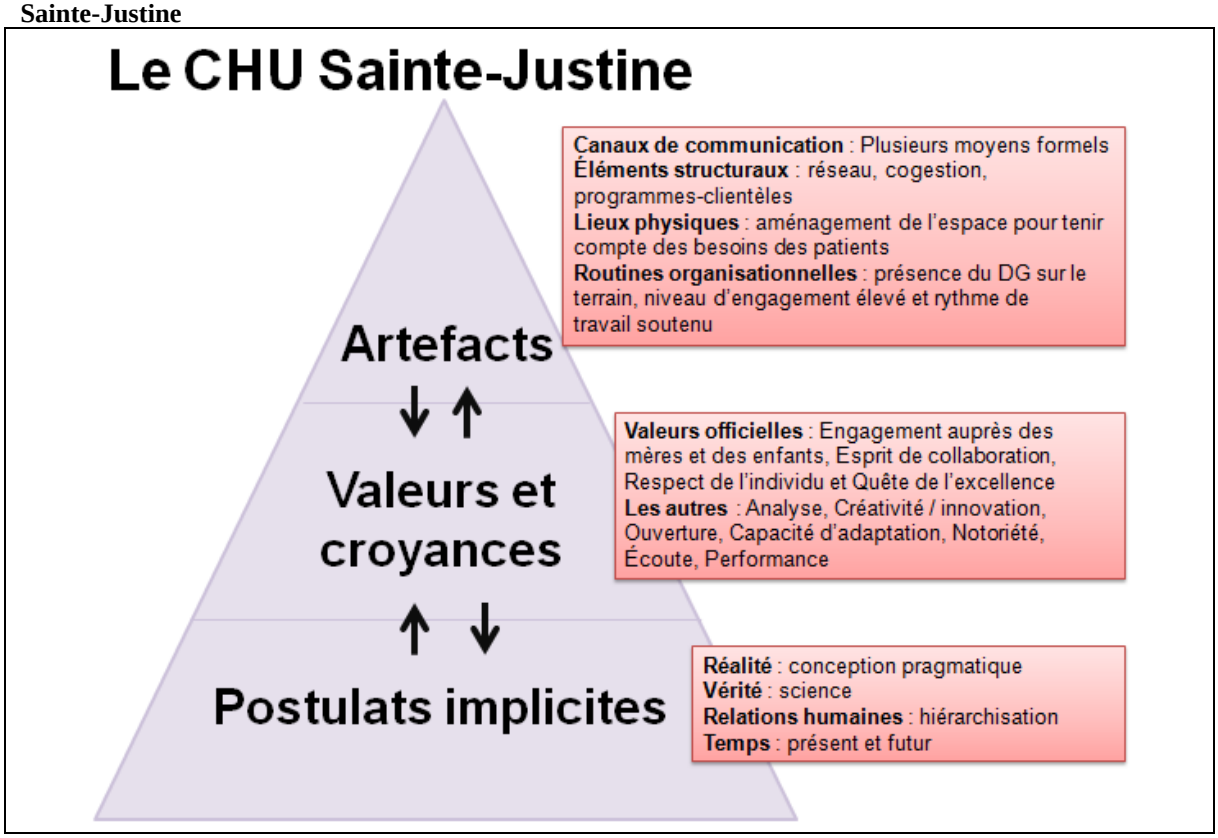
Par contre, bien que cette pratique semble acceptée parmi les membres de l'organisation, elle porte à réflexion dans le cadre d'une culture organisationnelle qui vise une approche centrée sur la personne. En général, on considére que les débuts et les fins de réunions sont souvent un moment d'échanges entre les membres d'une organisation, notamment pour discuter de sujets dépassant le cadre de la réunion. Or, le fait de passer de réunion en réunion et de ne pas participer à la portion « sociale » de la rencontre pourrait traduire que les membres n'accordent pas d'importance à ce qui est dit lors de ces moments en début ou en fin de réunion.

7.3.1.2 Une synthèse des caractéristiques de la culture organisationnelle

À la figure 36, nous reprenons les différentes caractéristiques décrites ci-dessus et celles présentées dans l'étude de cas (cf section 7.2). Elles sont segmentées selon les trois niveaux de la culture organisationnelle (Schein, 2004) (cf section 3.3.1). Les flèches illustrent la dynamique qui existe entre les niveaux. Ainsi, on comprend que les artefacts ne sont que le reflet visible dans l'organisation des valeurs et des postulats implicites partagés entre les membres. Par exemple, tel que mentionné à la section 7.2.2, la valorisation de l'excellence au CHU Sainte-Justine se traduit par un engagement élevé des membres, ce qui explique leur rythme soutenu de travail. La combinaison des postulats implicites permet, pour sa part, d'expliquer certains comportements qui sont faits naturellement en organisation. Bref,

la vision d'ensemble de la culture organisationnelle, structurée en niveaux, met en lumière les relations entre l'invisible et le visible.

Figure 36 : Représentation sommaire des caractéristiques de la culture organisationnelle au CHU Sainte-Justine



7.3.1.2.1 Les valeurs et croyances

Tel que présenté à la section 7.2.2, les membres du CHU Sainte-Justine semblent considérés les quatre valeurs organisationnelles officielles comme étant logiques et en adéquation avec leurs valeurs personnelles. De plus, lors des entretiens, les participants ont aussi soulevé d'autres valeurs qu'ils partageaient entre eux, telles l'excellence, la créativité et l'innovation, la collaboration et l'engagement. Ces valeurs organisationnelles partagées parmi les membres du CHU Sainte-Justine se manifestent au quodidien dans les artefacts.

7.3.1.2.2 Les artefacts

Comme nous l'avons vu au chapitre 3, les artefacts sont les éléments visibles, tangibles et audibles (Rouleau, 2007; Schein, 2004) de la culture organisationnelle. Au CHU Sainte-Justine, tel qu'exposé dans l'étude de cas du présent chapitre, nous pouvons dégager certaines grandes dimensions que nous avons choisi de diviser en quatre catégories, tout comme Raufflet *et al.* (2005) l'ont fait dans leur article. Au niveau des routines

organisationnelles, une caractéristique distinctive du CHU Sainte-Justine est la présence manifeste du DG sur le terrain, tel que mentionné par plusieurs participants (cf section 7.2.1). De plus, le fait que les membres organisationnels aient un niveau d'engagement élevé (cf section 7.2.2) entraîne un rythme de travail soutenu. Ils cumulent donc plusieurs projets à mener à terme en même temps. Quant aux canaux de communication, nous avons observé plusieurs moyens formels de diffuser l'information, comme par exemple les réunions, les formations, les babillards et les journaux internes. Au niveau des éléments structuraux, le CHU Sainte-Justine s'inscrit dans un environnement en réseau où l'esprit de collaboration est prôné. À la lecture de son organigramme, présenté à l'annexe 5, on voit que le CHU Sainte-Justine organise le travail de ses membres en cogestion et selon six programmes-clientèles. Il cherche par sa structure à favoriser le travail interdisciplinaire. Finalement, par les observations réalisées au niveau des lieux physiques, présentées à la section 7.2.3.4, nous concluons que le CHU Sainte-Justine fait de nombreux efforts pour aménager son environnement physique afin de répondre aux besoins des patients et de leurs familles.

7.3.1.2.3 Les postulats implicites

Troisièmement, au niveau des postulats implicites, comme nous l'avons vu à la section 7.3.1.1, les membres au CHU Sainte-Justine ont une vision pragmatique de la réalité, conçoivent la vérité à travers la science, savent se positionner en fonction des enjeux actuels (présent) tout en étant capables de se projeter dans l'avenir (futur) et ont une vision hiérarchique des relations humaines.

7.3.1.2.4 Les dissonances

Lorsque nous examinons les niveaux d'analyse, on peut aussi faire ressortir les dissonances. Par exemple, la valeur de collaboration qui est prônée par les membres au niveau 2 n'est pas en cohérence avec la façon dont les participants se positionnent les uns par rapport aux autres, c'est-à-dire selon une hiérarchisation des corps d'emploi. Ainsi, tel que mentionné à la section 3.3.1 de la revue de la littérature, il se peut que certaines valeurs soient seulement le fruit de « rationalisation ou d'aspirations futures » (Schein, 2004 : 30, traduction libre).

De plus, lors des entretiens, plusieurs participants semblaient déplorer que l'humanisation des soins ne soit pas la priorité des médecins (cf section 7.2.5.2.1). Si nous analysons le rapport des membres, principalement des médecins, à la réalité (vision pragmatique) et à la

vérité (la science), tel que mentionné à la section 7.3.1.1, leurs comportements sont cohérents avec leurs postulats implicites. Le même exercice peut être fait avec les infirmières. Tel que souligné par la directrice des soins infirmiers à la section 7.2.5.2.1, ces dernières semblent plus enclines à adopter une approche de soins basée sur les principes du modèle *Planetree* puisque ces principes ressemblent à ceux issus de l'école de pensée du *caring*, par laquelle elles ont été formées et socialisées.

7.3.1.3 La dynamique de la culture organisationnelle

Tel que mentionné dans la revue de la littérature à la section 3.3.2, la culture organisationnelle peut être conceptualisée en trois niveaux imbriqués dont l'évolution est dynamique.

Comme précisé au chapitre 3, la culture organisationnelle se construit tout d'abord à travers un processus d'adaptation à l'environnement externe (Schein, 2004; Sims, 2002). Au CHU Sainte-Justine, ce processus s'illustre de la façon suivante. D'une part, face aux demandes du MSSS, de son réseau et de la population en général, l'établissement hospitalier a précisé ses missions, provinciale pédiatrique et universitaire, a défini ses orientations stratégiques notamment pour mettre de l'avant l'humanisation des soins et a modifié, dans les dernières années, sa structure organisationnelle en optant pour une approche par programmes-clientèles. Il s'est donc donné les moyens pour répondre aux exigences de son environnement complexe.

En référence à la section 3.3.2, la culture organisationnelle se construit aussi par un processus d'intégration à l'interne (Schein, 2004; Sims, 2002). Au CHU Sainte-Justine, ce processus s'illustre de la façon suivante. Au fil des années, l'établissement hospitalier s'est bâti une identité organisationnelle unique. D'ailleurs, les anecdotes racontées par et entre les membres renforcent cette idéologie, comme l'anecdote racontée sur les actions Sainte-Justine (cf section 7.2.2.3). D'autres facteurs traduisent aussi cette intégration interne. Le fait qu'une vision claire par le DG soit communiquée, que les missions poursuivies par l'organisation soient formellement énoncées et diffusées parmi les participants et le fait que les valeurs soient partagées, permettent aux membres de s'engager dans la direction à suivre pour les prochaines années. Les membres connaissent également ce qui est valorisé et ce qui est inacceptable comme attitudes et comportements et ils s'y conforment. Finalement, les relations de pouvoir au sein de l'organisation semblent être connues de tous participants.

En bref, les participants du CHU Sainte-Justine, par leurs valeurs, leurs processus et leurs systèmes mis en place à l'interne se sont construit une identité unique qui leur permet de répondre et de s'adapter aux contraintes et défis externes.

Cette identité propre à l'établissement se caractérise entre autres par les relations qu'entretiennent les membres entre eux et la vision qu'ils ont des objectifs organisationnels. Nous pouvons désormais analyser leur culture organisationnelle selon les concepts de Goffee et Jones (1998), c'est-à-dire selon les niveaux de sociabilité et de solidarité des membres.

7.3.1.4 Son positionnement selon les niveaux de solidarité et sociabilité

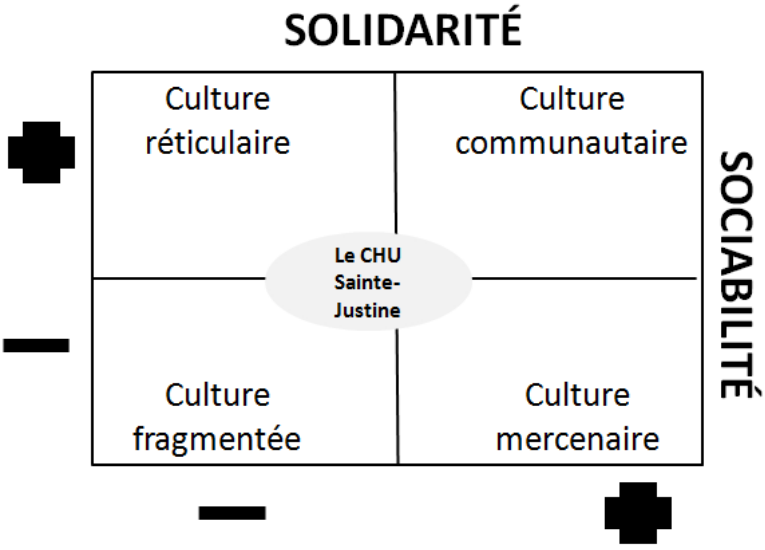
En se basant sur les propos recueillis et des informations mises à l'annexe 6, nous pouvons ainsi analyser les niveaux de solidarité et de sociabilité des membres du CHU Sainte-Justine, selon la matrice de Goffee et Jones (1998), illustrée à la figure 20 de la section 3.5.2.

Du point de vue de leur solidarité, bien que le discours organisationnel au CHU Sainte-Justine soit très présent quant aux objectifs communs à atteindre, certains participants ont reconnu, tel que mentionné à la section 7.1.2, que les membres de l'organisation pouvaient avoir des logiques différentes, continuaient de travailler en silo et conséquemment que les objectifs poursuivis dans les différentes directions ou départements n'étaient pas toujours alignés avec les orientations stratégiques. Par contre, les multiples projets qui sont menés dans l'établissement exigent que les membres travaillent de façon interdisciplinaire. De plus, la structure organisationnelle qui favorise la cogestion tente d'amener les membres vers une vision davantage transversale.

Du point de vue de leur sociabilité, c'est-à-dire les relations amicales entretenues entre les membres, elle est ambivalente. En fait, bien que les relations soient harmonieuses entre les membres d'une même équipe ou d'un même département, comme témoignent les informations mises à l'annexe 6, la réalité vécue entre les différents corps d'emploi est tout autre. Tel que soulevé par plusieurs participants et mentionné à la section 7.2.2.4, les relations entre les médecins et les infirmiers / infirmières ou entre le personnel professionnel et non-professionnel ne sont pas égalitaires.

Ainsi, dans la matrice de Goffee et Jones (1998), la culture organisationnelle est placée à mi-chemin au niveau de la sociabilité et davantage vers un niveau plus faible au niveau de la solidarité. La figure 37 illustre son positionnement.

Figure 37 : Le positionnement de la culture organisationnelle du CHU Sainte-Justine dans la matrice de Goffee et Jones (1998)



Source : Adaptation de la matrice de Goffee et Jones (1998)

Comme nous l'avons vu à la figure 33, le modèle de soins *Planetree* fait plutôt référence à une culture communautaire où les membres partagent une compréhension commune des objectifs organisationnels et travaillent ensemble à les atteindre. Leur valorisation et leur contribution sont favorisées. De plus, le modèle de soins *Planetree* vise à ce que les membres de l'organisation évoluent dans un environnement sain où les relations sont harmonieuses et empreintes de respect. À la lumière du positionnement du CHU Sainte-Justine, les membres de l'établissement devront tout d'abord travailler à augmenter leur niveau de sociabilité puis celui de solidarité pour atteindre la culture organisationnelle désirée.

À la figure 32 du chapitre 4, nous avons identifié les caractéristiques principales de l'approche centrée sur la personne. Elles pourraient être qualifiées de valeurs d'humanisation. Elles concernent entre autres la dignité, le respect, le choix, l'autodétermination ainsi que les dix composantes du modèle. Au CHU Sainte-Justine, les membres devraient d'un côté travailler à améliorer la qualité de leurs relations, notamment entre les différents corps d'emploi. De l'autre côté, ils devraient aussi travailler à renforcer leur niveau de collaboration pour mobiliser leurs efforts vers l'accomplissement des résultats organisationnels. Bref, les membres du CHU Sainte-Justine devraient tenter de

partager et de s'approprier les valeurs d'humanisation suivantes : l'écoute, le respect, la collaboration, le partage et la confiance, afin d'atteindre la culture organisationnelle désirée.

7.3.2 La transformation organisationnelle

À la lecture des éléments exposés au présent chapitre, nous considérons que la transformation de culture organisationnelle qui a cours présentement au CHU Sainte-Justine découle d'une stratégie délibérée en opposition à une stratégie émergente. La décision d'appliquer le modèle de soins *Planetree* découle notamment des nouvelles orientations stratégiques décidées par le DG et son équipe de direction.

Dans la prochaine section, nous allons tout d'abord positionner cette transformation parmi les différents types de changement, en ayant recours à la typologie de Rondeau (2008) pour le niveau macro et à celle de Trice et Beyer (1993) au niveau de l'établissement. Cette contextualisation nous amène à discuter de la démarche de transformation amorcée au CHU Sainte-Justine, selon les étapes du modèle de Gebhart *et al.* (2006). Ensuite, nous discuterons de l'impact du processus de transformation sur les membres de l'établissement en abordant particulièrement l'anxiété d'apprentissage et les conditions à mettre en place pour l'apaiser.

7.3.2.1 Le renouvellement culturel

Dans une perspective générale, nous positionnons cette transformation organisationnelle comme un « renouvellement » (cf section 3.7). Selon les propos de Rondeau (2008) présentés au chapitre 3 de la revue de la littérature, elle vise une modification dans la culture de l'organisation en misant sur les pratiques organisationnelles courantes afin que les membres développent de nouvelles habiletés et compétences ainsi qu'un niveau de mobilisation plus élevé envers les résultats à atteindre (Rondeau, 2008 : 4). Il mentionne que « le changement veut d'abord faire partager un diagnostic des déficiences en utilisant divers outils [...], puis susciter l'adoption de pratiques nouvelles souvent inspirées de normes de classe mondiale ou issues de l'identification des meilleures pratiques connues » (*Idem*). La démarche adoptée par le CHU Sainte-Justine jusqu'à présent s'inscrit dans cette logique. Dès le début du processus, un premier diagnostic a été posé par la firme Agili-T en 2010 au niveau de la satisfaction de la clientèle (cf annexe 7) et par le RPQ en 2012 au niveau des relations entre les membres à l'interne (cf annexe 6). Les résultats ont permis d'établir un diagnostic qui a justement fait ressortir les forces et les points d'amélioration

qui sont des catalyseurs ou des contraintes à la réalisation de la culture désirée. Comme nous l'avons précisé à la section 3.7.1, cette étape est essentielle dans le cadre d'une transformation de culture organisationnelle. On peut également ajouter que l'analyse sommaire de la culture organisationnelle, réalisée dans le cadre de ce mémoire (cf section 7.3.1), permet aussi d'identifier les appuis et les obstacles culturels ainsi que les principaux enjeux. Une fois le diagnostic établi, le CHU Sainte-Justine a choisi d'utiliser le modèle de soins *Planetree* pour le guider à travers l'adoption de ses nouvelles pratiques organisationnelles.

Au sein de l'établissement, nous qualifions le changement comme étant un changement de type « remodelage », selon les propos de Trice et Beyer (1993) présentés à la section 3.7 de la revue de littérature. D'entrée de jeu, tous les membres organisationnels sont touchés par cette transformation puisque d'un côté, le modèle de soins *Planetree* est appliqué à l'ensemble de l'organisation, il concerne autant les unités fonctionnelles que la haute direction. De l'autre côté, en étant un modèle intégrateur qui englobe les besoins des patients, leurs familles, ceux des employés et même ceux de la communauté, il nécessite une transformation culturelle. Cette dernière ne passe pas seulement par la modification des structures et des processus organisationnels, mais bien par la modification de la culture organisationnelle actuelle. Tel qu'illustré au chapitre 3, lorsque, dans une organisation, on fait référence à la culture organisationnelle, cela implique inévitablement l'ensemble des membres. Selon les termes de Trice et Beyer (1993), l'étendue du changement au CHU Sainte-Justine est donc élevée. Par contre, bien que cette transformation concerne tout l'établissement hospitalier, elle n'a pas la même portée pour tous. En fait, comme nous l'avons vu précédemment, selon les directions ou départements, certains membres avaient déjà intégré les principes de l'approche centrée sur le patient, ou la personne, dans leurs pratiques. Par exemple, les propos mentionnés aux sections 7.2.5.2.1 et 7.2.5.2.2 soulignent que la DSI base déjà ses pratiques sur la philosophie du *caring* et que la DRH est déjà sensibilisée aux besoins des employés. Par contre, certains départements, comme les unités fonctionnelles, par la nature de leurs fonctions, sont plus loin de la réalité et du contact du patient. Ils sont conséquemment moins portés à intégrer ces principes à leurs pratiques. Toujours selon les termes de Trice et Beyer (1993), l'ampleur du changement au CHU Sainte-Justine peut être qualifiée de modérée, puisqu'elle varie en fonction de l'expérience antérieure des différentes directions et départements. De plus, comme nous l'avons vu à la

section 7.2.3, pour le guider et l'outiller dans cette transformation, le CHU Sainte-Justine peut compter sur une vaste source d'informations, de conseils, d'exemples et de bonnes pratiques provenant de l'organisme *Planetree* aux États-Unis et du RPQ. Ainsi, le degré d'innovation du changement au CHU Sainte-Justine est modéré, selon les propos de Trice et Beyer (1993). Cette transformation requiert certes des efforts soutenus, mais de façon moins prononcée que s'il n'existait aucun référentiel pour orienter l'organisation dans ses actions. Finalement, étant donné que l'application du modèle de soins *Planetree* sous-tend une transformation de culture organisationnelle, tel qu'illustré à la section 4.4 de la revue de littérature, la durée pour la réaliser est importante et longue. En plus, elle implique une permanence dans le temps comparativement à un changement qui ne serait que temporaire. Bref, comme plusieurs auteurs l'ont souligné, un changement culturel, dans le cas de notre recherche, une transformation de culture organisationnelle, est une tâche difficile qui exige des efforts à long terme (Cameron et Quinn, 2011; Rondeau, 2008; Séguin *et al.*, 2008; Schein, 2004; Sims, 2002; Trice et Beyer, 1993) (cf section 3.7).

7.3.2.2 La démarche de transformation

Considérant les données recueillies par l'analyse des documents et lors des divers entretiens, il est maintenant possible d'analyser et de discuter de l'évolution de la transformation de la culture organisationnelle du CHU Sainte-Justine à partir du modèle de Gebhardt *et al.* (2006), illustré à la figure 23, section 3.7.2 du présent mémoire.

Dans les prochaines pages, nous présenterons les divers éléments présents au CHU Sainte-Justine qui se rattachent à chaque étape de leur modèle.

Étape 1 : Le coup d'envoi

Tel qu'illustré à la section 7.2, de façon marquée, l'arrivée de Dr Brunet, directeur général au CHU Sainte-Justine en 2009, a donné le coup d'envoi pour l'application du modèle de soins *Planetree* au sein de l'établissement. Par la promotion de l'humanisation des soins qu'il a martelée, il a été l'instigateur de la démarche.

1.1 La prise de conscience

Il faut toutefois souligner que cette volonté s'inscrit dans un contexte. À ce sujet, on peut mentionner que la prise de conscience par Dr Brunet ainsi que par les parties prenantes influentes au CHU Sainte-Justine s'est réalisée à deux niveaux.

Dans un premier temps, ils ont reconnu trois menaces externes :

1. la population québécoise trouve le système de santé inhumain (cf section 1.1);
2. il existe un contexte difficile, dans le domaine de la santé, pour le recrutement, la mobilisation et la rétention des ressources (cf section 4.5);
3. il y a une menace de concurrence « renouvelée » : le nouvel Hôpital de Montréal pour enfants sera prêt en 2014 (cf section 7.1).

Dans un deuxième temps, ils ont également pris conscience de deux enjeux majeurs au sein de l'établissement suite aux résultats du questionnaire « Défi Meilleurs Employeurs » (cf section 7.2.5.1.3) et ceux du sondage de la satisfaction de la clientèle (cf section 7.2.5.1.2).

Comme mentionné à la section 7.2.1, le directeur de la DAMU résume : « on a pris ce moyen-là pour améliorer la qualité de vie de notre personnel et améliorer la qualité de soins de nos patients. Et c'est une demande qui est là depuis longtemps de la part de la population, le système de santé n'est pas humain ».

1.2 La préparation

Face à ces constats, tel que vu dans le modèle de Gebhardt *et al.* (2006) à la section 3.7.2, le CHU Sainte-Justine devait se nommer un leader et mettre sur pied un groupe qui servirait de guide à la transformation organisationnelle. Tel que mentionné à plusieurs reprises dans l'étude de cas, le leader en question au CHU Sainte-Justine est le Dr Brunet. Dans la revue de la littérature, aux sections 3.7.2 et 3.7.3, on a vu que plusieurs auteurs dont Kotter (1996), Schein (2004) ainsi que Gebhardt *et al.* (2006) insistent sur l'importance de l'engagement de la haute direction dans un tel changement. Dans la même veine, dans sa brochure promotionnelle, le RPQ précise également que la première étape vers la transformation de la culture organisationnelle est l'engagement de la direction (cf section 4.6.1.3). Cet engagement a aussi été souligné par les participants lors des entretiens.

Comme nous l'avons vu au chapitre 3, afin de réaliser une transformation de culture organisationnelle, il est impensable d'agir de façon isolée. Tel que mentionné dans le modèle de Gebhardt *et al.* (2006), dès la première étape, une coalition doit être formée pour permettre de guider le changement à travers l'organisation, partager les valeurs et travailler sur les processus qui peuvent favoriser les changements de comportements (cf section 3.7.2). Au CHU Sainte-Justine, la coalition a pris la forme suivante. Tout d'abord, tel que mentionné à la section 7.2.3, un coordonnateur *Planetree* a été officiellement nommé. Son

mandat est de coordonner les efforts et les activités avec les équipes pour faciliter l'implantation de la culture humaniste. De plus, deux comités importants ont vu le jour : le comité de pilotage des sites pilotes *Planetree* en octobre 2011 et le comité d'humanisation des soins *Planetree* en décembre 2012.

Bref, Dr Brunet, son comité de direction, le coordonnateur *Planetree* et les deux comités mentionnés ci-dessus forment la coalition au CHU Sainte-Justine. Pour l'accompagner dans sa démarche, cette dernière reçoit aussi l'appui du Réseau *Planetree* Québec depuis avril 2010, tel que mentionné à la section 7.2.3. La mise sur pied de cette coalition était essentielle pour amorcer la transformation vers la culture désirée. D'ailleurs, son niveau de mobilisation et d'engagement ainsi que les efforts qu'elle déploye pour faire progresser l'établissement vers l'approche centrée sur la personne témoignent de son efficacité.

Étape 2 : La mise en œuvre du plan de changement

Selon le modèle de Gebhardt *et al.* (2006), lors de la deuxième étape, le plan de changement doit être présenté à l'ensemble de l'organisation. Au CHU Sainte-Justine, tel que souligné aux sections 7.2 et 7.2.1, la démarche d'humanisation des soins a été clairement énoncée dans le rapport annuel 2010-2011 (Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 2011 : 9) et dans le plan stratégique 2011-2014 (Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 2010 : 6-8). La référence précise à *Planetree* a aussi été soulignée (Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 2011 : 9). La portée de ce message est large : d'un côté, elle informe les membres organisationnels et de l'autre côté, elle informe aussi les partenaires externes du CHU Sainte-Justine.

Bien que cette volonté ait été traduite dans les documents officiels, ce n'est toutefois pas l'ensemble des membres de l'organisation qui connaissent le modèle de soins *Planetree*. Dans notre recherche, nous avons précisément sélectionné des participants qui connaissaient le modèle de soins de *Planetree* (cf section 6.2.3.2.2), mais lors des entretiens, les propos recueillis permettent de conclure que l'étendue reste encore limitée, tel que confirmé par le coordonnateur *Planetree* et d'autres participants (cf section 7.2.3.3). Plusieurs raisons expliquent la situation. Tel que mentionné précédemment, en référence aux valeurs partagées entre les participants, le niveau d'engagement des membres organisationnels est élevé. Conséquemment, ils travaillent sur plusieurs projets en même temps. Dans les derniers mois, deux projets d'envergure ont mobilisé de nombreuses

équipes et ont consommé beaucoup d'énergie. Il s'agit des projets « Grandir en Santé » et l'exercice d'« Agrément » (cf section 7.2.2.3).

Par contre, comme nous l'avons vu à la section 7.2.3, le plan de changement a réussi à être diffusé et tranquillement intégré par les équipes des quatre sites pilotes. De plus, des formations *Planetree* ont été offertes à plusieurs groupes dans l'organisation dont le bureau de la transition, le bureau de projet et la direction des ressources humaines. Dans le cadre d'une transformation de culture organisationnelle, on comprend l'importance que revêtent ces personnes nouvellement formées. Elles peuvent accompagner les membres de l'organisation dans leur compréhension de la nouvelle culture organisationnelle désirée et servent même d'exemples dans leurs comportements et attitudes. Récemment, la constitution officielle du comité d'humanisation des soins *Planetree* apporte un nouveau souffle pour rejoindre davantage de membres et leur permettre de les accompagner dans cette démarche.

D'ailleurs, tel que dit à la section 7.2.3.3, ce comité travaille à arrimer les valeurs organisationnelles à celles qui découlent d'une approche centrée sur le patient (par exemple : les composantes *Planetree*). En ce sens, il permet au CHU Sainte-Justine de se positionner partiellement à la deuxième sous-étape du modèle de Gebhardt *et al.* (2006) qui est de développer un nouvel ensemble de valeurs et normes organisationnelles.

Concernant les trois autres sous-étapes de la mise en œuvre du plan de changement du modèle de Gebhardt *et al.* (2006), le CHU Sainte-Justine est en cours d'implantation. Quelques éléments peuvent tout de même être exposés. En premier lieu, nous considérons que les participants rencontrés ont une compréhension commune et partagée de la culture organisationnelle qui est désirée, soit celle axée sur l'approche centrée sur la personne. Nous basons notre argument sur le fait que, d'un côté, cette vision est communiquée par le DG depuis trois ans et, de l'autre côté, l'écart ne semble pas être trop grand entre la philosophie des participants et celle du modèle des soins *Planetree*. Toutefois, cette compréhension n'a été validée qu'auprès d'un très petit nombre de participants.

Ensuite, pour les prochaines étapes du modèle, Gebhardt *et al.* (2006) suggèrent de recruter de nouveaux membres qui partagent la même philosophie et de développer des stratégies collaboratives. Dans le cadre de ce mémoire, il n'est toutefois pas possible d'analyser ces dernières sous-étapes. Nous ne pouvons que nous appuyer sur les dires de quelques

participants, précisés à la section 7.2.5.2.2, que les équipes de gestion en place présentement dans l'organisation, telles la DSC, la DSI et la DRH, semblent être sensibilisés à mettre « l'humain au cœur des préoccupations ».

Bref, à la lumière des données exposées aux chapitres 3 et au présent chapitre 7, la transformation de la culture organisationnelle au CHU Sainte-Justine semble se situer au début de la deuxième étape du modèle de Gebhardt *et al.* (2006). Des enjeux particuliers se posent à cette étape de la transformation organisationnelle. D'autres défis seront aussi à relever dans les étapes à venir de la transformation. La prochaine section analyse ces défis à relever dans le cheminement du centre hospitalier.

7.3.2.3 Le processus de transformation organisationnelle

Comme nous l'avons illustré à la figure 24 de la section 3.7.3, à travers les différentes étapes de transformation de la culture organisationnelle, les membres organisationnels sont soumis à de l'anxiété de survie et à de l'anxiété d'apprentissage (Schein, 2004). L'anxiété de survie est vécue lors de la première étape du modèle de Gebhardt *et al.* (2006), soit lorsque certains membres influents de l'organisation se rendent compte qu'un changement est nécessaire (cf section 3.7.2).

L'anxiété d'apprentissage est principalement vécue lors de la deuxième étape du modèle de Gebhardt *et al.* (2006) alors que les membres de l'organisation doivent réapprendre certains comportements, rôles, compétences ou valeurs, ce qui les place dans une situation plus ou moins inconfortable (cf section 3.7.2). Les préoccupations décrites par les participants du CHU Sainte-Justine à la section 7.2.5.2.3 témoignent de cette anxiété d'apprentissage.

La première préoccupation concernait le maintien de l'identité culturelle. Les membres du CHU Sainte-Justine ne veulent pas perdre leur identité au profit du modèle de soins *Planetree*. Comme nous l'avons vu à la section 3.3.2, une culture organisationnelle est un processus d'apprentissage complexe qui s'est construit au fil des années par le groupe (Schein, 2004). Elle vient avec une histoire et un passé que les membres partagent. Conséquemment, ces derniers ne sont pas naturellement disposés à vouloir la changer. D'ailleurs, à la section 3.7, nous avons vu que les membres préfèrent la stabilité culturelle puisqu'elle leur permet de renforcer ce qu'ils sont en tant qu'organisation.

Quant à la troisième préoccupation qui a été soulevée par les membres de l'organisation lors des rencontres avec le comité de pilotage des sites pilotes *Planetree,* elle traduit la difficulté qu'ont les membres de l'organisation à réapprendre de nouvelles compétences.

Bien que nous voyons que cette anxiété s'inscrit dans le cadre normal d'un processus de transformation organisationnelle, nous avons aussi vu à la section 3.7.3 qu'une organisation doit déployer des mécanismes et mettre en œuvre des conditions facilitantes afin d'assurer une meilleure transition dans ce processus. Il faut que ses membres se sentent psychologiquement en sécurité (Schein, 2004). Au tableau 15, nous avons associé les conditions facilitantes proposées par Schein (2004) aux différentes sous-étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006). À la lumière des informations présentées dans les deux premières sections du présent chapitre, nous pouvons maintenant discuter du niveau d'implantation de ces conditions au sein du CHU Sainte-Justine. Elles seront détaillées dans les pages suivantes, tout juste après le tableau 30.

Comme présenté à la section 7.3.2.2, le CHU Sainte-Justine se situe, au moment du dépôt du mémoire, au début de la deuxième étape du modèle de Gedhardt *et al.* (2006). Dans le tableau suivant, afin d'alléger cette section, nous ne présentons que les étapes auxquelles des conditions facilitantes sont associées. Tel que précisé à la section 3.7.3, les conditions sont principalement déployées lorsque les membres vivent de l'anxiété d'apprentissage. Il est donc normal de ne pas discuter de la première étape ni de la dernière, puisque les membres n'y vivent pas d'anxiété d'apprentissage.

Étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)	**Les conditions** (Schein, 2004 : 332-333, traduction libre)	**État de la situation au CHU Sainte-Justine**
2.1 Présentation du plan de changement à l'ensemble de l'organisation	1. Une vision convaincante positive et forte, soutenue par la haute direction, que l'organisation sera meilleure en allant vers la nouvelle culture organisationnelle désirée.	Réalisé - voir la section 7.3.2.3.1 ci-dessous.
2.2 Développer un nouvel ensemble de valeurs organisationnelles	2. Fournir la formation adéquate nécessaire aux membres pour leur permettre de comprendre et développer leurs connaissances et compétences. 3. Impliquer les membres dans leur processus d'apprentissage afin qu'il soit optimal pour eux. 6. Des modèles positifs incarnant	Réalisé en partie - voir les sections 7.3.2.3.2 et 7.3.2.3.3 ci-dessous.

	cette approche doivent être visibles par les autres membres et ils doivent prêcher par l'exemple.	
2.3 Compréhension commune et partagée de la culture organisationnelle désirée	4. Offrir de la formation à tous les membres d'un même groupe ou département afin qu'ils construisent et intègrent les nouvelles valeurs et les nouveaux comportements ensemble. 5. Prévoir des « terrains de pratique » où les membres pourront commettre des erreurs sans nuire à l'organisation, avoir des ressources pour assurer un rôle conseil et donner des suivis constructifs. 7. Créer des tribunes ou des groupes de support où les membres pourront évacuer et discuter des problématiques rencontrées.	En cours de réalisation - voir la section 7.3.2.3.4 ci-dessous.
3.2 Systèmes RH (attentes individuelles et performance organisationnelle)	8. Aligner le système de récompenses et le système punitif de même que les structures organisationnelles en cohérence avec la culture organisationnelle désirée.	À réaliser - voir la section 7.3.2.3.5 ci-dessous.

Tableau 30 : Les conditions pour apaiser l'anxiété d'apprentissage : état de la situation au CHU Sainte-Justine

7.3.2.3.1 Le respect de la première condition facilitante

Tel que mentionné dans les sections précédentes, la haute direction du CHU Sainte-Justine remplit bien la première condition décrite par Schein (2004) et valorisée par plusieurs autres auteurs (Cameron et Quinn, 2011; Gebdardt *et al.*, 2006; Kotter, 1996). En fait, la haute direction est impliquée d'au moins deux façons. Premièrement, elle a inscrit l'humanisation des soins dans ses orientations stratégiques (Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 2010 : 6). Elle a aussi nommé officiellement un coordonnateur *Planetree* au sein de son établissement en janvier 2010. Deuxièmement, elle chapeaute et supporte le nouveau comité d'humanisation des soins *Planetree*. En ce sens, même deux ans après le début de l'introduction du modèle de soins *Planetree*, elle réaffirme son engagement envers l'approche centrée sur la personne.

7.3.2.3.2 Le respect de la deuxième et de la troisième conditions facilitantes

Comme nous l'avons vu à la section 7.2.3.2, le CHU Sainte-Justine a offert des formations structurées de un à deux jours à différents groupes au sein de l'établissement afin d'inspirer les membres face à cette nouvelle culture organisationnelle et de leur permettre de rendre concret le modèle de soins *Planetree*. Ainsi, ces membres sont nouvellement outillés pour bien comprendre les principes de la culture organisationne désirée. Désormais, ils peuvent tenter d'intégrer ces principes dans leurs comportements, ce qui servira d'exemples pour les autres membres. Dans cette même lignée, ils peuvent aussi accompagner ces derniers dans leur compréhension commune de la culture organisationnelle désirée.

De plus, en ayant mis sur pied un comité de pilotage des sites *Planetree* (cf secion 7.2.3.1), le CHU Sainte-Justine a permis aux membres concernés de s'approprier leur processus d'apprentissage face à l'introduction du modèle de soins *Planetree*. Dans le cadre de rencontres bimensuelles, les membres ont l'occasion de discuter ensemble de leurs préoccupations et leurs enjeux véçus au quotidien en lien avec le modèle et de rendre compte de leur état d'avancement.

Bien que ces deux conditions soient mises en place au CHU Sainte-Justine, elles ne le sont qu'auprès de quelques membres organisationnels, soit ceux mentionnés aux sections 7.2.3.1 et 7.2.3.2. Or, nous croyons qu'elles devraient être étendues à tous les niveaux de l'établissement. En ce sens, nous rejoignons le critère de désignation 1B du modèle de soins *Planetree*, spécifié à l'annexe 1.

7.3.2.3.3 Le respect de la sixième condition facilitante

Au niveau de la sixième condition facilitante, les pratiques organisationnelles du DG, qualifiées « d'humaines » et « de proches des gens » par les participants (cf section 7.2.1), agissent comme modèles pour les autres gestionnaires et aussi pour les employés. Tel que soulevé dans les entretiens réalisés, les participants s'attendent majoritairement à ce que la haute direction et les gestionnaires prêchent par l'exemple dans l'application du modèle de soins *Planetree*. De plus, le fait de souligner les bons coups des membres, c'est-à-dire les comportements ou les actions qui vont dans le sens des principes de la culture organisationnelle désirée (cf section 7.2.5.2.2), valorise et renforce les comportements attendus par l'organisation.

7.3.2.3.4 Le respect de la quatrième, cinquième et septième conditions facilitantes

Ces trois conditions, liées à la troisième sous-étape de l'étape « mise en œuvre du plan de changement » du modèle de Gebhardt *et al.* (2006), ne sont que partiellement en cours d'implantation, au moment du dépôt de ce mémoire. En fait, elles rejoignent ce qui a été mentionné précédemment à la section 7.3.2.3.2. Le CHU Sainte-Justine organise des moments d'échanges pour le comité de pilotage des sites *Planetree*, mais comme l'étendue du modèle reste limitée (cf section 7.2.3.3), les « terrains de pratiques » restent aussi très circonscrits par rapport à l'ensemble de l'établissement.

7.3.2.3.5 Le respect de la huitième condition facilitante

Finalement, au niveau de la huitième condition facilitante, soit celle d'arrimer les systèmes de récompenses et de punitions ainsi que les structures organisationnelles avec la nouvelle culture organisationnelle, nous ne sommes pas en mesure de pouvoir confirmer que le CHU Sainte-Justine ait déployé des efforts en ce sens. Considérant que nous avons positionné cette condition à la troisième étape de la transformation organisationnelle du modèle de Gebhardt *et al.* (2006) et que le CHU Sainte-Justine n'est qu'au début de la deuxième étape de sa transformation organisationnelle (cf section 7.3.2.2), cette constatation est cohérente avec notre analyse.

En résumé, compte tenu de l'état de la situation au CHU Sainte-Justine et tel que mentionné à la section 3.7.3, il nous apparaît qu'une grande partie des efforts organisationnels devraient être concentrés vers le partage, c'est-à-dire le partage des connaissances au niveau du modèle de soins *Planetree*, le partage des étapes à franchir afin de donner une vision aux membres et le partage d'expériences en lien avec ce qui a déjà été réalisé. Tel que nous l'avons dit précédemment, c'est la clé du succès en transformation de culture organisationnelle. Le partage permet aux membres de l'organisation de réapprendre les comportements attendus et de s'approprier les nouvelles valeurs à intégrer. La prochaine section reprend justement les dimensions de la culture organisationnelle désirée et souligne le défi d'appropriation que représente cette transformation organisationnelle au niveau des valeurs.

7.3.3 La culture organisationnelle désirée

Les principales caractéristiques liées à la culture organisationnelle désirée, c'est-à-dire celles fondées sur les principes de l'approche centrée sur la personne, ont déjà été détaillées à la section 4.6.1. Tel que mentionné à la section 7.3.1.4, en se basant sur notre analyse sommaire de la culture organisationnelle actuelle au CHU Sainte-Justine (cf section 7.3.1) et sur les niveaux de solidarité et de sociabilité des membres dans la matrice Goffee et Jones (1998) (cf figure 37), nous croyons que l'enjeu majeur concerne l'appropriation des valeurs d'humanisation, découlant des principes de l'approche centrée sur la personne.

Bien que ces valeurs soient énoncées par l'établissement hospitalier (artefacts) et s'entendent dans les propos recueillis lors des entretiens (valeurs), elles doivent essentiellement être partagées et intégrées pour se transformer en valeurs non négociables, c'est-à-dire en postulats implicites (Schein, 2004). En revenant au point 7.3.1.2.4 du présent chapitre, nous constatons que l'application des composantes du modèle de soins *Planetree* ne semblent pas toutes être ancrées dans les postulats implicites de la culture organisationnelle du CHU Sainte-Justine. S'il n'y a pas de partage entre les membres, l'approche centrée sur la personne ne restera qu'en superficie, simplement appliquée dans les processus et les structures, mais ne sera pas ancrée dans l'essence même de la culture organisationnelle. Le CHU Sainte-Justine pourrait par exemple atteindre les objectifs liés à l'atteinte du programme de reconnaissance niveau bronze de *Planetree* sur papier, mais la réalité organisationnelle quotidienne ne le traduira pas. À titre illustratif, lorsque le directeur de la DAMU a résumé la situation quant à l'appropriation du modèle de soins *Planetree*, il a utilisé le terme « naturel » pour décrire la perception des membres face au modèle (cf section 7.2.5.2.1). Ce terme est bien choisi puisqu'il décrit comment l'invisible (les postulats implicites) explique le visible (artefacts et valeurs prônées).

À ce stade-ci, nous insistons pour mettre en lumière l'importance de mesurer la transformation organisationnelle pour s'assurer d'arriver à la culture organisationnelle désirée (cf section 3.7.1). Le prochain chapitre traitera plus en détail du cadre de mesure de la transformation de culture organisationnelle.

7.4 La synthèse du chapitre

En résumé, l'ensemble des données présentées dans ce chapitre met la table pour nous permettre de répondre à notre question de recherche. Dans la première partie, l'étude de cas

a permis de dresser un portrait du CHU Sainte-Justine en tant qu'établissement de santé présent dans le réseau québécois. Tout en faisant état des activités liées à l'application du modèle de soins *Planetree* au sein du centre hospitalier universitaire, l'étude de cas a fait ressortir quelques-unes des caractéristiques de sa culture organisationnelle et quelques indicateurs en lien avec l'humanisation des soins dans son cadre de mesure. Finalement, elle a présenté quelques pistes de réflexion et de préoccupations liées à la démarche de transformation. Finalement, dans la troisième section, nous avons analysé et discuté de toutes ces données à la lumière des concepts liés à la culture organisationnelle (cf. figure 34). Dans le prochain chapitre, nous centrons davantage notre analyse et notre discussion en mobilisant les concepts de gestion de la performance, tel qu'illustré dans notre modèle de recherche (cf figure 35).

Chapitre 8 : Analyse et discussion du cadre de mesure de la transformation de culture organisationnelle

Au chapitre 8, nous traitons du cadre de mesure de la transformation de culture organisationnelle. Nous analysons et discutons des différents types d'indicateurs qui sont utilisés dans les trois grandes phases de notre modèle de recherche (cf figure 35) : ceux actuels (8.1.1), ceux sensibles à la transformation organisationnelle (8.1.2) et ceux liés à la culture organisationnelle désirée (8.1.3). Nous étayons notre réflexion en mobilisant les concepts théoriques précédemment abordés dans la revue de la littérature.

Le chapitre 8 permet de répondre à notre objectif de recherche, soit l'identification des indicateurs de performance qui témoignent de la progression vers la nouvelle culture organisationnelle et de son maintien.

Au fil du chapitre, en lien avec notre approche de recherche (cf section 6.1.1), nous ferons également des propositions destinées au CHU Sainte-Justine pour le soutenir et l'accompagner vers l'atteinte de ses résultats, notamment par la suggestion d'indicateurs de performance à ajouter à son cadre de mesure de performance.

8.1 Le cadre de mesure

Dans cette partie, tel que mentionné ci-dessus, nous allons comparer, analyser et discuter des indicateurs de performance qui sont présentement utilisés au CHU Sainte-Justine, ceux qui sont sensibles à la transformation organisationnelle et finalement, ceux liés à la culture organisationnelle désirée. À plusieurs reprises au cours de ce mémoire, nous avons mentionné que pour changer une culture organisationnelle, la mesure et le pilotage du processus sont essentiels (Botton *et al*., 2012; Cameron et Quinn, 2011).

Nous l'avons d'ailleurs abondamment détaillé dans les chapitres de la revue de littérature. Au chapitre 2, nous avons vu qu'en gestion de la performance organisationnelle, un des constats qui ressort de la littérature est l'importance de la mesure. Une organisation doit choisir adéquatement ces indicateurs afin de lui permettre de savoir vers où elle va et de rendre compte de son évolution vers ses objectifs (Kaplan et Norton, 2008). Dans le cadre d'une transformation de culture organisationnelle, cette étape de mesure est tout aussi essentielle. Au chapitre 3, Cameron et Quinn (2011), dans leur processus en neuf étapes pour guider le changement de culture organisationnelle, précisent qu'il faut identifier des

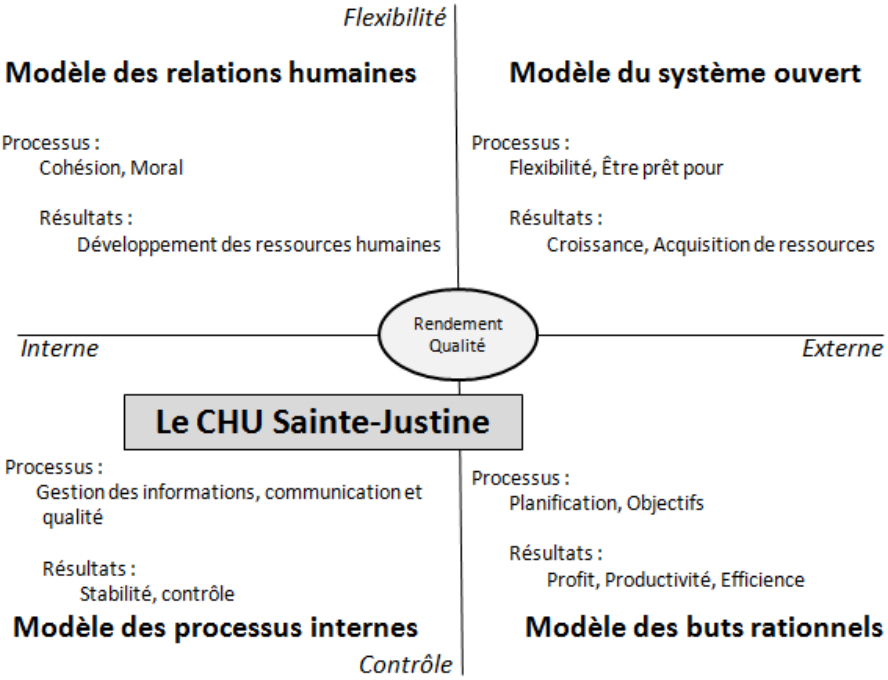
indicateurs, des mesures et des jalons (section 3.7.1). Ils séparent ces termes pour distinguer la nécessité de mesurer les différentes étapes qui mènent vers le succès, soit les jalons, et le succès à atteindre en soi. Dans le cas du CHU Sainte-Justine, les jalons pourraient représenter diverses activités qui lui permettent de développer une culture centrée sur la personne, mais le succès à atteindre reste la nouvelle culture organisationnelle désirée. Ainsi, l'étape de l'atteinte des critères de désignation requis pour le programme de reconnaissance *Planetree* au niveau bronze n'est qu'un jalon à mesurer.

La logique de segmenter les indicateurs, en fonction des étapes précédentes au succès à atteindre, rejoint aussi la dynamique qui a été illustrée par la chaîne des résultats de Botton *et al.* (2012) à la figure 10 de la section 2.5.1.5. Les auteurs y séparent les déterminants (indicateurs d'intrants, de processus et d'extrants) des indicateurs de résultats (production, effets, impact).

8.1.1 Le cadre de mesure actuel

Tout d'abord, on peut positionner le CHU Sainte-Justine sur la matrice des valeurs concurrentes de Quinn et Rohrbaugh (1983) (cf figure 2) au niveau du modèle des processus internes. Comme nous l'avons vu dans l'étude de cas, le CHU Sainte-Justine évolue dans un environnement normé où les procédures et les politiques sont nombreuses puisque la qualité de soins et services ainsi que la sécurité sont des dimensions excessivement importantes. L'établissement est davantage centré sur ses ressources et ses processus que sur les éléments externes. Il vise plutôt la stabilité au niveau de sa structure organisationnelle. Par contre, le CHU se développe de plus en plus dans un environnement complexe où la cogestion à l'interne est mise de l'avant et où la recherche est encouragée pour développer des pratiques innovantes. Nous ne pouvons donc pas situer le CHU Sainte-Justine trop bas sur l'axe vertical dans la figure 38. De plus, tel que mentionné à la section 7.2.2.2, la plupart des participants soutient que la créativité est une valeur prônée dans l'organisation.

Figure 38 : Le positionnement du CHU Sainte-Justine dans la matrice des valeurs concurrentes de Quinn et Rohrbaugh (1983)



Source : Adaptation du modèle de Quinn et Rohrbaugh, 1983, p. 369

Ensuite, nous nous intéressons à certains des indicateurs utilisés par le CA et le CD au CHU Sainte-Justine, que nous avons déjà présentés au tableau 29. Nous souhaitons, dans un premier temps, pour chacun d'entre eux, préciser si ce sont des indicateurs qualifiés de déterminants ou de résultats, en se basant sur la chaîne des résultats de Botton *et al.* (2012) (cf section 2.5.1.5). Comme nous l'avons vu au chapitre 3, la transformation de la culture organisationnelle est un processus qui est très long (Cameron et Quinn, 2011; Rondeau, 2008; Séguin *et al.*, 2008; Schein, 2004; Sims, 2002; Trice et Beyer, 1993), il s'avère donc judicieux pour une organisation de prendre le temps de mesurer les déterminants pendant son processus. Premièrement, l'atteinte des indicateurs des déterminants à court terme favorise la probabilité d'atteindre les résultats à long terme. Deuxièmement comme le processus de transformation s'échelonne sur une longue période, mesurer les indicateurs des déterminants permet de rendre compte de la contribution des membres au fur et à mesure (Botton *et al.*, 2012), ce qui est plus motivant pour ces derniers.

Dans la même veine, en se référant à ce qui a été mentionné au chapitre 2, Kaplan (2001) souligne l'importance de l'axe « apprentissage et développement » dans le tableau de bord prospectif. Les ressources humaines, informationnelles et organisationnelles qui y sont détaillées sont des ressources précieuses pour permettre à l'organisation d'atteindre ses

objectifs stratégiques. Tel que mentionné à la section 2.6.1, elles revêtent une dimension encore plus significative dans le cadre d'un changement organisationnel (Nobre et Signolet, 2007). En développant des indicateurs adéquats dans cet axe, l'organisation se dote de moyens concrets, enligne ses efforts et rend compte de son progrès vers l'atteinte de ses résultats. Dans le cas du CHU Sainte-Justine, des objectifs en lien avec la transformation de la culture organisationnelle devraient être ajoutés sous l'axe « apprentissage organisationnel » de leur carte stratégique, ce qui se traduirait par des indicateurs dans les sections « ressources » et « clientèle » du tableau de bord du CA.

Dans un deuxième temps, nous voulons évaluer dans quelle mesure les indicateurs précédemment identitifés (cf tableau 29) sont en lien avec ceux prônés par *Planetree*, c'est-à-dire ceux qualifiés d'« indicateurs *Planetree* » au tableau 20 de la section 4.6.1.7. Le tableau 31 permet de synthétiser l'information en classifiant les indicateurs sélectionnés du CHU Sainte-Justine (colonne 2) en fonction des types d'indicateurs (colonnes 3 à 7) et en les arrimant avec ceux qualifiés d'indicateurs *Planetree* (colonne 8).

Axes	Indicateurs du CHU Sainte-Justine en lien avec *Planetree*	Intrants	Processus	Extrants	Résultats de production et d'effet	Résultats d'impact	Indicateurs *Planetree*
ORGANISATION	✦ Évolution du nombre de partenariats	X					
	✦ Programme santé en Haïti		X				
	✦ Interconnexion au réseau d'informations scientifiques du Québec	X					
CLIENTÈLE	✦ Délais d'accès à la chirurgie			X			
	✦ Proportion des visites à l'urgence réparties par groupes de priorités			X			
	✦ Satisfaction de la clientèle				X		X
	✦ Durée moyenne d'attente à l'urgence		X				
	✦ Taux de divulgation d'incidents et d'accidents.		X				X

	✦ Évolution du nombre de stagiaires	X					
	✦ Évolution du nombre de personnes/activités au CAAHC	X					
	✦ Ratio d'assurance salaire	X					X
	✦ Taux d'heures en accident de travail	X					X
	✦ Taux de satisfaction du personnel	X					X
PRODUCTION	✦ Promotion de la santé : taux de projets en cours/réalisés		X				
	✦ Renouvellement de l'accréditation Hôpital Promoteur Santé				X		
	✦ Taux de bactériémies nosocomiales			X			
RESSOURCES	✦ Taux de roulement	X					X
	✦ Taux de temps supplémentaire	X					X
	✦ Taux en main-d'œuvre indépendante	X					X
	✦ Évolution du nombre de personnes formées au CAAHC	X					X
	✦ État d'avancement des travaux pour le projet « Grandir en santé »		X				

Tableau 31 : La classification des indicateurs liés à l'humanisation des soins au CHU Sainte-Justine

Le tableau 31 fait ressortir, à la vue des cases ombragées, que la majorité des indicateurs identifiés en lien avec l'humanisation des soins au CHU Sainte-Justine sont des indicateurs d'intrants et de processus. Nous avons vu au chapitre 2 que les indicateurs qualifiés de déterminants (intrants et processus) sont les « précurseurs de l'atteinte des résultats » (Botton *et al.*, 2012 : 43). Ainsi, en mesurant les indicateurs de déterminants,

l'établissement s'assure de plus grandes chances de réussite pour l'atteinte de ses résultats espérés. Les indicateurs présentement utilisés au CHU Sainte-Justine peuvent rendre compte en partie du cheminement de l'établissement vers les principes basés sur l'approche centrée sur la personne. Dans la prochaine section, nous proposons d'autres indicateurs de performance qui témoignent de la progression du processus de transformation organisationnelle.

Le tableau 31 fait aussi ressortir un nombre élevé d'indicateurs d'intrants utilisés au CHU Sainte-Justine. Tel qu'illustré à la figure 10 de la section 2.5.1.5, les intrants regroupent les ressources humaines, matérielles et financières. Dans le contexte de transformation organisationnelle au CHU Sainte-Justine, en cours au moment du dépôt du mémoire, nous croyons que plusieurs ressources sont déjà mobilisées au sein de l'établissement. Nous basons notre réflexion sur les informations mentionnées dans l'étude de cas au chapitre 7. Tout d'abord, nous considérons que les ressources humaines au CHU Sainte-Justine qui semblent particulièrement sensibilisées vers l'atteindre les résultats souhaités sont le DG, le comité d'humanisation des soins *Planetree*, la direction des ressources humaines, la direction de la qualité, sécurité, risques et expérience client puis la direction exécutive des programmes-clientèles. Au niveau des ressources matérielles, auxquelles nous incluons aussi les ressources informationnelles, l'établissement a préparé et diffusé plusieurs documents organisationnels officiels pour manifester son engagement envers l'approche centrée sur la personne. Nous pouvons, par exemple, nommer le rapport stratégique 2011-2014, le document de travail du comité d'humanisation des soins *Planetree* qui présente les six principes directeurs ou encore le document des 52 critères de désignation du RPQ (cf annexe 1). L'ensemble de ces ressources, une fois mobilisées, permettront la réalisation de différentes activités pour atteindre la culture organisationnelle désirée. Ces activités pourraient être regroupées sous des indicateurs de processus, comme par exemple la tenue de journées de formation ou la revue de certains processus internes. La combinaison des indicateurs d'intrants et de processsus résulte en indicateurs d'extrants. Précisément au niveau des critères de désignation (cf annexe 1), un indicateur d'extrant pourrait être par exemple, sous forme de gradation, l'atteinte du programme de reconnaissance au niveau bronze, au niveau argent et finalement, la désignation.

Tel qu'illustré aux tableaux 20 et 31, nous notons que les indicateurs en lien avec l'humanisation des soins sont principalement des indicateurs d'intrants et de processus. Par

contre, bien que ces indicateurs touchent aux différentes dimensions de la performance, aucun indicateur ne semble concerner directement la transformation de la culture organisationnelle. Les indicateurs témoignent de l'état du climat de travail de l'organisation, mais le modèle ne propose pas d'indicateur qui permet de suivre l'évolution de la transformation organisationnelle.

8.1.2 Le cadre de mesure de la transformation organisationnelle

Pour pallier cette limite, nous croyons qu'il faut développer un cadre de mesure qui combine l'ensemble des critères de désignation (cf annexe 1), les composantes *Planetree* qui s'y rattachent (cf section 4.6.1.4) et les phases du modèle de Gebhardt *et al.* (2006) (cf figure 23) qui leur sont associées. Ensuite, à la lumière des outils de gestion de performance déjà en place au CHU Sainte-Justine (cf section 7.2), nous enrichissons le cadre de mesure en proposant des bonnes pratiques de gestion en contexte de transformation ou des indicateurs de performance pour rendre compte de la progression de l'établissement vers la culture organisationnelle désirée. Afin d'avoir une vision complète, le cadre de mesure intègre également les indicateurs *Planetree* (cf tableau 20) et les indicateurs présentement utilisés par le CHU Sainte-Justine, en lien avec le modèle de soins *Planetree* (cf tableau 31). Le cadre de mesure que nous proposons est présenté sous forme de tableau (cf tableau 42) à l'annexe 9. Dans les prochaines pages, nous en détaillons les grandes sections.

À la section 2.4 du chapitre 2, nous avons vu que pour sélectionner un indicateur, on doit au préalable avoir déterminé un objectif et au final, on doit préciser une cible à atteindre. Il s'agit de la triade « Objectifs - Indicateurs - Cibles ». Dans le cadre de notre analyse, nous nous limiterons aux objectifs et aux indicateurs puisqu'il est préférable que les cibles soient fixées par l'organisation. Les objectifs choisis sont les critères de désignation. Quant aux indicateurs proposés, nous les avons déterminés en suivant les caractéristiques des indicateurs énumérées à la section 2.4.1. Ils sont donc tous mesurables, ils sont définis par rapport à une période précise de mesure, ils sont simples et clairs et ils respectent la notion de faisabilité (Jobin, 2004).

Toutefois, lorsque le choix d'un indicateur n'a pas de valeur à être mesuré, nous avons plutôt opté pour la suggestion d'une bonne pratique à mettre en application au sein de l'établissement. Contrairement à un indicateur de performance, la bonne pratique s'apparente davantage à un indicateur binaire, c'est-à-dire que l'organisation vérifie si elle a

mis la bonne pratique en application ou non. Cette dernière est valable puisqu'elle s'inscrit dans un contexte précis. Dans notre cas, les bonnes pratiques proposées sont basées sur les propos de Gebhardt *et al.* (2006) et en fonction des conseils de mise en œuvre du RPQ (cf section 4.6.1.6) dans le cadre d'une transformation de culture organisationnelle.

Dans les prochaines pages, nous regroupons les principales sections des critères de désignation sous les étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006) pour souligner l'importance de mettre en œuvre des mécanismes, des structures et un système de mesure et de pilotage pour témoigner de la progression de l'établissement vers l'atteinte de la culture organisationnelle désirée. Plus précisément, nous discutons des trois premières étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006), à savoir le coup d'envoi, la mise en œuvre du plan de changement et l'institutionnalisation des changements. À travers ces trois étapes, nous faisons ressortir les outils de gestion utilisés par le CHU Sainte-Justine et proposons des bonnes pratiques ou des indicateurs de performance. Un résumé détaillé de nos propositions sera présenté au tableau 36 de la section 8.1.3.2.

8.1.2.1 Étape 1 Le coup d'envoi

À travers l'ensemble des critères pour la désignation internationale *Planetree* (Réseau *Planetree* Québec, 2011b), deux d'entre eux font écho à la première étape du modèle de Gebhardt *et al.* (2006). Ils sont regroupés sous la section 1 « Structures et activités nécessaires au changement de culture » (cf tableau 42). Les critères 1.A. et 1.C. concernent l'« engagement de l'organisation envers l'approche centrée sur la personne » (Réseau *Planetree* Québec, 2011b). Nous leur associons les composantes : valoriser les interactions humaines (C1) et partager l'information (C3), du modèle de soins *Planetree*.

Tel que mentionné à plusieurs reprises, lors de cette première phase du modèle, il est important pour l'organisation de se préparer afin d'amorcer la transformation de culture organisationnelle. Comme nous l'avons souligné à la section 7.3.2.2, le CHU Sainte-Justine a entre autres réussi à mettre sur pied une coalition pour se guider dans son processus de transformation. Parmi cette coalition, le comité d'humanisation des soins *Planetree* au CHU Sainte-Justine a eu pour mandat de formuler un diagnostic pour chaque département qui souhaite implanter l'approche centrée sur la personne. Cette pratique qui est actuellement utilisée au CHU Sainte-Justine s'harmonise avec ce qui est prescrit par la littérature, à savoir qu'il est important de connaître la culture actuelle avant d'amorcer un changement (cf

section 3.7.1). À cet égard, nous proposons au CHU Sainte-Justine d'établir un indicateur concernant le nombre de départements ayant reçu un diagnostic.

8.1.2.2 Étape 2 La mise en œuvre du plan de changement

À travers la deuxième étape du modèle de Gebhardt *et al.* (2006), rappelons qu'il existe cinq sous-étapes. Dans le cadre de mesure que nous proposons, nous en avons recensé quatre, soit : présenter le plan de changement à l'ensemble de l'organisation, développer un nouvel ensemble de valeurs organisationnelles, avoir une compréhension commune et partagée de la culture organisationnelle et enfin, recruter de nouveaux membres qui partagent la même philosophie.

8.1.2.2.1 Présentation du plan de changement à l'ensemble de l'organisation

Comme nous l'avons souligné à la section 7.2, le CHU Sainte-Justine a commencé à présenter son plan de changement, soit le désir de développer une culture organisationnelle basée sur les principes de l'approche centrée sur la personne. Nous associons le critère 1.C. « l'engagement de l'organisation envers l'approche centrée sur la personne est communiquée à toutes les parties prenantes » à cette sous-étape du modèle de Gebhardt *et al.* (2006). Or, bien que certaines démarches aient été amorcées par la haute direction et auprès de certains départements ciblés, ce ne sont pas tous les membres au CHU Sainte-Justine qui savent qu'un virage vers une approche centrée sur la personne est amorcé.

Dans leur article, les auteurs Gebhardt *et al.* (2006) ont démontré que la tenue d'une cérémonie originale et marquante auprès de tous les membres était un facteur déterminant pour permettre aux membres de comprendre la nécessité de changer. Tel que mentionné à la section 3.7.2, durant cet événement, la vision de l'organisation, la légitimité du changement et les valeurs prônées par cette nouvelle culture organisationnelle doivent être présentées. Ainsi, nous croyons que la possibilité de tenir une telle cérémonie devrait être envisagée par le CHU Sainte-Justine. Nous proposons alors l'indicateur de performance suivant : taux de participation des membres à la cérémonie.

8.1.2.2.2 Développer un nouvel ensemble de valeurs organisationnelles

Les critères de désignation 1.B. « tout le personnel a la possibilité de participer à un séminaire portant sur l'approche centrée sur la personne » et 1.F. « le leadership intègre des approches motivantes et inspirantes qui favorisent une attitude positive et qui rehaussent le

rendement des personnes et façonnent les valeurs organisationnelles » s'inscrivent dans cette deuxième sous-étape du modèle de Gebhardt *et al.* (2006). Tel que mentionné à la section 7.2.3, des formations *Planetree* sont offertes aux membres de l'établissement et un travail d'arrimage est réalisé entre les valeurs organisationnelles et les composantes du modèle de soins *Planetree*.

Les bonnes pratiques qui se dégagent de cette sous-étape et qui sont en lien avec les critères de désignation sont, premièrement, que tous les membres organisationnels aient accès aux formations, nonobstant leur corps d'emploi. En plus de ces formations, l'établissement devrait tenir des journées de transformation, comme par exemple des journées *Planetree* ou offrir des formations pour soutenir les compétences des facilitateurs désignés dans le changement. Deuxièmement, la haute direction et les membres de la coalition doivent prêcher par l'exemple dans leurs comportements et leurs pratiques. De plus, ils doivent récompenser les comportements des membres qui vont dans le sens des valeurs et des normes basées sur l'approche centrée sur la personne.

À la lumière des deux critères de désignation et des bonnes pratiques qui découlent de cette deuxième sous-étape, nous proposons les indicateurs de performance suivants : le pourcentage des départements qui ont été formés; le pourcentage des bénévoles qui ont été formés; le taux de participation aux formations par département, par corps d'emploi et le nombre de bons coups soulignés mensuellement, par départements.

8.1.2.2.3 Avoir une compréhension commune et partagée de la culture organisationnelle

Les critères de désignation 1.D., 6.B., 6.G., 7.A., 7.B., 8.A., 8.B., 9.A. et 10.A. (cf tableau 42, annexe 9) font écho à la sous-étape « Compréhension commune et partagée de la culture organisationnelle désirée » du modèle de Gebhard *et al.* (2006). Nous les présentons au tableau 32 ci-dessus.

Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)
Structures et activités nécessaires au changement de culture	1.D. Les besoins de la communauté et les perceptions de l'usager sont pris en considération dans la planification et la mise en œuvre de l'approche de soins, de services et de gestion centrée sur la personne, et en font pleinement partie.
Milieu favorisatn le bien-être : Architecture et Design	6.B. Les utilisateurs d'un lieu participent à la conception de ce même lieu. 6.G. L'environnement est conçu de manière à respecter les besoins d'intimité en fonction de la culture, et à préserver la dignité et la pudeur des usagers.
Programme d'arts, activités	7.A. L'organisation poursuit l'objectif de maintenir pour les usagers une vie

significatives et divertissement	significative qui est cohérente avec leur condition physique et mentale et la durée du séjour. 7.B. La programmation artistique et récréative se fait avec les usagers et s'accorde avec leurs intérêts.
Spiritualité et diversité	8.A. Les besoins spirituels des usagers, des familles et du personnel sont reconnus et pris en compte dans la programmation des activités. 8.B. La diversité est reconnue, et prise en considération dans l'offre de soins et de services.
Thérapies complémentaires, chemins vers le bien-être	9.A. Une vaste gamme de modalités de soins ou services incluant les méthodes considérées comme complémentaires aux méthodes occidentales ou traditionnelles sont offertes pour répondre aux besoins des usagers.
Communauté en santé / Amélioration de l'expérience de vie	10.A. L'organisation contribue à la bonne santé de la communauté environnante.

Tableau 32 : Les critères de désignation associés à l'étape 2.3 du modèle de Gebhardt *et al.*(2006)

Concrètement, ces critères de désignation et cette sous-étape du modèle de la transformation organisationnelle impliquent que l'ensemble des membres au CHU Sainte-Justine doivent comprendre les comportements attendus et les valeurs prônées en lien avec l'approche centrée sur la personne. Pour y parvenir, comme nous l'avons vu à la section 3.7.2, les membres doivent s'inspirer de la réalité du terrain (Gebhardt *et al.*, 2006). Par exemple, au CHU Sainte-Justine, les membres devraient pouvoir discuter avec un patient et sa famille ou avec un membre du « Comité des usagers CHU Sainte-Justine » ou même avec une autre organisation qui est centrée sur la personne, comme par exemple le Centre de réadaptation Estrie, afin de dégager les attentes et les préoccupations.

De plus, idéalement, tel que mentionné au chapitre 3, il faut que l'accès au terrain se fasse en équipe interdisciplinaire (Gebhardt *et al.*, 2006) pour bonifier la synergie. Par exemple, au CHU Sainte-Justine, les équipes devraient être composées de membres qui sont en contact direct avec les patients et leurs familles et de membres qui travaillent dans les unités fonctionnelles, c'est-à-dire plus loin du patient et de sa famille. Ensuite, des journées d'échanges ou des tribunes doivent être disponibles pour permettre aux membres de l'organisation de partager leurs expériences, tout simplement en discutant avec d'autres membres ou en leur montrant physiquement ce qu'ils ont vu (prises de photos, vidéos, etc.). Ces moments de partage et de retour sur l'expérience sont essentiels parce que c'est de cette façon que la culture organisationnelle se développe. Il est nécessaire que les membres développent une compréhension commune de la culture organisationnelle respectant les principes de l'approche centrée sur la personne avant de penser à formaliser et rendre concret cette transformation dans des procédures, des structures ou des systèmes. D'ailleurs, comme nous l'avons vu à la section 3.7.2, le passage de la deuxième à la troisième étape

prend un temps variable selon chaque organisation. Il traduit la transition entre un certain degré d'informalité dans les activités accomplies et la dimension très formelle que revêt l'institutionnalisation de la transformation organisationnelle (Gebhardt *et al.*, 2006).

À la lumière de ces critères de désignation et des bonnes pratiques mentionnées ci-dessus, nous proposons au CHU Sainte-Justine d'utiliser les indicateurs de performance suivants dans son cadre de mesure de transformation organisationnelle : le nombre de rencontres entre le CHU Sainte-Justine et les membres de l'arrondissement, par année; le nombre de méthodes complémentaires disponibles dans l'établissement; le taux d'utilisation de ces méthodes; le taux de satisfaction de ces méthodes; le taux de satisfaction à propos du respect de la spiritualité du patient et sa famille; le taux de satisfaction à propos de la programmation artistique et récréative; le taux de satisfaction à propos de l'intimité accordée au patient et à sa famille; le nombre de projets mis en chantier par un comité multidisciplinaire, incluant un patient; le présentéisme aux rencontres du comité d'humanisation des soins *Planetree* et le présentéisme aux rencontres du comité de pilotage des sites pilotes *Planetree*.

8.1.2.2.4 Recruter de nouveaux membres qui partagent la même philosophie

Les critères de désignation 1.C. « l'engagement de l'organisation envers l'approche centrée sur la personne est communiqué à toutes les parties prenantes » et 2.A.« tous les membres de l'organisation sont respectueux envers les usagers et les familles et le sont aussi les uns envers les autres » font aussi écho à la quatrième sous-étape du modèle de Gebhardt *et al.* (2006).

Tel que mentionné à la section 3.7.2, lors de cette sous-étape, il est important pour l'organisation d'adapter ses systèmes des ressources humaines, notamment au niveau de la dotation, afin qu'ils soient cohérents avec la nouvelle culture désirée. Ainsi, les nouveaux membres recrutés partageront déjà les valeurs et les comportements organisationnels attendus. Bien que le CHU Sainte-Justine ne soit pas encore rendu à cette sous-étape (cf section 7.3.2.2), nous lui proposons d'établir un indicateur concernant le pourcentage de postes diffusés qui comportent une clause en lien avec l'humanisation des soins.

8.1.2.3 Étape 3 L'institutionnalisation des changements

À travers cette troisième étape du modèle de Gebhardt *et al.* (2006), rappelons qu'il existe quatre sous-étapes. Dans le cadre de mesure que nous proposons, nous en avons recensé trois, soit : formaliser et rendre concret le changement, les systèmes RH et le transfert de pouvoir.

La grande majorité des critères de désignation sont associés à la troisième étape du modèle Gebhardt *et al.* (2006). Ils sont davantage orientés vers les structures et les pratiques organisationnelles qui doivent être adaptées ou modifiées. Les indicateurs privilégiés pour témoigner de la transformation sont des indicateurs d'intrants et de processus.

8.1.2.3.1 Formaliser et rendre concret le changement

Les critères de désignation 2.B., 2.C., 2.D, 2.I., 2.J., 3.A. à 3.D., 4.A. à 4.D, 5.A. à 5.D., 6.A., 6.C. à 6.F., 6.H. à 6.J., 7.C., 9.B. et 10.B. (cf tableau 42, annexe 9) font écho à la sous-étape « Formaliser et rendre concret le changement » du modèle de Gebhard *et al.* (2006). Nous les présentons au tableau 33 ci-dessus.

Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)
Relations humaines, autonomie, dignité et choix	2.B. Le personnel a la liberté de personnaliser l'expérience de l'usager et de sa famille afin de répondre aux besoins et préférences exprimés par la personne qui reçoit les soins et services. 2.C. Tous les membres de l'organisation font preuve d'une communication ouverte et directe. Ceci inclut la mise en place d'un processus formel pour divulguer aux usagers ou à leur famille les incidents et accidents avec empathie et transparence. 2.D. La continuité des soins et services et le suivi qui en est fait auprès des usagers est maximisé et maintenu pour la période de soins ou services de chaque individu, y compris durant les transitions entre différents niveaux et épisodes de soins et services. 2.I. Des systèmes sont en place afin de maximiser l'autonomie, la dignité et le libre choix des usagers. Les préférences individuelles des usagers sont entièrement prises en compte et leurs habitudes de vie quotidiennes sont maintenues. 2.J. L'organisation assure un équilibre entre les considérations de sécurité et la responsabilisation de l'usager, son autonomie et sa dignité.
Favoriser l'information, le choix et la responsabilité de l'usager	3.A. Les usagers prennent part aux décisions concernant leurs soins ou services et leurs décisions sont respectées. La famille est invitée à participer à la prise de décision selon les besoins et le souhait de l'usager. 3.B. Lors de leur traitement, les usagers et les familles (avec le consentement de l'usager) reçoivent un enseignement et ont accès à un large éventail d'information médicale et de santé pour les aider à faire des choix éclairés. Les usagers ont accès à leur dossier médical et à leur plan de soins ou de services pendant le traitement et reçoivent de l'aide pour comprendre l'information qui y est contenue. 3.C. Les usagers et les membres de la famille (avec le consentement de l'usager) participent au processus de planification des soins ou services.

	3.D. Les usagers et les familles (avec le consentement de l'usager) reçoivent l'information et le soutien nécessaire pour prendre part autant qu'ils le souhaitent à la coordination de leurs soins ou services d'un milieu à l'autre, parmi plusieurs prestataires de soins ou services et à travers des épisodes de soins ou services séparés.
La participation de la famille	4.A. Des heures de visite flexibles, de nuit comme de jour, et fixées par l'usager sont en place et les enfants sont admis (sauf dans les établissements psychiatriques, les soins intensifs néonataux et dans les cas de maladies transmissibles). 4.B. Lorsque convenu mutuellement, et si approprié d'un point de vue clinique, le personnel encourage les familles à participer aux soins ou services et au soutien émotionnel, spirituel et physique de l'usager. 4.C. Toute restriction à la participation de la famille découlant d'une décision clinique est expliquée à l'usager et à sa famille. 4.D. Des systèmes mis en place permettent au personnel d'être attentif aux besoins physiques, émotionnels et spirituels des personnes formant le système de soutien de l'usager.
Choix de nourriture saine	5.A. Les usagers, les visiteurs et le personnel ont accès à une nourriture saine et variée qui respecte leurs préférences et leurs habitudes personnelles. 5.B. Des mesures sont en place pour personnaliser l'offre de nourriture dans le but de respecter les besoins individuels y compris, mais sans s'y limiter, les restrictions diététiques, les croyances religieuses et les normes culturelles. 5.C. Les usagers ont la possibilité de participer à la planification des repas (y compris le choix et le moment du repas).
Milieu favorisant le bien-être : Architecture et Design	6.A. Les constructions s'appuient sur des principes de design architectural démontrant, selon des données probantes, leur potentiel d'améliorer l'expérience de soins et de services. 6.C. Les usagers ont le choix ou le contrôle de leur environnement personnel leur permettant de le personnaliser et d'exercer un contrôle sur ses différentes composantes, notamment : l'éclairage, l'accès à la lumière du jour, les bruits et les sons, les odeurs, la température ambiante et l'intimité visuelle. 6.D. À mesure que des plans de rénovation et de réaménagement sont élaborés, les barrières symboliques et réelles sont réduites et la communication ouverte ainsi que les interactions humaines deviennent prioritaires. 6.E. Un schéma d'orientation pour les visiteurs et les usagers procure un trajet clair et compréhensible jusqu'à destination. 6.F. L'accès physique à l'édifice est facile (sans obstacle) et approprié à ceux qui l'utilisent. 6.H. L'organisation fournit des preuves démontrant son engagement envers des approches durables et « vertes » pour la construction et la rénovation, et envers la promotion de pratiques qui respectent l'environnement dans le cadre de ses activités. 6.I. Les usagers ont accès à la nature. 6.J. L'éclairage est bien adapté à la tâche ou à la fonction, favorise un environnement sécuritaire pour le personnel et les usagers tout en assurant le confort de l'usager, le contrôle et la sécurité.
Programme d'arts, activités significatives et divertissement	7.C. Le personnel, les usagers et les familles participent activement à la planification ou à la réalisation d'activités de divertissement ou d'activités porteuses de sens pour ces derniers.
Thérapies complémentaires, chemins vers le bien-être	9.B. Les besoins des usagers en matière de bien-être sont abordés d'une manière holistique.

Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)
Communauté en santé / Amélioration de l'expérience de vie	10.B. L'organisation encourage la participation de la communauté environnante à la vie de la communauté interne.

Tableau 33 : Les critères de désignation associés à l'étape 3.1 du modèle de Gebhardt *et al.*(2006)

L'ensemble des critères détaillés ci-dessus renvoie à l'institutionnalisation du changement à travers des symboles, des rituels et des artefacts (Gebhardt *et al.*, 2006). La mise en place de mesures concrètes en lien avec l'approche centrée sur la personne devrait pouvoir s'apprécier dans l'établissement hospitalier. Cette sous-étape pourrait par exemple se traduire par la mise en place de structures pour favoriser l'accueil et l'intégration de la communauté dans l'établissement hospitalier ou par l'application d'une politique de visite flexible ou encore par des ateliers offerts aux patients et à leurs familles au sujet de la prévention ou de la prestation des soins, etc.

À cette étape-ci, le CHU Sainte-Justine doit s'assurer de mesurer le taux de satisfaction des patients et leurs familles en lien avec les systèmes, les processus et les structures qui auront été mis en place. Parallèlement, l'établissement doit également outiller ses membres afin de s'assurer que ces nouvelles façons de faire soient mises en place de façon durable. Conséquemment, les systèmes des ressources humaines de l'établissement doivent aussi être adaptés.

8.1.2.3.2 Les systèmes RH

Les critères de désignation qui s'inscrivent dans cette sous-étape d'arrimer le système de développement et d'évaluation personnel des membres à leurs attentes individuelles et à la performance visée par l'établissement (cf section 3.7.2) sont précisés au tableau 34.

Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)
Relations humaines, autonomie, dignité et choix	2.A.Tous les membres de l'organisation sont respectueux envers les usagers et les familles et le sont aussi les uns envers les autres. 2.E. Des systèmes sont en place pour offrir au personnel la possibilité d'influencer considérablement la façon d'appliquer l'approche centrée sur la personne (au niveau de l'unité ou à l'échelle de l'organisation). 2.F. Des mécanismes sont mis en place pour assurer au personnel des services de soutien comprenant des éléments identifiés par le personnel comme des priorités d'action. 2.G. Les parties prenantes de l'organisation qui participent à la création d'un environnement centré sur la personne sont identifiées et reconnues pour leur travail.

Tableau 34 : Les critères de désignation associés à l'étape 3.2 du modèle de Gebhardt *et al.*(2006)

À travers ces critères de désignation et cette sous-étape du modèle de Gebhardt *et al*. (2006), nous dégageons qu'il faut que l'établissement mettre en place des structures pour permettre à ses membres de communiquer leurs besoins prioritaires, pour favoriser leur habilitation dans leurs décisions quotidiennes et doit assurément adapter l'évaluation du rendement et la signification des attentes. Mis à part ces bonnes pratiques, les indicateurs de performance qui doivent être mesurés et suivis sont les suivants : le taux de satisfaction général du personnel, le taux de satisfaction en lien avec la reconnaissance, le nombre de bons coups soulignés mensuellement, par départements, le taux de roulement, etc.

8.1.2.3.3 Le transfert de pouvoir

Les critères de désignation 2.B. et 2.C. mentionnés au tableau 35 font aussi écho à la quatrième sous-étape de la phase 3 du modèle de Gebhardt *et al.* (2006).

Description de la section	**Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)**
Relations humaines, autonomie, dignité et choix	2.B. Le personnel a la liberté de personnaliser l'expérience de l'usager et de sa famille afin de répondre aux besoins et préférences exprimés par la personne qui reçoit les soins et services. 2.C. Tous les membres de l'organisation font preuve d'une communication ouverte et directe. Ceci inclut la mise en place d'un processus formel pour divulguer aux usagers ou à leur famille les incidents et accidents avec empathie et transparence.

Tableau 35 : Les critères de désignation associés à l'étape 3.4 du modèle de Gebhardt *et al*.(2006)

Tel que nous l'avons vu à la section 3.7.2, cette sous-étape est un jalon important dans la progression de l'organisation vers la culture organisationnelle désirée. C'est à cette étape qu'il y a un transfert de pouvoir de la coalition, groupe qui a initié la transformation, à l'ensemble des membres de l'organisation. Concrètement, l'organisation devrait pouvoir apprécier la capacité qu'ont ses membres à prendre, au quotidien, des décisions cohérentes avec la nouvelle culture organisationnelle. Les bonnes pratiques qui sont en lien avec ces critères de désignation et cette sous-étape sont principalement de s'assurer que les mécanismes de communication en place soient adéquats et répondent aux besoins des membres, d'offrir des ateliers de communication au besoin et évidemment, de mettre en place des structures pour favoriser l'habilitation des membres dans leurs décisions quotidiennes.

Compte tenu de ces critères et de ces bonnes pratiques, nous proposons au CHU Sainte-Justine d'utiliser les indicateurs de performance suivants dans son cadre de mesure de transformation organisationnelle : le taux de participation aux ateliers de communication, le

taux de satisfaction lors de ces ateliers et le pourcentage de satisfaction de la clientèle (patients et familles) concernant la communication, par département.

Dans un esprit de synthèse, nous rappelons que tous les éléments discutés dans cette présente section se retrouvent au tableau 42, à l'annexe 9. Il amalgame les critères de désignation du modèle de soins *Planetree* (colonne 3), les composantes *Planetree* qui s'y rattachent (colonne 4), les phases du modèle de Gebhardt *et al.* (2006) (colonne 5), les outils de gestion de performance déjà en place au CHU Sainte-Justine (colonne 6) ainsi que les bonnes pratiques de gestion proposées en contexte de transformation (colonne7) et les indicateurs de performance suggérés (colonne 8) pour rendre compte de la progression de l'établissement vers la culture organisationnelle désirée. Malgré notre effort d'intégrer toutes les informations dans un même tableau, à sa lecture, on constate que certaines cases demeurent toutefois vides. La raison est que certains critères de désignation sont associés à la troisième étape du modèle de Gebhardt *et al.* (2006); or, le CHU Sainte-Justine n'est pas rendu à cette étape dans son processus de transformation (cf section 7.3.2.2).

À la lumière des éléments ressortis de la littérature et des informations présentées dans cette deuxième section, nous concluons que pour témoigner de l'évolution d'une transformation de culture organisationnelle, les indicateurs les plus sensibles sont ceux des intrants (ressources) et des processus (activités). Ces deux types d'indicateurs assurent donc les moyens pour rencontrer les résultats désirés.

Parmi les indicateurs identifiés, un indicateur de résultat d'effets ressort toutefois : il s'agit de la satisfaction de la clientèle. Tel que souligné dans les différentes sections ci-dessus et indiqué au tableau 42 de l'annexe 9, nous proposons que plusieurs dimensions évaluées par les critères de désignation soient mesurées dans les sondages de satisfaction des clientèles par des questions précises. Cet indicateur d'effets est le résultat des indicateurs de déterminants, alors, en scindant le taux de satisfaction de la clientèle selon les différentes dimensions identifiées, les membres de l'organisation pourront apprécier si ce qui a été réalisé en amont dégage un résultat positif vers l'atteinte de la culture organisationnelle désirée.

Il faut également que dans ce processus de transformation de culture organisationnelle, les conditions facilitantes pour apaiser l'anxiété d'apprentissage (cf tableau 15) soient déployées à tous les niveaux du CHU Sainte-Justine.

8.1.3 Le cadre de mesure de la culture organisationnelle désirée

La section 8.1.2 fait principalement état des indicateurs qui témoignent de la progression vers la nouvelle culture organisationnelle désirée et des bonnes pratiques qui devraient être déployées au sein de l'établissement. Comme nous venons de le constater à la lumière de la section précédente, les critères de désignation proposés par le modèle de soins *Planetree* concernent principalement la mise en place de structures et de systèmes au sein de l'établissement pour témoigner de l'évolution de la transformation organisationnelle. D'ailleurs, les trois premières étapes du modèle Gebhardt *et al.* (2006) ont pu être associées aux différents critères de désignation. Selon le modèle de soins *Planetree*, le respect des critères de désignation devrait engager les membres de l'établissement vers l'atteinte de la nouvelle culture organisationnelle désirée. Or, nous croyons cet exercice n'est pas suffisant et que l'analyse doit être poussée davantage. Dans la présente section, nous centrerons plutôt la discussion sur les indicateurs de performance qui témoignent de la culture organisationnelle nouvellement partagée et intégrée.

Tout d'abord, nous voulons faire un bref retour sur les bénéfices escomptés quant à l'application du modèle de soins *Planetree* au niveau de la performance organisationnelle. Ensuite, nous insistons sur l'importance de la mesure à long terme, soit sur la sélection d'un indicateur de résultat d'impact, et sur la pérennisation de la nouvelle culture organisationnelle. Finalement, comme nous avons poursuivi un protocole de recherche-action, nous présentons un tableau synthèse dans lequel nous indiquons les indicateurs que nous avons proposés, ceux actuellement utilisés au CHU Sainte-Justine et ceux qualifiés d'indicateurs *Planetree* ainsi que les bonnes pratiques suggérées à mettre en application au sein de l'établissement, le tout présenté en fonction des étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006).

Comme nous l'avons répété maintes fois dans ce mémoire, le résultat désiré est la nouvelle culture organisationnelle qui découle des principes du modèle de soins *Planetree*, présentés précédemment au chapitre 4. Tel que mentionné, ce modèle vise l'amélioration de quatre principales dimensions : la « satisfaction et [le] bien-être de la clientèle, la qualité des relations interpersonnelles et l'ambiance de travail en général, l'engagement et la loyauté du personnel [et les] pratiques de gestion et cliniques innovatrices » (Réseau *Planetree* Québec, 2013 : 4). Nous avons préalablement classifié ces indicateurs (cf tableau 20) comme des indicateurs d'intrants, de processus et d'effets. Les indicateurs d'intrants et de

processus sont les déterminants des résultats : ils permettent de témoigner de la progression de la transformation organisationnelle. Par contre, les résultats de la transformation organisationnelle se mesurent par les indicateurs d'effets. Dans le cas du modèle de soins *Planetree*, les deux indicateurs d'effets sont la satisfaction et le bien-être de la clientèle et l'engagement et la loyauté du personnel. Le premier est le résultat des ressources mobilisées en amont et des activités réalisées en lien avec la satisfaction des besoins des patients et de leurs familles. Le deuxième est le résultat des structures, systèmes et mécanismes mis en place pour favoriser la reconnaissance, la valorisation et la mobilisation du personnel.

Il est vrai que les indicateurs d'intrants et de processus témoignent de l'avancée vers la culture désirée, mais ces critères, ces structures et ces systèmes ne sont que des artefacts de la culture organisationnelle. Il faut dorénavant s'assurer que tous les niveaux de la culture organisationnelle soient « contaminés » par l'approche centrée sur la personne. Le regard devrait alors être tourné vers les valeurs et les normes partagées entre les membres du CHU Sainte-Justine. En ce sens, puisque la nouvelle culture organisationnelle ne peut se mesurer qu'à long terme, nous croyons que l'établissement hospitalier devrait chercher à apprécier cette nouvelle culture organisationnelle par un indicateur de résultat d'impact, soit l'appropriation des valeurs d'humanisation des soins par tous les membres du CHU Sainte-Justine.

Pour mesurer cet indicateur d'impact, le CHU Sainte-Justine devrait reprendre l'exercice de l'évaluation de sa culture organisationnelle au moyen de la méthode de Schein (2004), c'est-à-dire en combinant les méthodes de collecte, allant des observations aux entrevues en profondeur, et surtout cette fois-ci, s'assurer de rencontrer les membres organisationnels faisant partie des treize directions, des six programmes-clientèles et de toutes les unités fonctionnelles (cf annexe 5) et provenant de corps d'emploi différents. Ainsi, l'établissement devrait être en mesure d'apprécier l'appropriation des nouvelles valeurs et normes par les membres. Si les valeurs d'humanisation sont intégrées et partagées parmi les membres, l'atteinte de la nouvelle culture organisationnelle sera réussie. Conséquemment, les artefacts reflèteront ces valeurs, ce qui sera plus facilement observable et mesurable pour l'établissement.

8.1.3.1 La pérennisation de la nouvelle culture organisationnelle

Une fois que la culture organisationnelle souhaitée sera partagée et intégrée par tous les membres, le CHU Sainte-Justine sera confronté à de nouveaux défis, soit le maintien de sa culture organisationnelle. Tel que nous avons vu à la section 3.7.2, les auteurs Gebhardt *et al.* (2006) proposent dans leur modèle des moyens et des mécanismes à mettre en place pour renforcer et protéger la nouvelle culture organisationnelle.

Rappelons que d'un côté, ils soulignent la contribution des membres de l'organisation dans les processus de recrutement, soit par les références qu'ils proposent ou par le souci de développer des processus de dotation qui discriminent positivement ceux qui appliquent pour travailler dans l'organisation et qui partagent les mêmes valeurs que celles nouvellement en place. De plus, des activités de type rituels doivent être coordonnées et organisées à différents moments dans l'organisation pour permettre de rappeler aux membres l'importance de l'approche centrée sur la personne et les raisons qui ont motivé initialement cette orientation stratégique. Il faut aussi que les membres organisationnels demeurent sensibilisés à la réalité des patients et leurs familles ainsi qu'aux besoins des employés. Idéalement, des séances de travail en équipe interdisciplinaire devraient s'organiser autour de ces thèmes.

De l'autre côté, les auteurs Gebhardt *et al.* (2006) font état de deux mécanismes de protection que l'organisation peut déployer. Dans ses rangs, elle doit compter des gardiens de la flamme culturelle pour s'assurer que les orientations envisagées et les décisions prises restent en cohérence avec l'ensemble des valeurs et normes organisationnelles. Par la même occasion, la haute direction doit rester vigilante par rapport aux modes en gestion. Il peut être tentant d'aller vers une nouvelles direction à la mode, mais si cette dernière ne coïncide pas avec la culture organisationnelle, les efforts risquent d'échouer inutilement.

Associés à ces moyens et à ces mécanismes, le CHU Sainte-Justine devrait établir des bonnes pratiques et s'assurer de les intégrer à son quotidien.

8.1.3.2 Le tableau synthèse des indicateurs et des bonnes pratiques

Dans cette dernière partie du chapitre, nous présentons un tableau qui synthétise nos propositions, détaillées aux pages précédentes, au niveau des indicateurs de performance et des bonnes pratiques. Nous rappelons qu'en l'absence d'indicateurs de performance pertinents à mesurer, nous suggérons plutôt des bonnes pratiques à mettre en application.

Le tableau 36 est divisé selon les étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006) afin de faire ressortir les indicateurs et les bonnes pratiques associés aux étapes du processus de transformation vers la nouvelle culture organisationnelle (étape 1 à 3) et ceux associés à l'étape du maintien de la culture organisationnelle désirée. Comme nous l'avons déjà évoqué, les indicateurs d'intrants et de processus sont plus nombreux dans les premières étapes du processus de transformation, tandis que les indicateurs de résultats (effets et impact) sont davantage utilisés dans la dernière étape pour apprécier l'atteinte de la nouvelle culture organisationnelle. Pour son maintien, au lieu de mesurer des indicateurs de performance, nous proposons l'application de bonnes pratiques, tel que suggéré par Gebhardt *et al.* (2006).

Le tableau 36 est illustré aux cinq prochaines pages de la présente section.

Les indicateurs actuels	Les indicateurs *Planetree*	Les bonnes pratiques	Les indicateurs proposés
Étape 1 : Le coup d'envoi			
1.2 La préparation			
		✪ Importance de connaître la culture actuelle avant d'amorcer un changement.	✓ Nombre de départements qui ont reçu un diagnostic.
Étape 2 : La mise en œuvre du plan de changement			
2.1 Présentation du plan de changement à l'ensemble de l'organisation			
		✪ La tenue d'une cérémonie originale et marquante.	✓ Taux de participation des membres à la cérémonie.
2.2 Développer un nouvel ensemble de valeurs organisationnelles			
		✪ Prêcher par l'exemple (notamment pour la haute direction), travailler à récompenser les comportements qui vont dans le sens de ces valeurs et normes. ✪ Tenir des journées de transformation, de type journée *Planetree*, formation facilitateur ou autre. ✪ Tous les membres organisationnels doivent avoir accès à ces formations, autant les bénévoles, les stagiaires, les professionnels de la santé, les non-professionnels, les pharmaciens et les médecins.	✓ Nombre de bons coups soulignés mensuellement, par départements. ✓ Taux de participation aux formations par département, par corps d'emploi. ✓ Pourcentage des départements qui ont été formés. ✓ Pourcentage des bénévoles qui ont été formés. ✓ Taux de participation aux formations par département, par corps d'emploi.
2.3 Compréhension commune et partagée de la culture organisationnelle désirée			
✓ Évolution du nombre de partenariats. ✓ Programme santé en Haïti. Interconnexion au réseau d'informations scientifiques du Québec. ✓ Satisfaction de la clientèle.	✓ Satisfaction et bien-être de la clientèle.	✪ Mettre en place de périodes d'échange entre l'organisation et la communauté environnante. ✪ Mettre des mécanismes de communication en place afin que les membres informent les patients et leurs familles des méthodes complémentaires disponibles. ✪ Mettre en place des programmes qui sont flexibles et personnalisés. ✪ Mettre en place de périodes d'échange entre les membres et les patients (et leurs familles) pour déterminer leurs besoins spirituels. ✪ Outiller les membres de l'organisation à impliquer les patients et leurs familles lors de ces choix. ✪ Mettre en place de périodes d'échange entre les membres et les patients (et leurs familles) pour déterminer les besoins liés aux arts.	✓ Nombre de rencontres entre le CHU Sainte-Justine et les membres de l'arrondissement, par année. ✓ Le nombre de méthodes complémentaires disponibles dans l'établissement. ✓ Taux d'utilisation de ces méthodes. ✓ Taux de satisfaction de ces méthodes. ✓ Taux de satisfaction à propos du respect de la spiritualité du patient et sa famille. ✓ Taux de satisfaction à propos de la programmation artistique et récréative. ✓ Taux de satisfaction à propos de l'intimité accordée au patient et à sa

Les indicateurs actuels	Les indicateurs *Planetree*	Les bonnes pratiques	Les indicateurs proposés
		✪ Mettre en place de périodes d'échange entre les membres et les patients (et leurs familles) pour déterminer les besoins d'intimité. ✪ Adapter les infrastructures en conséquence. ✪ Mettre en place de structures et des procédures pour inclure les patients (et leur famille) dans les projets d'aménagement (au sens large). ✪ Mettre des structures en place pour favoriser les moments d'échange entre les patients et les membres organisationnels. ✪ Mettre aussi en place des structures qui supportent des périodes de discussions en lien avec le retour d'expériences entre les membres.	famille. ✓ Nombre de projets mis en chantier par un comité multidisciplinaire, incluant un patient. ✓ Présentéisme aux rencontres du comité d'humanisation des soins *Planetree*. ✓ Présentéisme aux rencontres du comité de pilotage des sites pilotes *Planetree*.
2.4 Recruter de nouveaux membres qui partagent la même philosophie			
✓ Taux en main-d'œuvre indépendante.	✓ Taux en main-d'œuvre indépendante.	✪ Adapter les systèmes des ressources humaines pour qu'ils soient cohérents avec l'approche centrée sur la personne : 1) Au niveau de la dotation : recruter de nouveaux membres qui sont en adéquation avec les valeurs et comportements organisationnels attendus. ✪ Arrimer les processus de dotation afin de recruter des nouveaux membres qui respectent les principes de l'approche centrée sur la personne. ✪ Modifier les grilles d'entrevues.	✓ Pourcentage du personnel qui a reçu des attentes signifiées en lien avec le modèle de soins *Planetree*. ✓ Pourcentage des postes diffusés qui comportent une clause en lien avec l'humanisation des soins
Étape 3 : L'institutionnalisation des changements			
3.1 Formaliser et rendre concret le changement			
✓ Évolution du nombre de stagiaires. ✓ Satisfaction de la clientèle. ✓ État d'avancement des travaux pour le projet « Grandir en santé ». ✓ Proportion des visites à l'urgence réparties par groupes de priorités. ✓ Taux de bactériémies nosocomiales. ✓ Délais d'accès à la chirurgie. ✓ Durée moyenne d'attente à	✓ Satisfaction et bien-être de la clientèle.	✪ Mettre en place des structures pour favoriser l'accueil et l'intégration de la communauté dans l'établissement. ✪ Mettre une structure flexible en place pour offrir des programmes variés et personnalisés. ✪ Offrir des ateliers de divertissement ou d'activités porteuses de sens. ✪ Améliorer, moderniser ou sélectionner des infrastructures selon leur flexibilité. ✪ Développer des espaces verts. ✪ Mettre en place des structures qui renforcent l'utilisation de produits écologiques, les programmes de recyclage, etc. ✪ S'assurer d'avoir un stationnement disponible, des navettes	✓ Nombre de projets conjoints développés par année. ✓ Taux de participation aux ateliers de divertissement. ✓ Taux de satisfaction à propos des ateliers de divertissement. ✓ Certification BOMA BESt ✓ Taux de satisfaction à propos de la facilité d'accès physique à l'établissement. ✓ Taux de satisfaction à propos de la qualité de la signalisation.

Les indicateurs actuels	Les indicateurs *Planetree*	Les bonnes pratiques	Les indicateurs proposés
l'urgence. ✓ Taux de divulgation d'incidents et d'accidents.		si nécessaire, être près des transports en commun, etc. ✪ S'assurer d'avoir une signalisation claire, visuelle et adaptée aux langues des patients et familles. ✪ Mettre en place des structures qui favorisent les espaces épurés. ✪ Améliorer, moderniser ou sélectionner des infrastructures selon leur flexibilité. ✪ Se baser sur des données rigoureuses qui respectent les principes de l'approche centrée sur la personne. ✪ Outiller les membres de l'organisation à impliquer les patients et leurs familles lors des choix alimentaires. ✪ Offrir des heures d'ouverture de la cafétéria flexibles ou offrir des services de traiteur. ✪ Outiller les membres de l'organisation à être à l'écoute des patients et de leurs familles. ✪ Mettre des infrastructures en place pour permettre aux patients et à leurs familles d'avoir des moments de retrait. ✪ Outiller les membres de l'organisation à communiquer l'information aux patients et à leurs familles. ✪ Offrir des ateliers ou des séances de prévention ou des formations liés à la prestation des soins pour les patients et leurs familles. ✪ Établir une politique de visite flexible. ✪ Avoir des infrastructures en place pour faciliter les visites. ✪ Outiller les membres de l'organisation à communiquer l'information aux patients et à leurs familles. ✪ Informer les patients et leurs familles qu'ils ont la possibilité de participer activement à la réalisation de leurs soins et services. ✪ Offrir des ateliers ou des séances de prévention pour les patients et leurs familles. ✪ Offrir des ateliers d'éducation ou d'information pour les patients et leurs familles. ✪ Fournir de la documentation en ce sens. ✪ Mettre en place des structures et des procédures pour inclure les préférences des patients (et leur famille).	✓ Taux de programmes alimentaires adaptés aux patients ✓ Taux de satisfaction à propos de la qualité (diversité, accessibilité, etc) de l'alimentation. ✓ Taux de satisfaction à propos de l'écoute envers les patients, par départements. ✓ Taux de participation aux ateliers de prévention. ✓ Taux de satisfaction à propos des ateliers de prévention. ✓ Taux de satisfaction à propos de la qualité des informations reçues par le personnel de l'établissement, par département. ✓ Taux de participation aux ateliers d'éducation ou d'information. ✓ Taux de satisfaction de ces ateliers. ✓ Taux de satisfaction de la clientèle à propos de la personnalisation des soins et services, par département. ✓ Pourcentage de satisfaction concernant la continuité des soins et services, par département.

Les indicateurs actuels	Les indicateurs *Planetree*	Les bonnes pratiques	Les indicateurs proposés
		✪ Mettre en place des mécanismes pour encourager et soutenir les membres à informer les patients et leurs familles.	
3.2 Systèmes RH			
✓ Taux de satisfaction du personnel à propos de la reconnaissance. ✓ Taux de satisfaction du personnel («Défi Meilleurs Employeurs») ✓ Évolution du nombre de personnes/activités au CAAHC (formation des étudiants) ✓ Évolution du nombre de personnes formées au CAACH (formation et perfectionnement) ✓ Ratio d'assurance-salaire. ✓ Taux d'heures en accident de travail. ✓ Promotion de la santé : taux de projets en cours/réalisés. ✓ Renouvellement de l'accréditation Hôpital Promoteur Santé. ✓ Taux de roulement. ✓ Taux de temps supplémentaire.	✓ Satisfaction du personnel. Formation et développement. ✓ Ratio d'assurance-salaire. ✓ Fréquence et gravité des accidents. ✓ Taux de roulement. ✓ Taux de temps supplémentaire.	✪ Mettre en place des structures pour permettre aux membres de communiquer leurs besoins prioritaires. ✪ Mettre en place des structures pour favoriser l'habilitation des membres dans leurs décisions quotidiennes. ✪ Adapter les systèmes des ressources humaines pour qu'ils soient cohérents avec l'approche centrée sur la personne : 2) au niveau de l'évaluation du rendement et de la signification des attentes : recadrer ceux qui à l'intérieur de l'établissement ne les respectent pas. (en utilisant une échelle de gradation, suivi de la mise à jour des processus RH).	✓ Nombre de bons coups soulignés mensuellement, par départements.
3.4 Transfert de pouvoir			
		✪ S'assurer que les mécanismes de communication en place soient adéquats et répondent aux besoins des membres. ✪ Offrir des ateliers de communication. ✪ Mettre en place des structures pour favoriser l'habilitation des membres dans leurs décisions quotidiennes.	✓ Taux de participation aux ateliers de communication. ✓ Taux de satisfaction des ateliers de communication. ✓ Pourcentage de satisfaction de la clientèle concernant la communication, par département.
Étape 4 : Le maintien			
✓ Satisfaction des patients et de leurs familles.	✓ Satisfaction et bien-être de la	✪ S'assurer que les procédures de dotation des ressources humaines demeurent cohérentes avec l'approche centrée sur la	✓ Appropriation des valeurs d'humanisation des soins par tous les

Les indicateurs actuels	Les indicateurs *Planetree*	Les bonnes pratiques	Les indicateurs proposés
	clientèle. ✓ Engagement et loyauté du personnel	personne. ✪ Organiser des formations pour rappeler l'importance de l'approche centrée sur la personne. ✪ Organiser des séances de travail pour maintenir la sensibilité des membres envers l'approche centrée sur la personne. ✪ Nommer des membres qui seront les gardiens de la flamme culturelle. ✪ Rester vigilant par rapport aux modes en gestion.	membres du CHU Sainte-Justine.

Tableau 36 : Tableau synthèse des indicateurs de performance et des bonnes pratiques proposés.

8.2 La synthèse du chapitre

En résumé, durant son processus de transformation de culture organisationnelle, le CHU Sainte-Justine cumule plusieurs indicateurs de performance pour témoigner de son évolution vers la culture désirée. Pour rendre compte de ces avancées, l'établissement hospitalier doit ajouter à son cadre de mesure actuel de nouveaux indicateurs axés sur les intrants et sur les processus. Ces indicateurs de performance ont principalement été développés en se basant sur les critères de désignation du modèle de soins *Planetree* et en fonction des trois premières étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006). De plus, en cheminant vers la culture organisationnelle désirée, le CHU Saint-Justine doit mesurer parallèlement un indicateur de résultat d'effets, soit la satisfaction des clientèles, pour apprécier si les ressources mobilisées et les activités réalisées en amont ont eu un résultat positif vers l'atteinte du résultat désiré. Finalement, lorsque le CHU Sainte-Justine atteindra sa nouvelle culture organisationnelle désirée, l'établissement devrait notamment se concentrer sur un indicateur de résultat d'impact, c'est-à-dire l'appropriation des valeurs d'humanisation des soins. À ce stade, la culture organisationnelle désirée aura donc « infiltrée » toutes les structures, les pratiques organisationnelles et tous les systèmes et processus puisque les valeurs d'humanisation seront intégrées et partagées parmi tous les membres. Elle sera désormais la culturelle organisationnelle, sans être en opposition à l'ancienne. Pour la maintenir, l'établissement tout d'abord mettre en application les bonnes pratiques détaillées à la section 8.1.3.1. Puis, il devrait continuer de mesurer les deux indicateurs de résultat d'effets préalablement identifiés : la satisfaction des patients et leurs familles et l'engagement et la loyauté du personnel.

Enfin, nous souhaitons discuter d'un défi complémentaire pour lequel le CHU Sainte-Justine devra déployer des efforts. D'une part, la culture organisationnelle est dynamique puisqu'elle s'adapte à son environnement externe tout en se coordonnant à l'interne. D'autre part, le cadre de mesure de la performance est aussi dynamique, tel qu'illustré par le cycle d'activités de Botton *et al.* (2012). Alors, l'établissement hospitalier devra simultanément faire face à ces deux concepts multidimensionnels et non statiques. Il devra être particulièrement vigilant durant son processus de transformation organisationnelle : en mesurant, en suivant et en ajustant ses actions en conséquence, toujours dans le but d'atteindre la culture organisationnelle désirée. De plus, il doit assurément faire le suivi de

la mesure des indicateurs et la rétroaction qui en découle puisque ces informations donnent du sens aux résultats et favorisent l'apprentissage organisationnel (Botton *et al.*, 2012). Les membres auront besoin de ces moments de rétroaction pour ajuster ou renforcer leur compréhension commune et partagée.

En conclusion de notre discussion, nous voulons revenir sur la phrase énoncée par Hibbard (2004) au début du mémoire : « *[t]he likelihood that we will be able to move health care to a more patient-centric system depends, in large part, on our ability to also shift performance measurement in this direction* » (Hibbard, 2004 : 135) pour insister sur le fait que la mesure de la progression vers la culture organisationnelle, par des indicateurs d'intrants et de processus, ne doit pas être une fin en soi. Certes, elle guide l'établissement à travers son cheminement de transformation organisationnelle. Par contre, le CHU Sainte-Justine doit garder en tête que l'indicateur qui témoignera de la culture organisationnelle désirée est un indicateur de résultat d'impact, soit l'appropriation des valeurs d'humanisation des soins. Cet indicateur permettra d'apprécier que la culture est désormais intégrée et partagée par tous ses membres. Pour qu'elle soit pérenne, les membres organisationnels devront être en mesure de prendre des décisions au quotidien qui tiennent compte des impacts qu'elles auront sur les besoins de la personne dans sa globalité (patient, famille, personnel). Ces décisions se réflèteront ainsi dans les artefacts du CHU Sainte-Justine.

Chapitre 9 : Conclusion

9.1 Principaux constats

Évoluant dans un contexte de contraintes financières (Aucoin, 2012), matérielles et humaines (Aucoin, 2012; Lavoie-Tremblay *et al.*, 2008), le système de santé et de services sociaux québécois est toujours à la recherche de moyens pour s'améliorer. Malgré les nombreuses réformes amorcées au cours des dernières décennies, l'insatisfaction de la population et l'essoufflement du personnel de soins restent palpables.

Parmi les courants novateurs de gestion en santé qui émergent et se dessinent en toile le fond, l'approche centrée sur la personne (patient, famille et employé) est intégratrice puisqu'elle amalgame autant les éléments provenant d'une approche centrée sur les employés que ceux du courant « patient-partenaire », tout en supportant également l'approche transversale des processus, par la coordination des soins dans le but de maximiser la valeur pour le patient.

Le courant que sous-tend l'approche centrée sur la personne implique une transformation de la culture organisationnelle (Simmons et Fraser, 2012; Frampton *et al.*, 2008; Silow-Carroll *et al.*, 2007; Davis *et al.*, 2005). Elle rompt indéniablement avec les mentalités traditionnelles. Elle modifie donc les valeurs et normes qui sont partagées et intégrées parmi les membres de l'organisation. Un établissement de santé qui s'engage dans cette voie est mené dans une longue démarche de transformation organisationnelle qui vise à changer la façon dont les membres agissent et pensent.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons eu l'occasion d'étudier une organisation qui a mis en application un modèle de gestion basé sur l'approche centrée sur la personne. Depuis 2010, le centre hospitalier universitaire Sainte-Justine a amorcé son virage vers ce qu'il qualifie de démarche d'humanisation des soins, en appliquant le modèle de soins *Planetree* à son établissement. Bien que ce modèle de gestion puisse être considéré comme un outil d'aide à appliquer dans l'organisation pour la transformer, nous croyons qu'il doit plutôt s'inscrire dans un spectre plus large, c'est-à-dire dans un cadre de mesure de la transformation organisationnelle. À ce titre, nous nous sommes questionnées à savoir :

> Quels sont les principaux indicateurs à intégrer au système de **performance** d'un hôpital, qui témoignent de la transformation de la **culture organisationnelle** vers une **approche centrée sur le patient**?

En suivant un protocole de recherche-action, l'objectif principal de notre recherche était d'identifier les indicateurs de performance qui témoignent de la progression vers la nouvelle culture organisationnelle et son maintien.

Nous avons commencé par étudier la vaste littérature sur trois principaux thèmes : la gestion de la performance, la culture organisationnelle et les approches novatrices de gestion en santé pour dresser un portrait des connaissances jusqu'à maintenant. Nous avons par la suite décidé d'étudier le CHU Sainte-Justine à la lumière de ces trois thèmes. Dans un premier temps, nous avons proposé une analyse sommaire de sa culture organisationnelle, en fonction de trois niveaux d'analyse (Schein, 2004). Dans un deuxième temps, nous avons situé l'évolution de sa transformation organisationnelle en utilisant le modèle de Gebhardt *et al.* (2006). Puis nous avons aussi déterminé les caractéristiques principales liées à la culture organisationnelle désirée. Dans un troisième temps, nous avons analysé le cadre de mesure actuellement en place au CHU Sainte-Justine. Nous avons par la suite cherché à déterminer les indicateurs de performance qui étaient sensibles à la transformation organisationnelle et ceux qui devaient témoigner de la nouvelle culture organisationnelle désirée. Ainsi, nous avons proposé une série d'indicateurs et de bonnes pratiques qui servent à baliser la progression dans la transformation culturelle et à apprécier la progression et l'atteinte de la nouvelle culture organisationnelle désirée.

Notre recherche a mené à deux principales conclusions. Premièrement, pour assurer la progression organisationnelle vers l'atteinte de la culture désirée, il faut développer et mesurer des indicateurs de performance qui témoignent de l'évolution de la transformation de la culture organisationnelle (Cameron et Quinn, 2011). Basés sur la chaîne de résultats de Botton *et al.* (2012), nous considérons que les indicateurs privilégiés sont ceux d'intrants et de processus. Ce sont les « précurseurs de l'atteinte des résultats » (Botton *et al.*, 2012 : 43).

Deuxièmement, l'atteinte de la nouvelle culture organisationnelle désirée ne sera réalisée que lorsqu'elle sera intégrée et partagée parmi tous les membres de l'organisation (Schein, 2004). Pour témoigner de cette nouvelle culture, les indicateurs de performance pressentis

sont idéalement des indicateurs de résultats (effets et impact). Ils ne se mesurent qu'à long terme, tout comme le processus qui sous-tend la transformation d'une culture organisationnelle (Rondeau, 2008).

À cet égard, notre recherche soulève aussi différents enjeux. D'un côté, pour développer une nouvelle culture organisationnelle, les membres doivent « désapprendre » leurs anciennes façons de faire et d'être pour intégrer et partager de nouvelles valeurs et normes communes. Cet exercice est exigeant et cause de l'anxiété (Schein, 2004). Il faut donc que l'urgence de changer pour cette nouvelle culture soit perceptible par tous les membres (Gebhardt *et al.*, 2006). Pour l'instant, nous ne sommes pas convaincus qu'elle le soit au CHU Sainte-Justine. Par contre, certaines conditions facilitantes peuvent être déployées afin d'apaiser l'anxiété d'apprentissage (Schein, 2004). Au CHU Sainte-Justine, deux éléments peuvent être des catalyseurs culturels. Tout d'abord, il existe une grande cohérence entre le discours stratégique et les pratiques de gestion du DG. Il fait d'ailleurs figure d'exemple. Deuxièmement, il existe un haut niveau d'engagement des membres au CHU Sainte-Justine.

De l'autre côté, le cadre de mesure de la performance s'inscrit dans un cycle des activités du système de gestion de la performance (Botton *et al.*, 2012) où plusieurs étapes se succèdent. Dans le cas de sa transformation organisationnelle, le CHU Sainte-Justine devra s'assurer de porter une attention particulière aux dernières étapes du cycle », soit au « suivi périodique », à la « reddition de comptes » et à l'« apprentissage organisationnel ». Elles sont particulièrement importantes dans le cadre de la transformation de la culture organisationnelle qui s'opère puisque le CHU Sainte-Justine n'est qu'au début de sa transformation, soit à la deuxième étape du modèle de Gebhardt *et al.* (2006). Il reste beaucoup de suivis à faire, de cibles à établir et atteindre et de retours sur l'expérience à partager. Le CHU Sainte-Justine devra donc se mesurer et se comparer de façon longitudinale.

9.2 Apports théoriques

Notre recherche aura permis quatre apports théoriques intéressants.

Dans un premier temps, elle a permis de documenter le premier cas de centre hospitalier universitaire québécois qui implantait un modèle basé sur l'approche centrée sur la personne. Bien qu'il n'en soit qu'aux premières étapes dans sa transformation

organisationnelle, cette documentation est importante puisqu'elle servira de référence pour mesurer la progression vers les prochaines étapes. De plus, elle pourra servir de base ou d'exemple pour d'autres établissements de santé qui s'engagent vers cette approche novatrice.

Dans un deuxième temps, notre recherche a permis de faire un état détaillé des connaissances au niveau de la littérature sur le modèle de soins *Planetree*. De plus, elle a permis de situer ce modèle par rapport aux autres approches novatrices de gestion en santé.

Dans un troisième temps, nous avons appliqué, dans un contexte hospitalier, un modèle de transformation organisationnelle (Gebhardt *et al.*, 2006) qui a été originalement construit pour le milieu lucratif. Notre recherche aura donc permis d'étendre le champ d'application de ce modèle.

Dans un quatrième temps, notre recherche met en lumière qu'il ne faut pas se limiter aux outils qui découlent d'une approche centrée sur la personne pour se guider dans la transformation culturelle. Il faut comprendre le concept dans son ensemble, c'est-à-dire en fonction de son impact sur la culture organisationnelle. Ainsi, notre recherche aura permis au CHU Sainte-Justine de réaliser une analyse sommaire de leur culture organisationnelle, soit de définir des caractéristiques qui sont difficilement mesurables dû à la complexité des éléments en présence. De plus, notre recherche a tenté de faire ressortir les liens entre les propos de plusieurs auteurs (Lewin, 1952; Schein 2004; Gebhardt *et al.*, 2006) sur le changement ou la transformation d'une culture organisationnelle afin d'enrichir la compréhension liée à ce phénomène complexe.

9.3 Apports pratiques

Une contribution importante de notre recherche est de nature pratique. Elle offre aux praticiens la possibilité d'apprécier des dimensions aussi abstraites que sont la culture organisationnelle et la transformation culturelle en les intégrant dans le cadre de mesure de la performance.

Considérant que les organisations sont soumises à plusieurs changements organisationnels durant leur existence (Rondeau, 2008; Demers, 2002), que ce soit suite à une adaptation de l'environnement externe ou par une nouvelle coordination à l'interne (Schein, 2004; Sims, 2002), elles ont besoin d'outils pour les guider et les accompagner. Dans le cas de notre recherche, le CHU Sainte-Justine a choisi d'appliquer le modèle de soins *Planetree* à son

organisation. Elle suit religieusement les conseils qui proviennent de la documentation du RPQ et se base sur les outils développés, notamment les critères de désignation, pour transformer sa culture organisationnelle.

Par contre, notre recherche montre que ce n'est pas suffisant. Au contraire, il faut intégrer la transformation organisationnelle présentement vécue au cadre de mesure de gestion de la performance pour renforcer l'importance de la mesure. Il faut tout d'abord connaître la culture organisationnelle actuelle avant de s'engager dans le processus de transformation (Cameron et Quinn, 2011; Schein, 2004; Rashid *et al.*, 2004; Sadri et Lees, 2001). Cette première étape permet de dégager les forces organisationnelles et les obstacles culturels (Cameron et Quinn, 2011; Schein, 2004). Ensuite, lorsque l'organisation amorce la démarche de transformation culturelle, la sélection de traceurs est essentielle pour mesurer la progression de l'organisation vers la culture désirée (Cameron et Quinn, 2011). Il faut traduire les préoccupations de gestion liées à toutes les étapes de la transformation en indicateurs de performance afin de se mesurer dans le temps. En instaurant des suivis périodiques au niveau de ces indicateurs, on contribue à l'apprentissage organisationnel et ultimement, on augmente les chances d'atteindre le résultat désiré (Botton *et al.*, 2012). Finalement, on insiste sur le fait que la nouvelle culture organisationnelle devrait s'apprécier à travers des indicateurs de résultats d'impact.

Bref, en associant des indicateurs de performance à un modèle qui guide une démarche de transformation culturelle, nous croyons avoir rendu plus concret, pour un conseil d'administration et pour la direction, un cadre de suivi d'une démarche vers l'humanisation des soins.

9.4 Limites

Bien qu'aucune recherche ne soit parfaite, un chercheur a l'obligation de prendre toutes les précautions méthodologiques pour témoigner de la validité et de la fiabilité de sa recherche (Drucker-Godard *et al.*, 2003). Pourtant, malgré nos efforts et notre rigueur, notre recherche comporte des limites.

Tout d'abord, au niveau de l'analyse de la culture organisationnelle, deux limites ressortent. La première est que les participants rencontrés connaissaient déjà le modèle de soins *Planetree* alors ils risquaient d'avoir une vision biaisée de leur culture organisationnelle actuelle versus celle désirée. Bien que nous ayons abordé leurs perceptions du CHU Sainte-

Justine dans la première partie de l'entretien pour analyser la culture organisationnelle, il est fort possible que leur jugement ait déjà été teinté. L'impact de cette limite est que l'écart entre la culture organisationnelle actuelle et celle désirée est peut-être encore plus grand que ce qui a été perçu durant les entretiens.

La deuxième limite concerne la méthodologie de collecte de données. Étant donné que la culture organisationnelle est le reflet de la dynamique des membres de l'organisation, il aura été préférable de les mettre en groupe pour qu'ils en discutent (Schein, 2004). Ce type de rencontre doit durer plusieurs heures et inclure les différents groupes organisationnels. Dans notre recherche, nous avons plutôt procédé à des entretiens individuels de trente minutes auprès de neuf participants[47], ce qui n'a pas permis d'observer les échanges qu'auraient pu avoir les membres entre eux ni d'aller en profondeur dans toutes les dimensions de la culture organisationnelle. Par contre, nous avons eu le souci de rencontrer des membres organisationnels de niveaux hiérarchiques et de corps d'emploi différents.

Ensuite, au niveau de l'évolution de la transformation de la culture organisationnelle, il est difficile de départager entre l'influence qu'a l'application du modèle de soins *Planetree* dans l'organisation et l'influence du directeur général. Pour que l'approche centrée sur la personne soit intégrée et partagée par tous au quotidien, elle ne doit pas être associée ni portée par une seule personne ou un petit groupe de personnes. Certes, le DG joue son rôle de leader adéquatement, mais il faut qu'ultimement un transfert de pouvoir se fasse entre la « coalition » (cf section 3.7.2) qu'il représente et l'ensemble des membres (étape 3 du modèle de Gebhardt *et al.*, 2006). Ce sont eux qui doivent porter cette culture au quotidien.

Finalement, les indicateurs de performance qui ont été suggérés dans le cadre de notre recherche n'ont été déterminés qu'en fonction d'un temps d'observation limité, c'est-à-dire entre la mi-août 2012 et la fin janvier 2013, en incluant les entretiens réalisés du 28 novembre 2012 au 23 janvier 2013. Ils traduisent les préoccupations vécues présentement, c'est-à-dire celles qui se vivent pendant la transformation culturelle. Leur pertinence est circonstancielle puisque, au moment du dépôt du mémoire, d'autres activités organisationnelles en lien avec la transformation continuent de s'organiser au CHU Sainte-Justine. Il se peut donc que les indicateurs de performance identifiés précédemment ne reflètent déjà plus la réalité organisationnelle. D'ailleurs, l'intérêt porté aux préoccupations

[47] Plus précisément : six entretiens qualitatifs individuels de 30 minutes, 1 entretien qualitatif individuel de 50 minutes et un entretien qualitatif à deux personnes qui a duré 50 minutes.

de gestion est incontournable durant le processus de transformation. Les traceurs et les indicateurs de performance sélectionnés en découlent. Ils évoluent aussi au fur et à mesure que la transformation organisationnelle progresse. Ultimement, ces traceurs ne seront plus pertinents à terme, soit lorsque la nouvelle culture organisationnelle désirée sera intégrée et partagée parmi tous les membres. Il ne restera alors que les indicateurs de résultats que nous avons identifiés.

9.5 Avenues de recherche

Pour conclure ce mémoire, plusieurs avenues de recherche peuvent être suggérées.

La première concerne bien évidemment l'évolution de la transformation organisationnelle présentement en cours au CHU Sainte-Justine. Il serait très intéressant de continuer de documenter leur progression dans un contexte d'étude longitudinale. D'autres analyses et des prises de mesure subséquentes devront être réalisées. En ce qui a trait à l'analyse de la culture organisationnelle, afin d'avoir un réel portrait de la réalité organisationnelle, elle devrait suivre la méthodologie proposée par Schein (2004). Puis, les indicateurs de performance devront également s'adapter en fonction des étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006).

Une deuxième avenue serait de réaliser une recherche comparative avec d'autres établissements qui souhaitent prendre le virage de l'approche centrée sur la personne afin de comparer leurs trajectoires, les méthodes utilisées et les résultats atteints.

Puis, une troisième avenue de recherche à considérer concerne une comparaison des cultures organisationnelles entre des établissements de santé qui ont implanté différentes approches novatrices de gestion en santé. Ainsi, il serait intéressant d'enrichir la littérature sur les impacts qu'ont ces approches sur la culture organisationnelle de leurs membres.

Finalement, une quatrième avenue de recherche serait d'évaluer si l'approche centrée sur la personne peut être appliquée à des organisations à but lucratif. Il faudrait documenter comment elle peut s'adapter à ce contexte et quels en sont les impacts.

Annexes

Annexe 1 : Les critères de désignation

Critères de désignation *Planetree* 2010 & 2012	Critères de désignation, RPQ, 2011	Bronze	Argent	Or
Section I : Structures and Functions Necessary for Implementation, Development and Maintenance of Patient-/Resident-Centered Concepts and Practices	**Section 1 : Structures et activités nécessaires au changement de culture**			
I.A A multi-disciplinary task force is established to oversee and assist with implementation and maintenance of patient-/resident-centered practices. Active participants on the task force include a mix of non-supervisory and management staff and a combination of clinical and non-clinical staff. The group meets regularly (every 4-6 weeks) on an ongoing basis. In continuing care environments, this task force also includes residents and family members. ** *Le point I.A réfère au point 1.E du RPQ* **	1.E. Un groupe de travail interdisciplinaire se réunit régulièrement, supervise et appuie la mise en œuvre et le maintien des pratiques de l'approche centrée sur la personne. Ce groupe de travail est sur place et inclut du personnel clinique et non clinique ainsi que du personnel cadre et non cadre.	√	√	√
I.B: A patient-/resident-centered care coordinator or point person is designated who is able to commit the time required to champion related activities on an ongoing basis.				
I.C: Patient/resident, family and staff focus groups are conducted on-site by *Planetree* or another qualified, independent vendor periodically (at 12-18 month intervals), and the results are shared at a minimum with senior management, the governing body, and staff.				
I.D: Information on patient-/resident-centered care implementation and related clinical, operational and financial metrics is shared with all key organizational stakeholders, including the governing body, at a minimum quarterly. Goals and objectives related to patient-/resident-centered care are adopted as part of the organization's strategic and/or operational plan. ** *Le point I.D réfère au point 1.A du RPQ* **	1.A. L'engagement de l'organisation envers l'approche centrée sur la personne s'étend à toutes les parties prenantes et s'appuie sur l'application continue d'une méthodologie rigoureuse permettant de recueillir l'information pertinente auprès des parties prenantes.	√	√	√

I.E: An ongoing mechanism is in place to solicit meaningful dialogue, input and reactions from patients/residents, families, and the community on current practices and new initiatives. This may be achieved via an active patient/resident/ family or community advisory council with regular meetings (at a minimum six times a year), or some other effective mechanism to obtain regular input from patients/residents and community. ** *Le point I.E réfère au point 1.D du RPQ* **	1.D. Les besoins de la communauté et les perceptions de l'usager sont pris en considération dans la planification et la mise en œuvre de l'approche de soins, de services et de gestion centrée sur la personne, et en font pleinement partie.	Optionnel	√	√
I.F. Leadership exemplifies approaches that motivate and inspire others, promote positive morale, mentor and enhance performance of others, recognize the knowledge and decision-making authority of others and model organizational values, as demonstrated in focus groups with staff, employee experience survey results and the adoption of transformational leadership practices. ** *Le point I.F réfère au point 1.F du RPQ* **	1.F. Le leadership intègre des approches motivantes et inspirantes qui favorisent une attitude positive et qui rehaussent le rendement des personnes et façonnent les valeurs organisationnelles.	Optionnel	Optionnel	√
Section II: Human Interactions/Independence, Dignity and Choice	**Section 2 : Relations humaines, autonomie, dignité et choix**			
II.A: All staff members of the primary organization being designated, including off-shift, part-time, and support staff are given an opportunity to participate in a minimum of eight hours of patient-/resident-centered staff retreat experiences or an equivalent, with a minimum concurrent completion rate of 85%*. In addition, per diem staff, employed medical staff and other providers (physician assistants, nurse practitioners and clinical nurse specialists) and volunteers are encouraged to participate in a retreat experience. ** *Le point II.A réfère au point 1.B du RPQ* **	1.B. Tout le personnel, y compris le personnel de soir et de nuit et le personnel de soutien, a la possibilité de participer à un séminaire pour le personnel portant sur l'approche centrée sur la personne, d'une durée d'au moins 8 heures, avec un taux d'achèvement minimum de 85 %.	√ 50%	√ 70%	√
II.B: An independently administered physician experience survey is conducted at least once every five years using a validated survey instrument, and physicians are oriented and regularly educated about, and encouraged to participate in, patient-/resident-centered initiatives.				
II.C: Continuing education to reinforce and revitalize staff engagement in patient-/resident-centered behaviors and practices and build competence around the community's evolving needs is offered on an ongoing basis to all staff in meaningful ways determined by the organization. ** *Le point II.C réfère au point 2.A du RPQ* **	2.A. Tous les membres de l'organisation sont respectueux envers les usagers et les familles et le sont aussi les uns envers les autres.	√	√	√

II.D: A comprehensive presentation on patient-/resident-centered care concepts, practices and initiatives is provided for all new staff and volunteers as a part of orientation. In continuing care environments, residents and family members are included in a meaningful way in the new employee orientation program. In addition, the new resident/family orientation includes an introduction of resident-centered care concepts and how those concepts are realized within the community.				
II.E: Active teams are in place that address patient-/resident-centered initiatives, and include participation by non-supervisory staff and, as appropriate, patients/residents and families. ** *Le point II.E réfère au point 2.E du RPQ* **	2.E. Des systèmes sont en place pour offrir au personnel la possibilité d'influencer considérablement la façon d'appliquer l'approche centrée sur la personne (au niveau de l'unité ou à l'échelle de l'organisation).	√	√	√
II.F: A model of care delivery or work design is adopted that embraces continuity, consistency and accountability-based care, and allows staff the opportunity and responsibility for personalizing care in partnership with each patient/resident. ** *Le point II.F réfère aux points 2.B et 2.D du RPQ.* **	2.B. Le personnel a la liberté de personnaliser l'expérience de l'usager et de sa famille afin de répondre aux besoins et préférences exprimés par la personne qui reçoit les soins et services.	Optionnel	Optionnel	√
	2.D. La continuité des soins et services et le suivi qui en est fait auprès des usagers est maximisé et maintenu pour la période de soins ou services de chaque individu, y compris durant les transitions entre différents niveaux et épisodes de soins et services. ** *Le point 2.D du RPQ fait aussi référence au point II.N* **	Optionnel	Optionnel	√
II.G: A mechanism is in place to provide staff support services that include elements identified by staff as priority areas. Examples include access to concierge or amenity services such as meals-to-go, massage, space to recharge away from patients/residents and families, and emotional support such as bereavement services and staff support groups. ** *Le point II.G réfère au point 2.F du RPQ.* **	2.F. Des mécanismes sont mis en place pour assurer au personnel des services de soutien comprenant des éléments identifiés par le personnel comme des priorités d'action.	Optionnel	Optionnel	√
II.H: Human resource systems, including job descriptions and evaluations, reflect the organization's patient-/resident-centered care philosophy. Other examples include behavioral standards, recruitment and retention efforts, staff selection tools and criteria. In continuing care environments, residents play a role in the hiring and evaluation of staff.				

II.I: Opportunities, both formal and informal, are provided for staff reward, recognition and celebration. In continuing care environments, recognition and celebration programs integrate residents and family members and extend to their personal milestones, achievements and contributions to the continuing care community. ** *Le point II.I réfère au point 2.G du RPQ* **	2.G. Les parties prenantes de l'organisation qui participent à la création d'un environnement centré sur la personne sont identifiées et reconnues pour leur travail.	Optionnel	Optionnel	√
II.J: Independently administered staff engagement or experience surveys using a validated survey instrument, or other structured staff feedback mechanisms, are conducted at least once every two years.				
II.K: A process is in place for providing support to patients/residents, families, and staff affected by an adverse event. ** *Le point II.K réfère au point 2.C du RPQ* **	2.C. Tous les membres de l'organisation font preuve d'une communication ouverte et directe. Ceci inclut la mise en place d'un processus formel pour divulguer aux usagers ou à leur famille les incidents et accidents avec empathie et transparence.	Optionnel	Optionnel	√
II.L: Processes are in place to help patients/ residents anticipate the costs of care and assistance is available for those who need to make financial arrangements. Financial communications are concise, clear and respectful. ** *Le point II.L réfère au point 2.H du RPQ* **	2.H. Les processus administratifs, y compris la facturation, le cas échéant, sont transparents, respectueuse et adaptés aux besoins des usagers et des familles.	Optionnel	Optionnel	√
II.M: The organization has processes in place focusing on keeping patients/residents and staff safe from harm from self and others, and staff is provided education on and demonstrates competency in balancing safety considerations with being supportive of patient/resident empowerment, independence and dignity. ** *Le point II.M réfère au point 2.J du RPQ* **	2.J. L'organisation assure un équilibre entre les considérations de sécurité et la responsabilisation de l'usager, son autonomie et sa dignité.	Optionnel	Optionnel	√
II.N: Effective 24-hour shift-to-shift and inter-departmental communication processes are in place to ensure patients'/residents' individualized needs are evaluated, discussed, and met. Patients/residents and families are involved in shift-to-shift communication in a manner that meets their individual preferences and needs. ** *Le point II.N réfère au point 2.D du RPQ* **	2.D. La continuité des soins et services et le suivi qui en est fait auprès des usagers est maximisé et maintenu pour la période de soins ou services de chaque individu, y compris durant les transitions entre différents niveaux et épisodes de soins et services. ** *Le point 2.D du RPQ fait aussi référence au point II.F* **			√
II.O: Effective communication mechanisms are in place to engage all staff (including off-site and all shifts) in dialogue about organizational priorities.				

II.P: Processes are in place for integrating patients'/residents' preferred routines and rhythms of daily life into care plans (e.g., accommodations to preserve existing sleep patterns, plans for providing assistance with waking up and going to bed, eating, exercise, etc.). Staff support the engagement of patients/residents and family in the care planning process. ** *Le point II.P réfère au point 2.I du RPQ* **	2.I. Des systèmes sont en place afin de maximiser l'autonomie, la dignité et le libre choix des usagers. Les préférences individuelles des usagers sont entièrement prises en compte et leurs habitudes de vie quotidiennes sont maintenues.	√	√	√
II.Q: The professional development/ advancement of staff is supported. Examples include the empowerment of frontline work teams, internal training and promotion tracts (e.g., career ladders), flexible scheduling to enable educational pursuits, an actively utilized tuition reimbursement program, etc.				
II.R–*Applies only to continuing care sites*: In continuing care settings, residents are given an opportunity to participate, as appropriate*, in a retreat experience or an equivalent to assist with internalizing resident-centered care concepts and to enhance sensitivity to the needs of the entire community. Resident retreats are conducted at a minimum annually. *(*Exceptions include those clinically unable to participate.)*				
II.S–*Applies only to continuing care sites*: Residents are provided with the choice of where they are going to live and with whom, with staff input provided as appropriate. ** *Le point II.S réfère au point 2.K du RPQ* **	2.K. Dans les environnements de soins de longue durée, des systèmes et pratiques sont en place afin de favoriser chez les usagers et leur famille le sentiment d'appartenance, l'individualité, l'appropriation et la fierté.	Optionnel	Optionnel	√
Section III: Promoting Patient/Resident Education, Choice and Responsibility	**Section 3 : Favoriser l'information, le choix et la responsabilité de l'usager**			
III.A				
Acute Care and Continuing Care Application: A policy for sharing clinical information, including the medical record and the care plan, with patients/residents has been approved, staff are educated on this policy and the process for sharing the record and care plan, an effective system is in place to make patients/residents aware that they may review this information, and a process is in place to facilitate patients/residents documenting their comments. ** *Le point III.A réfère au point 3.C du RPQ* **	3.C. Les usagers et les membres de la famille (avec le consentement de l'usager) participent au processus de planification des soins ou services.	Optionnel	Optionnel	√

Behavioral Health Application: In behavioral health settings, decisions about the extent of the clinical information shared and the mechanism used for sharing this information are made on an individualized basis. A range of options are available for sharing such information, including the medical record and the treatment plan, to ensure that patients of varying competency levels have access to information that will help them to understand their symptoms, diagnosis and treatment. ** *Le point III.A réfère au point 3.B du RPQ* **	3.B. Lors de leur traitement, les usagers et les familles (avec le consentement de l'usager) reçoivent un enseignement et ont accès à un large éventail d'information médicale et de santé pour les aider à faire des choix éclairés. Les usagers ont accès à leur dossier médical et à leur plan de soins ou de services pendant le traitement et reçoivent de l'aide pour comprendre l'information qui y est contenue. Remarque : Dans certaines situations, par exemple en santé mentale, lorsque le partage de cette information risque de se faire au détriment de la santé et du bien-être de l'usager, les organisations sont tenues de trouver d'autres moyens de partager avec lui l'information récente sur son diagnostic, les soins ou services et autre information clinique.	√	√	√
III.B: A range of educational materials, including consumer health, low-literacy and culturally appropriate resources, is available for patients/residents and families and is easily accessible to staff. Patients/residents and family members are aware of the collection of resources available and qualified health information professional staff is available to assist them with their health information needs.				
III.C: Patients/residents are provided with meaningful discharge/transition instructions in a manner that accommodates their level of understanding and in a language that they understand. ** *Le point III.C réfère au point 3.A du RPQ* **	3.A. Les usagers prennent part aux décisions concernant leurs soins ou services et leurs décisions sont respectées. La famille est invitée à participer à la prise de décision selon les besoins et le souhait de l'usager.	√	√	√
III.D: A process is in place to fully and empathetically disclose unanticipated outcomes to patients/residents (and family as appropriate).				
III. E: The site has a process to assist patients/residents and families in managing their medical information and coordinating their care among multiple physicians, including their admitting physician, primary care provider and appropriate specialists. ** *Le point III.E réfère au point 3.D du RPQ* **	3.D. Les usagers et les familles (avec le consentement de l'usage) reçoivent l'information et le soutien nécessaire pour prendre part autant qu'ils le souhaitent à la coordination de leurs soins ou services d'un milieu à l'autre, parmi plusieurs prestataires de soins ou services et à travers des épisodes de soins ou services séparés.	Optionnel	Optionnel	√

Section IV: Family Involvement	**Section 4 : La participation de la famille**			
IV.A				
Acute Care and Continuing Care Application: Flexible, 24-hour, patient-/resident-directed family presence is in place, and children are permitted to visit. (Family is as defined by the patient/resident; Exceptions include psychiatric facilities, NICU and in cases of communicable disease.) In continuing care settings, programs are implemented to enhance the visitation experience for both visitors and residents, and appropriate accommodations are made to support visitation as it relates to a variety of resident/family needs, including visitation by a spouse or partner, visitation at the end of life, visits to residents with dementia, etc. ** *Le point IV.A réfère au point 4.A du RPQ* **	4.A. Des heures de visite flexibles, de nuit comme de jour, et fixées par l'usager sont en place et les enfants sont admis (sauf dans les établissements psychiatriques, les soins intensifs néonataux et dans les cas de maladies transmissibles).	√	√	√
Behavioral Health Application: In behavioral health settings, visiting hours are consistent with the patient's treatment plan and flexible to accommodate patient and family visitation preferences. Restrictions to visitation are determined by the treatment plan and patient preferences, and the rationale for any restrictions is clearly communicated to patients and families. ** *Le point IV.A réfère au point 4.C du RPQ* **	4.C. Toute restriction à la participation de la famille découlant d'une décision clinique est expliquée à l'usager et à sa famille.	Optionnel	Optionnel	√
IV.B *Acute Care and Continuing Care Application*: A comprehensive formalized approach for partnering with families in all aspects of the patient's/resident's care, and tailored to the needs and abilities of the organization, is developed. An example is a Care Partner Program. ** *Le point IV.B réfère au point 4.B du RPQ* ** *Behavioral Health Application:* A comprehensive formalized approach to providing families with psychoeducation and, when clinically appropriate, involving them in the patient's care, is developed and tailored to the needs and abilities of the organization. An example is a Care Partner Program. ** *Le point IV.B réfère au point 4.B du RPQ* **	4.B. Lorsque convenu mutuellement, et si approprié d'un point de vue clinique, le personnel encourage les familles à participer aux soins ou services et au soutien émotionnel, spirituel et physique de l'usager.	Optionnel	√	√
IV.C: A process is in place to encourage patients/residents and families to communicate with staff about any concerns related to their care, including any concerns related to patient/resident safety.				

IV.D. *Applies only to continuing care sites*: A process aligned with each resident's individual preferences is in place to contact residents' family on a regular basis to communicate progress and/or "positive events." ** *Le point IV.D réfère au point 4.D du RPQ* **	4.D. Des systèmes mis en place permettent au personnel d'être attentif aux besoins physiques, émotionnels et spirituels des personnes formant le système de soutien de l'usager.	Optionnel	Optionnel	√
Section V: Dining, Food and Nutrition	**Section 5 : Choix de nourriture saine**			
V.A: A system is in place to provide patients/residents, families and staff with 24-hour access to a variety of fresh, healthy foods and beverages (unless doing so conflicts with the treatment plan). Patients'/residents' personal preferences and routines around mealtimes are considered and accommodated to the extent possible. ** *Le point V.A réfère au point 5.A du RPQ* **	5.A. Les usagers, les visiteurs et le personnel ont accès à une nourriture saine et variée qui respecte leurs préférences et leurs habitudes personnelles.	√	√	√
V.B. *Applies only to continuing care and behavioral health sites*: The dining experience maintains patients'/residents' dignity, enhances socialization and supports independence while catering to individual needs. Examples include implementation of a restorative dining program, the provision of finger food, supporting staff and patients/residents in dining together and providing opportunities for patients/residents to assist with meal preparation (ex: table setting, clearing plates, etc.). ** *Le point V.B réfère au point 5.B du RPQ* **	5.B. Des mesures sont en place pour personnaliser l'offre de nourriture dans le but de respecter les besoins individuels y compris, mais sans s'y limiter, les restrictions diététiques, les croyances religieuses et les normes culturelles.	Optionnel	√	√
	5.C. Les usagers ont la possibilité de participer à la planification des repas (y compris le choix et le moment du repas).	Optionnel	Optionnel	√
Section VI. Healing Environment: Architecture and Design	**Section 6 : Milieu favorisant le bien-être : Architecture et Design**			
VI.A: The built environment incorporates evidence-based principles of healing healthcare design and is consistently updated to enhance the safety and security of patients/residents, visitors, and staff. Users of the space are involved in the design process. ** *Le point VI.A réfère aux points 6.A et 6.B du RPQ* **	6.A. Les constructions s'appuient sur des principes de design architectural démontrant, selon des données probantes, leur potentiel d'améliorer l'expérience de soins et de services.	√	√	√
	6.B. Les utilisateurs d'un lieu participent à la conception de ce même lieu.	√	√	√

VI.B. Patients/residents have choices or control over their personal environment, including personalization, electrical lighting, access to daylight, noises and sounds, odors, thermal comfort and visual privacy. ** *Le point VI.B réfère au point 6.C du RPQ* **	6.C. Les usagers ont le choix ou le contrôle de leur environnement personnel leur permettant de le personnaliser et d'exercer un contrôle sur ses différentes composantes, notamment : l'éclairage, l'accès à la lumière du jour, les bruits et les sons, les odeurs, la température ambiante et l'intimité visuelle.	Optionnel	Optionnel	√
VI.C: As plans for future renovations and remodeling are developed, symbolic and real barriers are minimized and open communication and human interactions are prioritized. Examples include implementing open and collaborative team centers for staff, private consultation areas, family lounges and nourishment centers for family and visitor use. ** *Le point VI.C réfère au point 6.D du RPQ* **	6.D. À mesure que des plans de rénovation et de réaménagement sont élaborés, les barrières symboliques et réelles sont réduites et la communication ouverte ainsi que les interactions humaines deviennent prioritaires.	Optionnel	Optionnel	√
VI.D. A patient/resident and visitor navigation plan provides a clear and understandable pathway for patients/residents and visitors to their destinations. Patient/resident input informs the navigation plan. Components of the navigation plan may include clear, understandable signage, color coding and symbol signage, destination markers, architectural details, artwork, and/or the provision of handheld maps. In continuing care settings, signage in resident rooms is kept to a minimum. ** *Le point VI.D réfère au point 6.E du RPQ* **	6.E. Un schéma d'orientation pour les visiteurs et les usagers procure un trajet clair et compréhensible jusqu'à destination.	Optionnel	Optionnel	√
VI.E. Physical access to the building is barrier-free and convenient for those served. This may include having ample parking adjacent to entrances, ensuring the availability of handicapped-accessible parking is adequate to meet the need, offering valet service and/or shuttles to transport visitors to and from the building, and ensuring that the availability of wheelchairs at entrances is sufficient to meet the need. ** *Le point VI.E réfère au point 6.F du RPQ* **	6.F. L'accès physique à l'édifice est facile (sans obstacle) et approprié à ceux qui l'utilisent.	Optionnel	Optionnel	√
VI.F. The environment is designed to accommodate privacy needs in a culturally appropriate way and provides for patient/resident dignity and modesty, particularly in common areas, patient/resident rooms and bathrooms. ** *Le point VI.F réfère au point 6.G du RPQ* **	6.G. L'environnement est conçu de manière à respecter les besoins d'intimité en fonction de la culture, et à préserver la dignité et la pudeur des usagers.	Optionnel	Optionnel	√
VI.G: The organization is able to demonstrate sustainable and "green" approaches to construction and renovation and promotion of environmentally-friendly practices in the operation of the facility. ** *Le point VI.G réfère au point 6.H du RPQ* **	6.H. L'organisation fournit des preuves démontrant son engagement envers des approches durables et «vertes » pour la construction et la rénovation, et envers la promotion de pratiques qui respectent l'environnement dans le cadre de ses activités.	Optionnel	Optionnel	√

VI.H. Lighting is provided that is appropriate, conducive to a safe environment for staff and patients/residents and supportive of patient/resident, comfort, control and security. ** *Le point VI.H réfère au point 6.J du RPQ* **	6.J. L'éclairage est bien adapté à la tâche ou à la fonction, favorise un environnement sécuritaire pour le personnel et les usagers tout en assurant le confort de l'usager, le contrôle et la sécurité.	Optionnel	Optionnel	√
VI.I: Patients/residents have access to nature. Examples include an indoor, outdoor or roof garden. ** *Le point VI.I réfère au point 6.I du RPQ* **	6.I. Les usagers ont accès à la nature.	Optionnel	Optionnel	√
VI.J– *Applies only to continuing care and behavioral health sites*:				
Common spaces are available and feature a sense of spaciousness and light. In addition, they satisfy patients'/residents' needs for both private spaces and spaces that support social interaction. ** *Le point VI.J réfère au point 6.K du RPQ* **	6.K. Dans les établissements de santé mentale et de soins de longue durée, des aires communes sont disponibles et mettent en valeur l'espace et la lumière. De plus, elles répondent autant aux besoins d'intimité des usagers qu'à leurs besoins d'interactions sociales.	Optionnel	Optionnel	√
VI.K– *Applies only to continuing care and behavioral health sites*:				
Protocols are in place for reducing coercive intervention. Examples may include a provision of a comfort room, Snoezelen, or low-stimulation environment. ** *Le point VI.K réfère au point 6.L du RPQ* **	6.L. Dans les établissements de santé mentale et de soins de longue durée, des protocoles sont en place pour réduire les interventions coercitives et soutenir les interventions menant au bien-être et la qualité de vie.	Optionnel	Optionnel	√
Section VII: Arts Program/Meaningful Activities and Entertainment	**Section 7 : Programme d'arts, activités significatives et divertissement**			
VII.A: Arts and entertainment programming and activities are designed with and in response to the interests of patients/residents. In continuing care environments, the array of activities is dynamic, driven by residents' individual interests, and inclusive of family and staff. They also include opportunities for intergenerational interaction and reciprocal learning. The activities program allows for spontaneity and self-directed opportunities for residents, 24-hours a day, 7 days a week. ** *Le point VII.A réfère au point 7.B du RPQ* **	7.B. La programmation artistique et récréative se fait avec les usagers et s'accorde avec leurs intérêts.	√	√	√
	7.A. L'organisation poursuit l'objectif de maintenir pour les usagers une vie significative qui est cohérente avec leur condition physique et mentale et la durée du séjour.	Optionnel	Optionnel	√
	7.C. Le personnel, les usagers et les familles participent activement à la planification ou à la réalisation d'activités de divertissement ou d'activités porteuses de sens pour ces derniers.	Optionnel	Optionnel	√

VII.B–*Applies only to continuing care sites*: A flexible transportation system is provided that enables residents to satisfy personal wishes, to participate in off-site activities and to volunteer.				√
Section VIII. Spirituality and Diversity	**Section 8 : Spiritualité et diversité**			
VIII.A: A plan is developed and implemented that recognizes the spiritual dimension of patients/residents, families and staff. ** *Le point VIII.A réfère au point 8.A du RPQ* **	8.A. Les besoins spirituels des usagers, des familles et du personnel sont reconnus et pris en compte dans la programmation des activités	√	√	√
VIII.B: The special needs of the community's diverse cultural groups are investigated, documented and addressed in specific and appropriate ways. On an individual basis, accommodations are made to integrate patients'/residents' beliefs into their care and treatment plan upon request. ** *Le point VIII.B réfère au point 8.B du RPQ* **	8.B. La diversité est reconnue, et prise en considération dans l'offre de soins et de services.	√	√	√
VIII.C: *Applies only to continuing care sites:* Programs, rituals and ceremonies are regularly offered to celebrate the diversity among all members of the community. An example is holding monthly cultural education events.				
Section IX: Integrative Therapies/Paths to Well-Being	**Section 9 : Thérapies complémentaires, chemins vers le bien-être**			
IX.A: The interests and current utilization patterns of patients/residents and medical staff in the areas of alternative, complementary and integrative healing modalities, are assessed and a plan is developed to address these needs. Examples could include providing direct services, developing a process for responding to patient/resident requests for in-hospital treatment by the patient's/resident's existing practitioner(s), and evaluation of patients/residents' herbal remedies as part of the medication reconciliation process. ** *Le point IX.A réfère au point 9.A du RPQ* **	9.A. Une vaste gamme de modalités de soins ou services incluant les méthodes considérées comme complémentaires aux méthodes occidentales ou traditionnelles sont offertes pour répondre aux besoins des usagers.	Optionnel	Optionnel	√
IX.B: A plan for caring touch is developed and implemented as appropriate. (Exceptions include behavioral health patients.) Examples of caring touch include massage, healing touch, therapeutic touch and Reiki. Beyond implementation of formal caring touch programs, patients'/residents' daily care is provided with gentleness.				

IX.C. Patients'/residents' wellness needs are approached holistically. Examples include the provision of wellness programs, such as nutrition counseling and stress management and implementation of (or access to) programs that support patients/residents in chronic disease management. In continuing care settings, residents have convenient access to physical and mental fitness opportunities, as well as to podiatry, vision, hearing, and dental services, and psychological and pharmaceutical consultation. ** *Le point IX.C réfère au point 9.B du RPQ* **	9.B. Les besoins des usagers en matière de bien-être sont abordés d'une manière holistique.	√	√	√
IX.D. *Applies only to acute care and continuing care sites:* A plan is developed and implemented for providing holistic and dignified end-of-life care. The plan includes clinical care and pain management, meaningful education about advance directives, and psychosocial and spiritual support.				
Section X: Healthy Communities/Enhancement of Life's Journey	**Section 10 : Communauté en santé / Amélioration de l'expérience de vie**			
X.A: Based on the interests and needs of the community, a plan is developed to improve community health. Examples include provision of direct services, educational information, or referral and collaboration with local agencies. ** *Le point X.A réfère au point 10.A du RPQ* **	10.A. L'organisation contribue à la bonne santé de la communauté environnante.	√	√	√
X.B: The organization facilitates the active involvement of its external community in the life of the internal community. An example is an active volunteer program. ** *Le point X.B réfère au point 10.B du RPQ* **	10.B. L'organisation encourage la participation de la communauté environnante à la vie de la communauté interne.	Optionnel	Optionnel	√
X.C: The organization works with other local healthcare providers across the continuum of care to improve care coordination, communication and information exchanges around the needs of each patient/resident and family, especially during transitions of care. ** *Le point X.C réfère au point 1.C du RPQ* **	1.C. L'engagement de l'organisation envers l'approche centrée sur la personne est communiqué à toutes les parties prenantes.	Optionnel	Optionnel	√
X.D: *Applies only to continuing care and behavioral health sites:* The goal of sustaining a meaningful life for patients/residents is supported in a manner that is consistent with their physical and mental state and length of stay. Examples include implementation of a life stories program and supporting patients/residents in volunteering.				
X.E– *Applies only to behavioral health sites*: Mechanisms are in place to give public voice to and advocate for the importance of behavioral health initiatives and the need for more comprehensive, stigma free and humane approaches to this care.				

X.F –*Applies only to continuing care sites:* The move-in process is managed to maximize connections within the community and to minimize the stress associated with the transition.				
Section XI: Measurement	**Section 11 : Les mesures**			
XI.A *Acute Care Application for Bronze Recognition*: Patient experience (both inpatient and outpatient) is regularly assessed using a validated survey instrument, which includes the HCAHPS questions. HCAHPS performance for the most recent 12 months for which data is available satisfies each of the following: - Site outperforms CMS national average on a minimum of 3 of the 10 publicly reported measures - Performance on each publicly reported composite measure falls no lower than 7 % points below the national average Performance on both the likelihood to recommend and overall rating questions falls no lower than 5% points below the national average *Behavioral Health Application:* Patients' perspectives of care (both inpatient and outpatient) are regularly assessed using a validated survey instrument.	11.A. Des données sont collectées afin de mesurer la qualité des soins et services, la sécurité de l'usager, son expérience et celle du personnel. L'organisation peut démontrer la façon dont les données sont utilisées pour améliorer la qualité des soins et services ainsi que pour rehausser la sécurité et l'expérience de l'usager et du personnel.	√	√	√
XI.B *Acute Care Application*: The hospital monitors and reports its performance on the full set of CMS Quality Measures to CMS, and shares data on all available indicators with *Planetree*. The hospital's performance for the most recent twelve month period for which data is available exceeds the "National Average" performance as reported on the U.S. Department of Health and Human Services Hospital Compare web site on 75% of the indicators for which the hospital has more than 25 eligible patients for the 12 month period (an n of >25).				

Behavioral Health Application: The hospital monitors and reports its performance on appropriate quality measures and provides benchmarks for comparison purposes. The hospital meets or exceeds benchmarks. Sites accredited by The Joint Commission may submit their ORYX Performance Measure Report, with both the control chart to demonstrate internal trending and the comparison chart to demonstrate performance that meets or exceeds benchmarks to satisfy the criteria.				
XI.C: The organization regularly solicits information from staff about safety concerns and uses the information generated to improve safety practices in the organization. The organization has a process for encouraging staff to report quality and safety issues. A survey is conducted to assess its safety culture at a minimum once every two years.				
XI.D.– *Applies only to Continuing Care Settings*: A system is established to broadly communicate performance improvement information to all members of the continuing care community and to the public.	11.B. Les données de performance des indicateurs organisationnels quant à l'efficacité et à l'excellence des services cliniques et des autres services sont accessibles au public afin d'aider les consommateurs à faire des choix éclairés en matière de soins et de services de santé.	√	√	√

Tableau 37 : Les critères de désignation du modèle de soins *Planetree*

Annexe 2A : Scénario d'entretien individuel (version une heure)

Bloc 1 : Questions d'ordre général

1.1 Décrivez-moi votre travail.

1.2 Si une nouvelle personne devait être engagée dans votre équipe, quelles compétences croyez-vous qu'elle devrait avoir pour faire un travail semblable au vôtre?

Bloc 2 : La culture organisationnelle au CHU Sainte-Justine

2.1 Selon vous, est-ce que le CHU Sainte-Justine est différent des autres centres hospitaliers?

- Si oui, comment ou en quoi se distingue-t-il?
- Si non, en quoi est-il semblable?

2.2 Selon vous, quels sont les comportements et les attitudes que le CHU Sainte-Justine

- valorise, récompense et encourage?
- décourage?

2.3 Selon vous, quelles sont les compétences et les habiletés valorisés par le CHU Sainte-Justine?

2.4 Selon vous, qu'est-ce qui est vraiment central et important pour le CHU Sainte-Justine?

2.5 Connaissez-vous les 4 valeurs du CHU Sainte-Justine? Si oui, pouvez-vous les nommer?

2.6 Qu'est-ce qu'elles représentent ces valeurs pour vous? Sont-elles importantes à vos yeux? (*Si la personne ne connaît pas les valeurs du CHU Sainte-Justine* : quelles seraient selon vous les quelques valeurs à prôner pour une organisation comme le CHU Sainte-Justine?)

Bloc 3 : *Planetree*

3.1 Pouvez-vous me parler du projet *Planetree*?

3.2 Pourquoi pensez-vous que la direction du CHU Sainte-Justine a choisi d'implanter ce projet?

3.3 Qu'est-ce que *Planetree* peut apporter de bon à votre organisation?

3.4 Au contraire, voyez-vous des aspects négatifs au projet *Planetree*?

3.5 Si vous aviez à résumer *Planetree* en quelques mots, quels seraient-ils?

Bloc 4 : Les perceptions de l'individu

4.1 J'aimerais vous présenter les 10 dimensions que l'on retrouve dans le modèle *Planetree* et je voudrais que vous me disiez ce que ça représente pour vous dans votre contexte de travail quotidien. Idéalement, donnez-moi un exemple concret d'application dans votre travail.

- Valoriser les interactions humaines;
- Inclure les proches;
- Partager l'information
- Humaniser l'environnement physique;
- Cheminer par les arts
- Stimuler par l'alimentation
- Soutenir la quête de sens
- Communiquer par le toucher
- S'ouvrir aux thérapies complémentaires;
- S'associer à la communauté

4.2 Quelles sont les dimensions qui s'appliquent le mieux à un contexte hospitalier comme celui du CHU Sainte-Justine? et Pourquoi?

4.3 Si je vous dis que dans le Rapport annuel du CHU Sainte-Justine, on mentionne que sa vision est d'être un « Leader à visage humain », qu'est-ce que ça signifie pour vous?

4.4 Dans un contexte de soins, comme celui du CHU Sainte-Justine, qu'est-ce que ça représente pour vous une culture orientée vers le patient?

4.5 Est-ce que dans votre travail de tous les jours, vous sentez que la priorité est donné au patient et à sa famille? Pouvez-vous m'illustrer votre réponse par un (contre) exemple?

4.6 Depuis le début de l'implantation du projet *Planetree* dans votre organisation, voyez-vous des différences entre les façons de faire les choses avant et celles maintenant? Pouvez-vous me donner des exemples.

4.7 Pour atteindre une culture orientée vers le patient, comme dans le modèle *Planetree*,

4.7.1 sur quelles forces (ou comportements, normes, principes) devrait travailler le CHU Sainte-Justine?(ou qu'est-ce qui devrait changer?)

4.7.2 qu'est-ce que l'organisation fait bien et devrait continuer de faire? (ou qu'est-ce qui ne devrait pas changer?)

4.7.3 lesquels de vos collègues (corps d'emploi) auraient un impact significatif pour que cette culture se réalise? est-ce que des intervenants spécifiques seraient plus enclin à contribuer positivement à cette approche?

Annexe 2B : Scénario d'entretien individuel (version 30 minutes)

Bloc 1 : La culture organisationnelle au CHU Sainte-Justine

Dans la première partie de l'entretien, j'aimerais que l'on discute de votre rôle au CHU Sainte-Justine.

1.1 Décrivez-moi votre travail. (Depuis quand travaillez-vous au CHU Sainte-Justine?)

1.2 Supposons que je sois nouvellement embauchée dans votre équipe, secteur ou département, et que je vous demande quelles compétences devrais-je développer pour faire un travail semblable au vôtre, que me diriez-vous?

J'aimerais maintenant qu'on discute de votre perception du CHU Sainte-Justine.

1.3 Selon vous, est-ce que le CHU Sainte-Justine est différent des autres centres hospitaliers?

- Si oui, comment ou en quoi se distingue-t-il?
- Si non, en quoi est-il semblable?

1.4 Selon votre expérience, quels sont les comportements et les attitudes que le CHU Sainte-Justine valorise, récompense et encourage?

1.5 Toujours selon votre expérience, quels sont au contraire les comportements et attitudes que le CHU Sainte-Justine décourage?

J'aimerais vous parler des quatre valeurs du CHU Sainte-Justine *(L'engagement auprès des mères et des enfants, La quête de l'excellence, Le respect de l'individu, L'esprit de collaboration).*

1.6 Les connaissez-vous?

1.6.1 Oui. Pouvez-vous les nommer? Que représentent-elles pour vous?

1.6.2 Non. Quelles devraient, selon vous, être les quelques valeurs à prôner pour une organisation comme le CHU Sainte-Justine?

Bloc 2 : *Planetree* - les perceptions de l'individu

Pour la deuxième partie de l'entretien, je souhaite connaître votre opinion sur le modèle de soins *Planetree*.

2.1 Que pensez-vous de ce modèle?

2.1.1 Quels sont les points positifs qu'il peut apporter à votre organisation?

2.1.2. Quels sont les points négatifs qu'il peut apporter à votre organisation?

2.2 Selon vous, quelles sont les raisons qui ont amené le CHU Sainte-Justine à choisir d'implanter ce projet?

(*Unité pilote seulement* - quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez décidé d'être une unité pilote?)

J'aimerais maintenant vous présenter les 10 dimensions que l'on retrouve dans le modèle de soins *Planetree*.

- Valoriser les interactions humaines;
- Inclure les proches;
- Partager l'information
- Humaniser l'environnement physique;
- Cheminer par les arts
- Stimuler par l'alimentation
- Soutenir la quête de sens
- Communiquer par le toucher
- S'ouvrir aux thérapies complémentaires;
- S'associer à la communauté

2.3 Selon vous, quelles sont les dimensions qui s'appliquent le mieux à un contexte hospitalier comme celui du CHU Sainte-Justine? et expliquez-moi votre ou vos choix.

Le modèle de soins *Planetree* place la personne, autant le patient, sa famille, les employés, les partenaires, au centre des préoccupations.

2.4 Est-ce que dans votre travail de tous les jours, sentez-vous que la priorité est donnée au patient et à sa famille? Pouvez-vous m'illustrer votre réponse par un (contre) exemple?

2.5 Depuis le début de l'implantation du projet *Planetree* dans votre organisation, voyez-vous des différences entre les façons de faire les choses avant et celles maintenant? Si oui, pouvez-vous me donner des exemples.

2.6 Selon vous, quels corps d'emploi auraient un impact significatif pour que le modèle de soins *Planetree* se réalise au CHU Sainte-Justine?

HEC MONTRÉAL

Retrait d’une ou des pages pouvant contenir des renseignements personnels

Annexe 4 : Courriel envoyé aux participants

Bonjour,

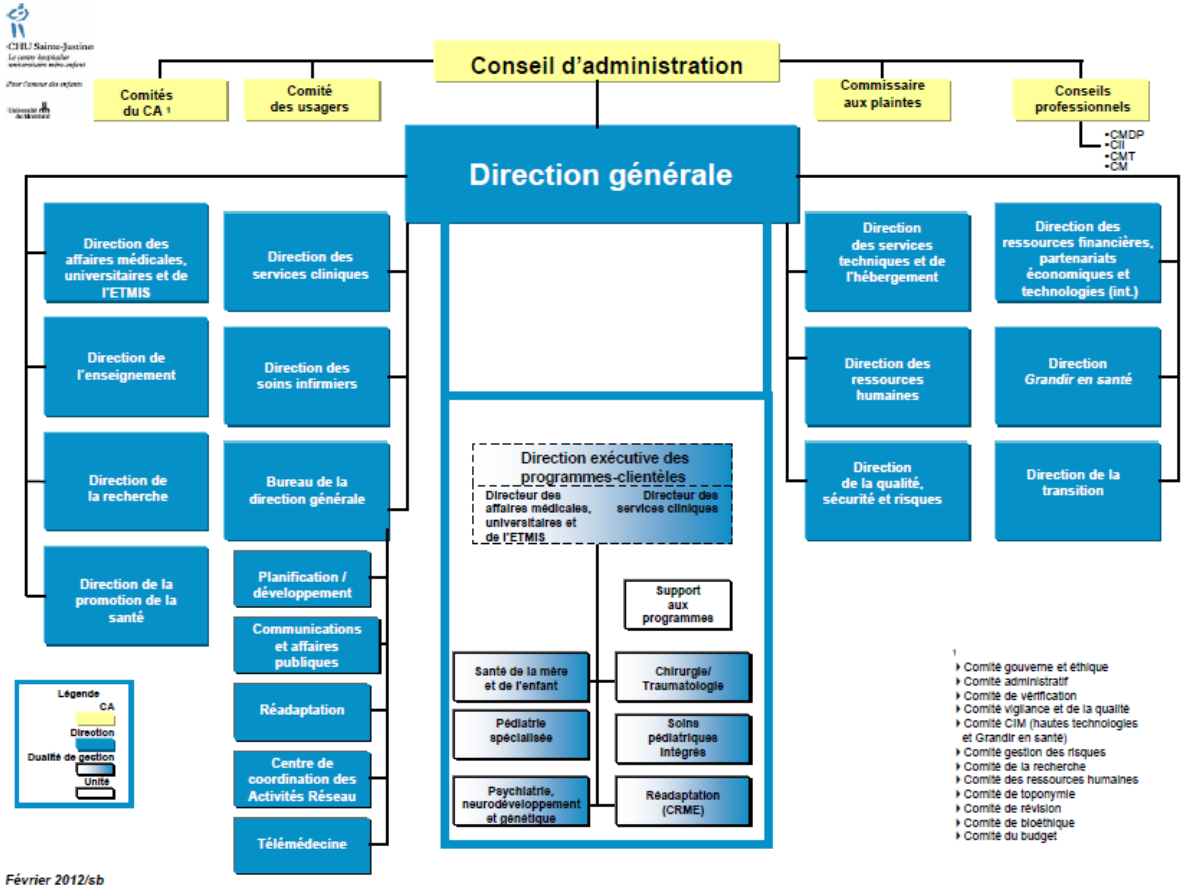
Dans le cadre d'un mémoire de maitrise que je complète actuellement aux HEC, je m'intéresse à l'appréciation de la performance du projet *Planetree* au CHU Sainte-Justine.

J'apprécierais pouvoir discuter avec vous du CHU Sainte-Justine et connaitre votre opinion au sujet du modèle de soins *Planetree*. Aucune préparation n'est requise. L'entretien devrait durer approximativement 30 minutes. Il se déroulera aux date, heure et endroit qui vous convient.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter.
Merci de votre collaboration,

Amélie Picard
Étudiante à la M. Sc. Stratégie
Assistante de recherche | Auxiliaire d'enseignement
HEC Montréal
514 XXX.XXXX

Annexe 5 : Organigramme du CHU Sainte-Justine



Source : http://www.chu-sainte-justine.org/documents/General/pdf/organigramme.pdf.

Annexe 6 : Exemple du rapport de l'évaluation organisationnelle

Composantes *Planetree*					
Valoriser les interactions humaines		**Partager l'information**		**Humaniser l'environnement physique**	
Analyse et constat					
Qualité des relations interpersonnelles avec la clientèle	Perceptions des employés : +/- à + à ++ (blâmes, bonne, valorisante, très satisfaisante) Perceptions des clients : +/- à + (accueil plus chaleureux, satisfait) Perceptions des partenaires : + à ++ (bonne	**Disponibilité et circulation de l'information auprès des partenaires et de la clientèle**	Perceptions des clients : +/- à ++ Perceptions des partenaires : +/- à + Zones d'amélioration : Connaître le processus interne. Besoin d'information sur les procédures. Soutien dans l'interprétation. Disparité dans l'information fournie. Autonomie de déplacement.	**Environnement pour le personnel**	Espaces de repos : espace limité, propreté Espaces de travail : Espace limité ou éloigné des collègues, équipement désuet, ergonomie du lieu, température aux extrêmes, qualité de l'air, entretien négligé
Qualité des relations interpersonnelles entre les membres du personnel	Entre les employés : + (bonne, très bonne) Entre les employés et les gestionnaires : +/- à + à ++ (tendue, manque de disponibilité, manque d'esprit d'équipe, excellente) Entre les employés des différents quarts de travail : +/- à + (problèmes de communication, cordiale, « belle gang ») Entre les employés de corps d'emploi différents : +/-	**Accessibilité**	Documentation difficilement accessible à facile d'accès.	**Environnement pour la clientèle**	Points positifs : propreté et aménagement. Zones d'amélioration : Espace d'accueil pas chaleureux et exigu. Signalisation. Température. Manque d'intimité.

Reconnaissance et valorisation du personnel	Reconnaissance d'équipe : + Reconnaissance individuelle et informelle : à améliorer	**Disponibilité et circulation de l'information au sein du personnel**	Zone d'amélioration : rôles et responsabilités de chacun, suivis et rétroactions, rencontres régulières en groupe, procédures à clarifier et mettre par écrit, formation continue.		
Pistes de réflexion et d'action					
Conditions à mettre en œuvre en équipe : esprit d'équipe, collaboration, entraide, climat de confiance Activités statutaires : favoriser les interactions, moments d'échange Pratiques de reconnaissance		Revoir les mécanismes de communication en équipe (dont la forme des rencontres et accompagnement des clients externes dans leurs besoins). Activités de sensibilisation sur les processus pour les autres départements à l'interne. Formaliser les processus = références. Formation continue.		Travailler sur les possibilités et les actions d'amélioration de l'environnement physique en impliquant les employés et au besoin un expert externe. Encourager la créativité des employés.	
Composantes *Planetree*					
Cheminer par les arts		**Stimuler par l'alimentation**		**S'associer à la communauté**	
Analyse et constat					
Arts et divertissement pour le personnel	Activités de divertissement disponibles. Musique dans les locaux. Amélioration souhaitée pour activités sportives ou sociales pour tous.	**Disponibilité de la nourriture**	Insatisfaction des clients externes et des employés : les besoins spécifiques n'ont pris en considération.	**Clients externes Bénévoles**	Bonne réputation. Processus de sélection à améliorer pour l'arrimer avec les besoins de la clientèle externe.
Pistes de réflexion et d'action					
Création d'un comité pour la santé et le mieux-être au travail. Réfléchir aux opportunités de divertissement pour développer le sentiment d'appartenance et esprit d'équipe.		Travailler sur des solutions pour améliorer l'accès à la nourriture (plusieurs déjà soulevées).		Entretenir les liens avec la communauté. Développer le partenariat avec des fournisseurs locaux. Clarifier et formaliser le rôle des bénévoles.	

Source : Adaptation de « L'évaluation organisationnelle du CHU Sainte-Justine : rapport détaillé des sites pilotes » (Réseau *Planetree* Québec. 2012b)

Tableau 38 : L'analyse des propos à la lumière des composantes *Planetree* et les pistes de réflexion suggérées

Les thèmes associés au modèle *Planetree*			
Le capital humain		**Le leadership**	
Analyse et constat			
Organisation du travail	Horaire de travail ne fait pas consensus. Informatisation souhaitée. Uniformisation des processus. Morcellement du travail. Formation continue souhaitée.	**Mission et valeurs partagées**	Compréhension commune des employés au niveau de leur mission. Écart entre les valeurs organisationnelles et leur réalité.
Conditions de travail	Taux de roulement élevé (manque de continuité). Manque de temps. Charge de travail élevée. Rémunération à bonifier.	**L'équipe de leadership**	- à + : Manque de stabilité. Manque de transparence. Belle cohésion parmi les gestionnaires (capacité d'ouverture).
Qualité du personnel	Engagement au travail.	**L'exercice du leadership**	Avoir plus de soutien. Sentiment d'iniquité entre les directions. Confiance et écoute. Les employés souhaitent s'impliquer davantage.
Pistes de réflexion et d'action			
Revoir le programme d'accueil et d'intégration des nouveaux employés. Identifier les conditions gagnantes en équipe pour l'organisation du travail. Développement des compétences.		Revoir les processus de travail et l'accessibilité aux ressources. Meilleure communication sur les attentes et exigences. Préciser les rôles et responsabilités. Moyens pour faciliter l'appropriation des valeurs organisationnelles. Lieux de paroles et d'échanges.	
Les thèmes associés au modèle *Planetree*			
L'expérience client		**Le partenariat**	
Analyse et constat			
Analyse - écart	Écart entre les perceptions des employés et des clients interne / satisfaction des clients externes / délai de réponse et suivis à améliorer. Insatisfaction de clients internes envers le travail des employés (délais, erreurs, communications)	**Analyse - écart**	Forces : collaboration, ouverture et transparence. Faiblesses : manque d'information et de suivi.
Pistes de réflexion et d'action			
Lieux de discussion pour établir ce qu'est un service à la clientèle de qualité. Impliquer les départements pour établir un plan d'action. Réviser les processus.		Favoriser le partage, la collaboration, les attentes et identifier les zones d'expertise	

Source : Adaptation de « L'évaluation organisationnelle du CHU Sainte-Justine : rapport détaillé des sites pilotes » (Réseau *Planetree* Québec, 2012b)

Tableau 39 : L'analyse des propos à la lumière des thèmes associés au modèle *Planetree* et les pistes de réflexion suggérées

Annexe 7 : Sommaire des résultats du sondage de la clientèle

Les forces	Les pistes d'amélioration	Les pistes à considérer
Confidentialité	Délais d'attente	Implication des clients dans le processus de décision
Respect (de la culture, des croyances, de l'intimité)	Continuité des soins (information répétée par les clients et entre les différents établissements de santé)	Partage de l'information avec les clients : explications et réponses aux questions
Grande compétence des professionnels	Prise de rendez-vous	La signalisation
Établissement recommandé	Accessibilité du personnel de l'établissement (par téléphone)	La propreté du matériel
Satisfaction quant à l'amélioration de leur état de santé suite à leur visite / séjour	Informations concernant le retour à la maison	Les services rendus par le CHU Sainte-Justine versus ceux par le CRME
Satisfaction quant aux heures d'ouverture		

Source : Rapport remis au CHU Sainte-Justine, Comité des usagers, Agili-t, 2010

Tableau 40 : Le sommaire des résultats du sondage de la clientèle 2010 au CHU Sainte-Justine

Annexe 8 : Les dimensions évaluées par le questionnaire « Défi Meilleurs Employeurs »

La visée : **Le point de mire et l'orientation qui permettent aux employés de comprendre ce qu'ils doivent faire pour que l'organisation connaisse le succès.**
J'ai une bonne compréhension des objectifs d'affaires de mon organisation.
Je connais les mesures que nous prenons pour atteindre les objectifs d'affaires de mon organisation.
Je comprends comment mon travail aide l'organisation à atteindre ses objectifs d'affaires.
Mon organisation réussit bien à m'informer sur le rendement de l'organisation par rapport à ses objectifs d'affaires.
Mon supérieur immédiat m'informe des décisions de la direction en temps opportun.
La capacité : **La formation, les ressources, les outils et le matériel dont les employés ont besoin pour exécuter leur travail sont mis à leur disposition.**
Mon organisation me fournit les ressources nécessaires pour faire mon travail efficacement.
Mon groupe de travail travaille efficacement en équipe.
Dans mon organisation, il y a en général un bon esprit d'équipe entre les services.
Les mesures nécessaires sont prises pour que mon lieu de travail soit sécuritaire.
Le volume de travail qu'on attend de moi est raisonnable.
Les processus de travail au sein de mon équipe sont efficaces.
Je peux rapidement accéder à l'information dont j'ai besoin pour faire mon travail efficacement.
En général, il y a suffisamment d'employés dans mon groupe pour bien s'acquitter du travail.
Les modalités de travail au sein de mon organisation sont suffisamment flexibles pour répondre à mes besoins.
Je peux m'exprimer sur la façon dont j'accomplis mon travail.
Mon supérieur immédiat m'aide à harmoniser mes responsabilités professionnelles et personnelles.
J'ai accès à la formation dont j'ai besoin pour faire efficacement mon travail.
Au cours de la dernière année, mon supérieur immédiat m'a parlé de mon développement de carrière.
Mon organisation me donne accès à des outils de planification de carrière et à des ressources qui peuvent m'aider.
Mon organisation offre la formation dont j'ai besoin pour être plus efficace dans le cadre de mes fonctions.
Mon organisation réussit bien à me fournir des occasions de croissance et de développement personnel.
L'intégrité : **Ce qui aide les employés à comprendre et à adhérer aux valeurs de l'organisation.**
Mon supérieur immédiat me traite avec respect.
Mon organisation effectue ses activités d'affaires avec honnêteté et intégrité.
Les dirigeants de mon organisation mettent en pratique les valeurs fondamentales de l'organisation.
J'ai confiance dans le travail effectué par les dirigeants de mon organisation.

Le leadership : L'efficacité des dirigeants au sein de l'organisation.
Veuillez évaluer votre satisfaction à l'égard de vos dirigeants en ce qui a trait à la prise de mesures pour permettre à l'organisation de mener ses activités de manière compétitive.
Veuillez évaluer votre satisfaction à l'égard de vos dirigeants en ce qui a trait à la prise de mesures pour faire croître les affaires.
Les dirigeants de mon organisation réussissent bien à expliquer clairement les raisons qui sous-tendent les décisions importantes.
J'ai confiance en la réussite à long terme de mon organisation.
Les dirigeants de mon organisation réussissent bien à faire participer les employés aux décisions qui les concernent.
Mon organisation réussit bien à donner suite aux suggestions des employés.
Mon organisation me motive à faire de mon mieux dans mon travail chaque jour.
La gestion des talents : L'efficacité de l'organisation à embaucher et à fidéliser les employés très qualifiés, à établir des normes de rendement élevées et à assurer qu'elles sont respectées.
Mon organisation réussit bien à embaucher des employés très qualifiés.
Mon organisation réussit bien à conserver des employés très qualifiés.
Mon entreprise établit des normes élevées de rendement individuel.
Les gens sont tenus responsables de leur rendement dans mon organisation.
Mon organisation réussit bien à aider les employés dont le rendement est médiocre à s'améliorer.
Mon entreprise réussit bien à gérer adéquatement les employés dont le rendement ne s'améliore pas.
Mon supérieur immédiat m'offre le coaching dont j'ai besoin pour améliorer mon rendement.
Mon supérieur immédiat le reconnaît quand je fais du bon travail.
À quelle fréquence recevez-vous une rétroaction sur votre rendement de votre supérieur immédiat.
La rétribution et les avantages sociaux : Comment le programme de rétribution et d'avantages sociaux offert par votre organisation s'harmonise avec le rendement des employés.
Parmi les avantages suivants, veuillez indiquer:
De un à trois avantages sociaux que vous appréciez le plus :
a) assurance collective
b) congés fériés, personnels et sabbatiques
c) congés payés
d) PAE (programme d'aide aux employés)
e) régime d'épargne
f) régime de participation aux bénéfices
g) programmes d'actionnariat
h) régime de retraite
i) avantages sociaux à la retraite autres que la rente
De un à trois avantages sociaux qui ont le plus besoin d'amélioration :
a) assurance collective
b) congés fériés, personnels et sabbatiques
c) congés payés
d) PAE (programme d'aide aux employés)
e) régime d'épargne
f) régime de participation aux bénéfices
g) programmes d'actionnariat
h) régime de retraite

i) avantages sociaux à la retraite autres que la rente
Dans l'ensemble, à quel point êtes-vous satisfait de vos avantages sociaux?
Dans l'ensemble, comment pensez-vous que la valeur de votre rémunération globale (p. ex. avantages sociaux, salaire, mesures incitatives, participation aux bénéfices, programmes d'actionnariat) se compare à ce qu'on offre ailleurs pour des postes semblables?
Il y a un lien clair entre mon rendement et ma rémunération.
Dans l'ensemble, j'estime que je suis payé de manière équitable par rapport à des personnes dans d'autres organisations dont les fonctions sont semblables.
Je connais la valeur de ma rémunération globale (avantages sociaux, salaire, mesures incitatives, participation aux bénéfices, programmes d'actionnariat).
La santé en milieu de travail : L'appui de votre organisation vis-à-vis de la santé des employés et un sain environnement de travail.
Mon organisation a mis en place des procédures pour identifier et contrôler les risques à la santé et la sécurité dans mon milieu de travail.
Mon organisation m'encourage à adopter de bonnes habitudes de vie en me fournissant des outils ou des ressources qui favorisent le mieux-être, la santé et la sécurité.
Mon organisation sollicite régulièrement mon opinion à l'égard de mes préoccupations et de mes intérêts liés à mon mieux-être au travail.
Mon organisation prend les mesures nécessaires afin de m'aider à faire face aux problèmes de stress liés à des enjeux personnels, familiaux ou professionnels.
Mon organisation sollicite régulièrement mon opinion à l'égard de ses programmes de prévention des accidents et de promotion de la santé.
Mon organisation favorise la conciliation travail-vie personnelle en offrant des modalités de travail flexibles.
Mon gestionnaire démontre que le respect, l'équité et la non-discrimination sont des valeurs importantes dans l'organisation.
Mon gestionnaire m'appuie lorsque j'ai des problèmes personnels ou de santé.
Mon gestionnaire soutient les employés qui reviennent au travail à la suite d'une invalidité et offre des accommodements en fonction de leurs limites physiques et psychologiques.
Mon gestionnaire traite les cas de manque d'assiduité au travail de façon équitable.
Mes régimes d'assurance collective (médicaments, soins de santé, invalidité) répondent à mes besoins.
La plupart du temps, lorsque je ne me sens pas bien physiquement ou mentalement, je reste à la maison.
La plupart du temps, j'ai l'énergie physique et mentale nécessaire pour faire mon travail.
La fidélité : La motivation des employés à contribuer à la réussite de votre organisation.
Je suis fier de travailler pour mon organisation.
Je recommanderais mon organisation à d'autres personnes comme étant un bon endroit où travailler.
Je préférerais rester au service de mon organisation même si un emploi comparable était offert dans une autre organisation.
Dans l'ensemble, dans quelle mesure être-vous satisfait de votre organisation à l'heure actuelle ?
Veuillez évaluer votre satisfaction à l'égard de la réputation sociale et environnementale de votre organisation.
Veuillez évaluer votre organisation en tant que lieu de travail par rapport aux autres organisations que vous connaissez.

Source : Questionnaire « Défi Meilleurs Employeurs 2010 »

Tableau 41 : Les dimensions évaluées par le questionnaire « Défi Meilleurs Employeurs »

Annexe 9 : Le cadre de mesure de la transformation organisationnelle au CHU Sainte-Justine

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes associées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
1	**Structures et activités nécessaires au changement de culture**	1.A. L'engagement de l'organisation envers l'approche centrée sur la personne s'étend à toutes les parties prenantes et s'appuie sur l'application continue d'une méthodologie rigoureuse permettant de recueillir l'information pertinente auprès des parties prenantes .	C3	**Étape 1** sous-étapes 1.1 et 1.2	✦ Rapport détaillé des unités pilotes (cf section 7.2.3.1) ✦ Sondage destiné à clientèle par la firme Agili-T (cf section 7.2.5.1.2) ✦ Le comité d'humanisation des soins *Planetree* au CHU Sainte-Justine posera un diagnostic pour chaque département qui souhaite implanter l'approche centrée sur la personne.	✪ Importance de connaître la culture actuelle avant d'amorcer un changement (cf section 3.7.1)	✓ Nombre de départements qui ont reçu un diagnostic.

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
		1.B. Tout le personnel, y compris le personnel de soir et de nuit et le personnel de soutien, a la possibilité de participer à un séminaire pour le personnel portant sur l'approche centrée sur la personne, d'une durée d'au moins 8 heures, avec un taux d'achèvement minimum de 85 %.	C1	**Étape 2** sous-étape 2.2	✦ Rencontre d'échange et engagement des conseils professionnels envers l'approche centrée sur la personne (cf section 7.2.3) ✦ Formations *Planetree* (cf section 7.2.3.2)	✪ Tous les membres organisationnels doivent avoir accès à ces formations, autant les bénévoles, les stagiaires, les professionnels de la santé, les non-professionnels, les pharmaciens et les médecins.	✓ Pourcentage des départements qui ont été formés. ✓ Pourcentage des bénévoles qui ont été formés. ✓ Taux de participation aux formations par département, par corps d'emploi
		1.C. L'engagement de l'organisation envers l'approche centrée sur la personne est communiqué à toutes les parties prenantes.	C1 et C3	**Étape 1** sous-étape 1.2 **Étape 2** sous-étape 2.1 et 2.4	✦ Nomination d'un coordonnateur *Planetree* (cf section 7.2.3). ✦ Plan annuel 2010-2011 et Rapport stratégique 2011-2014 (cf section 7.2) ✦ Mise sur pied du « comité de pilotage des sites pilotes *Planetree* » et du « comité d'humanisation des soins *Planetree* » (cf sections 7.2.3.1 et 7.2.3.3)	✪ La tenue d'une cérémonie originale et marquante. ✪ Arrimer les processus de dotation afin de recruter des nouveaux membres qui respectent les principes de l'approche centrée sur la personne. ✪ Modifier les grilles d'entrevues.	✓ Taux de participation des membres à la cérémonie ✓ Pourcentage des postes diffusés qui comportent une clause en lien avec l'humanisation des soins

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
		1.D. Les besoins de la communauté et les perceptions de l'usager sont pris en considération dans la planification et la mise en œuvre de l'approche de soins, de services et de gestion centrée sur la personne, et en font pleinement partie.	C3	**Étape 2** sous-étape 2.3	✦ Existence du «Comité des Usagers CHU Sainte-Justine»	✪ Mettre des structures en place pour favoriser les moments d'échange entre les patients et les membres organisationnels. ✪ Mettre aussi en place des structures qui supportent des périodes de discussions en lien avec le retour d'expériences entre les membres.	✓ Nombre de journées «terrain» tenues dans l'année, par départements. ✓ Nombre total de personnes impliquées dans les journées «terrain», par année. ✓ Taux de participation des membres aux journées «terrain», par départements.
		1.E. Un groupe de travail interdisciplinaire se réunit régulièrement, supervise et appuie la mise en œuvre et le maintien des pratiques de l'approche centrée sur la personne. Ce groupe de travail est sur place et inclut du personnel clinique et non clinique ainsi que du personnel cadre et non cadre.	C1	**Étape 2** sous-étape 2.3	✦ Mise sur pied du « comité de pilotage des sites pilotes *Planetree* » (cf section 7.2.3.1) ✦ Mise sur pied du « comité d'humanisation des soins *Planetree* » (cf section7.2.3.3)		✓ Présentéisme aux rencontres du comité d'humanisation des soins *Planetree*. ✓ Présentéisme aux rencontres du comité de pilotage des sites pilotes *Planetree*.
		1.F. Le leadership intègre des approches motivantes et inspirantes qui favorisent une attitude positive et qui rehaussent le rendement des personnes et façonnent les	C3	**Étape 2** sous-étape 2.2	✦ Travail d'arrimage du « comité d'humanisation des soins *Planetree* » à propos des valeurs	✪ Prêcher par l'exemple (notamment pour la haute direction), travailler à récompenser les comportements qui vont dans le sens de ces	✓ Nombre de bons coups soulignés mensuellement, par départements. ✓ Taux de participation aux

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
		valeurs organisationnelles.			organisationnelles et des composantes du modèle de soins *Planetree* (cf section 7.2.3.3). ✦ Formations *Planetree* (cf section 7.2.3.2)	valeurs et normes. ✪ Tenir des journées de transformation, de type journée *Planetree*, formation facilitateur ou autre.	formations par département, par corps d'emploi (*idem* ligne 1.B)
2	**Relations humaines, autonomie, dignité et choix**	2.A.Tous les membres de l'organisation sont respectueux envers les usagers et les familles et le sont aussi les uns envers les autres.	C1	**Étape 2** sous-étape 2.4 **Étape 3** sous-étape 3.2	✦ Adaptation de l'outil «Rencontre d'échange et de développement - Employé» (cf section 7.2.5.1.1)	✪ Adapter les systèmes des ressources humaines pour qu'ils soient cohérents avec l'approche centrée sur la personne : 1) Au niveau de la dotation : recruter de nouveaux membres qui sont en adéquation avec les valeurs et comportements organisationnels attendus et 2) au niveau de l'évaluation du rendement et de la signification des attentes : recadrer ceux qui à l'intérieur de l'établissement ne les respectent pas. (en utilisant une échelle de gradation, suivi de la mise à jour des processus RH).	✓ Pourcentage du personnel qui a reçu des attentes signifiées en lien avec le modèle de soins *Planetree*. ✓ <u>Ratio d'assurance-salaire</u>. ✓ *Ratio d'assurance-salaire*. ✓ <u>Taux d'heures en accident de travail</u>. ✓ *Fréquence et gravité des accidents*. ✓ <u>Promotion de la santé : taux de projets en cours/réalisés.</u> ✓ <u>Renouvellement de l'accréditation Hôpital Promoteur Santé.</u> ✓ <u>Taux de roulement.</u> ✓ *Taux de roulement.* ✓ <u>Taux de temps</u>

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
							<u>supplémentaire.</u> ✓ *Taux de temps supplémentaire.* ✓ <u>Taux en main-d'œuvre indépendante.</u> ✓ *Taux en main-d'œuvre indépendante.*
		2.B. Le personnel a la liberté de personnaliser l'expérience de l'usager et de sa famille afin de répondre aux besoins et préférences exprimés par la personne qui reçoit les soins et services.	C1	**Étape 3** sous-étape 3.1 et 3.4		✪ Mettre en place des structures pour favoriser l'habilitation des membres dans leurs décisions quotidiennes.	

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
		2.C. Tous les membres de l'organisation font preuve d'une communication ouverte et directe. Ceci inclut la mise en place d'un processus formel pour divulguer aux usagers ou à leur famille les incidents et accidents avec empathie et transparence.	C1 et C3	**Étape 3** sous-étape 3.1 et 3.4	✦ Plusieurs moyens formels existent pour diffuser l'information au sein du CHU Sainte-Justine (cf section 7.3.1.2.2). ✦ Section Commissaire aux plaintes et à la qualité des services sur leur site internet (cf section 7.2.3.3)	✪ S'assurer que les mécanismes de communication en place soient adéquats et répondent aux besoins des membres. ✪ Offrir des ateliers de communication.	✓ Taux de participation aux ateliers de communication. ✓ Taux de satisfaction des ateliers de communication. ✓ Pourcentage[48] de satisfaction concernant la communication, par département. ✓ <u>Taux de divulgation d'incidents et d'accidents</u>.
		2.D. La continuité des soins et services et le suivi qui en est fait auprès des usagers est maximisé et maintenu pour la période de soins ou services de chaque individu, y compris durant les transitions entre différents niveaux et épisodes de soins et services.	C1 et C3	**Étape 3** sous-étape 3.1		✪ Mettre en place des mécanismes pour encourager et soutenir les membres à informer les patients et leurs familles.	✓ Pourcentage[49] de satisfaction concernant la continuité des soins et services, par département. ✓ <u>Délais d'accès à la chirurgie</u>. ✓ <u>Durée moyenne d'attente à l'urgence</u>.

[48] Dans le sondage de satisfaction de la clientèle, la qualité des communications devrait être mesurée par au moins une question précise.
[49] Dans le sondage de satisfaction de la clientèle, la qualité de la continuité des soins et services devrait être mesurée par au moins une question précise.

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
		2.E. Des systèmes sont en place pour offrir au personnel la possibilité d'influencer considérablement la façon d'appliquer l'approche centrée sur la personne (au niveau de l'unité ou à l'échelle de l'organisation).	C3	**Étape 3** sous-étape 3.2	✦ Valoriser les bons coups (cf section 7.2.5.2.2)	✪ Mettre en place des structures pour favoriser l'habilitation des membres dans leurs décisions quotidiennes.	✓ Nombre de bons coups soulignés mensuellement, par départements (*idem* ligne 1.F).
		2.F. Des mécanismes sont mis en place pour assurer au personnel des services de soutien comprenant des éléments identifiés par le personnel comme des priorités d'action.	C2 , C3 et C4	**Étape 3** sous-étape 3.2	✦ Outil RH «Rencontre d'échange et de développement - Employé» (cf section 7.2.5.1.1) ✦ Questionnaire «Défi Meilleurs Employeurs»	✪ Mettre en place des structures pour permettre aux membres de communiquer leurs besoins prioritaires.	✓ <u>Taux de satisfaction du personnel («Défi Meilleurs Emplo-yeurs»)</u> ✓ *Satisfaction du personnel.* ✓ <u>Évolution du nombre de personnes/activités au CAAHC (formation des étudiants)</u> ✓ <u>Évolution du nombre de personnes formées au CAACH (formation et perfectionnement)</u> ✓ *Formation et développement.*

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
		2.G. Les parties prenantes de l'organisation qui participent à la création d'un environnement centré sur la personne sont identifiées et reconnues pour leur travail.	C1	**Étape 3** sous-étape 3.2	✦ Valoriser les bons coups (cf section 7.2.5.2.2). ✦ Outil RH «Rencontre d'échange et de développement - Employé» (cf section 7.2.5.1.1)		✓ Nombre de bons coups soulignés mensuellement, par départements (*idem* ligne 1.F). ✓ <u>Taux de satisfaction[50] du personnel à propos de la reconnaissance.</u> ✓ *Satisfaction du personnel.*
		2.I. Des systèmes sont en place afin de maximiser l'autonomie, la dignité et le libre choix des usagers. Les préférences individuelles des usagers sont entièrement prises en compte et leurs habitudes de vie quotidiennes sont maintenues.	C3	**Étape 3** sous-étape 3.1		✪ Mettre en place des structures et des procédures pour inclure les préférences des patients (et leur famille).	✓ Taux de satisfaction[51] de la clientèle à propos de la personnalisation des soins et services, par département. ✓ <u>Satisfaction de la clientèle</u>. ✓ *Satisfaction et bien-être de la clientèle*.
		2.J. L'organisation assure un équilibre entre les considérations de sécurité et la responsabilisation de l'usager, son autonomie et sa dignité.	C3	**Étape 3** sous-étape 3.1		✪ Offrir des ateliers d'éducation ou d'information pour les patients et leurs familles. ✪ Fournir de la documentation en ce sens.	✓ Taux de participation aux ateliers d'éducation ou d'information. ✓ Taux de satisfaction de ces ateliers.

[50] Dans le questionnaire de satisfaction du personnel (cf annexe 7), la dimension de la reconnaissance peut être mesurée séparément.
[51] Dans le sondage de satisfaction de la clientèle, la dimension liée à la personnalisation des soins et services devrait être mesurée par au moins une question précise.

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; actuels; *Planetree.*
							✓ Taux de bactériémies nosocomiales.
3	**Favoriser l'information le choix et la responsabilité de l'usager**	3.A. Les usagers prennent part aux décisions concernant leurs soins ou services et leurs décisions sont respectées. La famille est invitée à participer à la prise de décision selon les besoins et le souhait de l'usager.	C2 et C3	**Étape 3** : sous-étape 3.1		✪ Outiller les membres de l'organisation à communiquer l'information aux patients et à leurs familles. ✪ Informer les patients et leurs familles qu'ils ont la possibilité de participer activement à la réalisation de leurs soins et services. ✪ Offrir des ateliers ou des séances de prévention pour les patients et leurs familles.	Voir ligne 2.C.
		3.B. Lors de leur traitement, les usagers et les familles (avec le consentement de l'usager) reçoivent un enseignement et ont accès à un large éventail d'information médicale et de santé pour les aider à faire des choix éclairés. Les usagers ont accès à leur dossier médical et à leur plan	C3	**Étape 3** : sous-étape 3.1	✦ La Médiathèque ✦ Les documents « Petit guide pour patients hospitalisés » ✦ Les dépliants « Règles de vie » ✦ Le Centre d'information sur la santé de l'enfant	Voir ligne 3.A.	✓ Taux de satisfaction[52] à propos de la qualité des informations reçues par le personnel de l'établissement, par département. ✓ Satisfaction de la clientèle. ✓ *Satisfaction et bien-*

[52] Dans le sondage de satisfaction de la clientèle, la dimension liée à la qualité des informations reçues par le personnel de l'établissement devrait être mesurée par au moins une question précise.

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
		de soins ou de services pendant le traitement et reçoivent de l'aide pour comprendre l'information qui y est contenue.			(CISE) (cf section 7.2.3.3)		*être de la clientèle*.
		3.C. Les usagers et les membres de la famille (avec le consentement de l'usager) participent au processus de planification des soins ou services.	C3	**Étape 3** : sous-étape 3.1		Voir ligne 3.B.	
		3.D. Les usagers et les familles (avec le consentement de l'usager) reçoivent l'information et le soutien nécessaire pour prendre part autant qu'ils le souhaitent à la coordination de leurs soins ou services d'un milieu à l'autre, parmi plusieurs prestataires de soins ou services et à travers des épisodes de soins ou services séparés.	C1 et C3	**Étape 3** : sous-étape 3.1		Voir ligne 3.A.	

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
4	**La participation de la famille**	4.A. Des heures de visite flexibles, de nuit comme de jour, et fixées par l'usager sont en place et les enfants sont admis (sauf dans les établissements psychiatriques, les soins intensifs néonataux et dans les cas de maladies transmissibles).	C2 et C4	**Étape 3** : sous-étape 3.1		✪ Établir une politique de visite flexible. ✪ Avoir des infrastructures en place pour faciliter les visites.	✓ <u>Proportion des visites à l'urgence réparties par groupes de priorités</u>.
		4.B. Lorsque convenu mutuellement, et si approprié d'un point de vue clinique, le personnel encourage les familles à participer aux soins ou services et au soutien émotionnel, spirituel et physique de l'usager.	C2	**Étape 3** : sous-étape 3.1		✪ Offrir des ateliers ou des séances de prévention ou des formations liés à la prestation des soins pour les patients et leurs familles.	✓ Taux de participation aux ateliers de prévention. ✓ Taux de satisfaction[53] à propos des ateliers de prévention. ✓ <u>Satisfaction de la clientèle</u>. ✓ *Satisfaction et bien-être de la clientèle*.
		4.C. Toute restriction à la participation de la famille découlant d'une décision clinique est expliquée à l'usager et à sa famille.	C2	**Étape 3** : sous-étape 3.1		✪ Outiller les membres de l'organisation à communiquer l'information aux patients et à leurs familles.	

[53] Dans le sondage de satisfaction de la clientèle, la qualité de ces ateliers devrait être mesurée par au moins une question précise.

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
		4.D. Des systèmes mis en place permettent au personnel d'être attentif aux besoins physiques, émotionnels et spirituels des personnes formant le système de soutien de l'usager.	C1, C3, C4 et C7	**Étape 3** : sous-étape 3.1	✦ Salle de cinéma (cf section 7.2.3.4)	✪ Outiller les membres de l'organisation à être à l'écoute des patients et de leurs familles. ✪ Mettre des infrastructures en place pour permettre aux patients et à leurs familles d'avoir des moments de retrait.	✓ Taux de satisfaction[54] à propos de l'écoute envers les patients, par départements. ✓ <u>Satisfaction de la clientèle</u>. ✓ *Satisfaction et bien-être de la clientèle*.
5	**Choix de nourriture saine**	5.A. Les usagers, les visiteurs et le personnel ont accès à une nourriture saine et variée qui respecte leurs préférences et leurs habitudes personnelles.	C5	**Étape 3** : sous-étape 3.1		✪ Offrir des heures d'ouverture de la cafétéria flexibles ou offrir des services de traiteur.	✓ Taux de satisfaction[55] à propos de la qualité (diversité, accessibilité, etc) de l'alimentation. ✓ <u>Satisfaction de la clientèle</u>. ✓ *Satisfaction et bien-être de la clientèle*.
		5.B. Des mesures sont en place pour personnaliser l'offre de nourriture dans le but de respecter les besoins individuels y compris, mais sans s'y limiter, les restrictions diététiques, les croyances religieuses et les	C3	**Étape 3** : sous-étape 3.1			✓ Taux de programmes alimentaires adaptés aux patients

[54] Dans le sondage de satisfaction de la clientèle, l'écoute envers les patients devrait être mesurée par au moins une question précise.
[55] Dans le sondage de satisfaction de la clientèle, la qualité (diversité, accessibilité, etc) de l'alimentation devrait être mesurée par au moins une question précise.

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
		normes culturelles.					
		5.C. Les usagers ont la possibilité de participer à la planification des repas (y compris le choix et le moment du repas).	C3	**Étape 3** : sous-étape 3.1		✪ Outiller les membres de l'organisation à impliquer les patients et leurs familles lors des choix alimentaires.	Voir ligne 5.A.
6	**Milieu favorisant le bien-être : Architecture et Design**	6.A. Les constructions s'appuient sur des principes de design architectural démontrant, selon des données probantes, leur potentiel d'améliorer l'expérience de soins et de services.	C4	**Étape 3** : sous-étape 3.1.		✪ Se baser sur des données rigoureuses qui respectent les principes de l'approche centrée sur la personne.	✓ <u>État d'avancement des travaux pour le projet « Grandir en santé »</u>.
		6.B. Les utilisateurs d'un lieu participent à la conception de ce même lieu.	C1	**Étape 2** sous-étape 2.3		✪ Mettre en place de structures et des procédures pour inclure les patients (et leur famille) dans les projets d'aménagement (au sens large).	✓ Nombre de projets mis en chantier par un comité multidisciplinaire, incluant un patient.

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
		6.C. Les usagers ont le choix ou le contrôle de leur environnement personnel leur permettant de le personnaliser et d'exercer un contrôle sur ses différentes composantes, notamment : l'éclairage, l'accès à la lumière du jour, les bruits et les sons, les odeurs, la température ambiante et l'intimité visuelle.	C4	**Étape 3** : sous-étape 3.1		✪ Améliorer, moderniser ou sélectionner des infrastructures selon leur flexibilité.	
		6.D. À mesure que des plans de rénovation et de réaménagement sont élaborés, les barrières symboliques et réelles sont réduites et la communication ouverte ainsi que les interactions humaines deviennent prioritaires.	C4	**Étape 3** : sous-étape 3.1		✪ Mettre en place des structures qui favorisent les espaces épurés.	
		6.E. Un schéma d'orientation pour les visiteurs et les usagers procure un trajet clair et compréhensible jusqu'à destination.	C3 et C4	**Étape 3** : sous-étape 3.1		✪ S'assurer d'avoir une signalisation claire, visuelle et adaptée aux langues des patients et familles.	✓ Taux de satisfaction[56] à propos de la qualité de la signalisation. ✓ <u>Satisfaction de la clientèle</u>. ✓ *Satisfaction et bien-être de la clientèle*.

[56] Dans le sondage de satisfaction de la clientèle, la qualité de la signalisation devrait être mesurée par au moins une question précise.

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
		6.F. L'accès physique à l'édifice est facile (sans obstacle) et approprié à ceux qui l'utilisent.	C4	**Étape 3** : sous-étape 3.1		✪ S'assurer d'avoir un stationnement disponible, des navettes si nécessaire, être près des transports en commun, etc.	✓ Taux de satisfaction[57] à propos de la facilité d'accès physique à l'établissement. ✓ <u>Satisfaction de la clientèle</u>. ✓ *Satisfaction et bien-être de la clientèle*.
		6.G. L'environnement est conçu de manière à respecter les besoins d'intimité en fonction de la culture, et à préserver la dignité et la pudeur des usagers.	C4	**Étape 2** : sous-étape 2.3		✪ Mettre en place de périodes d'échange entre les membres et les patients (et leurs familles) pour déterminer les besoins d'intimité. ✪ Adapter les infrastructures en conséquence.	✓ Taux de satisfaction[58] à propos de l'intimité accordée au patient et à sa famille. ✓ <u>Satisfaction de la clientèle</u>. ✓ *Satisfaction et bien-être de la clientèle*.
		6.H. L'organisation fournit des preuves démontrant son engagement envers des approches durables et « vertes » pour la construction et la rénovation, et envers la promotion de pratiques qui respectent l'environnement dans le cadre de ses activités.	C4 et C10	**Étape 3** : sous-étape 3.1		✪ Mettre en place des structures qui renforcent l'utilisation de produits écologiques, les programmes de recyclage, etc.	✓ Certification BOMA BESt

[57] Dans le sondage de satisfaction de la clientèle, la dimension liée à l'accès physique au CHU Sainte-Justine devrait être mesurée par au moins une question précise.
[58] Dans le sondage de satisfaction de la clientèle, la dimension liée à l'intimité offerte au patient et à sa famille devrait être mesurée par au moins une question précise.

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
		6.I. Les usagers ont accès à la nature.	C4	**Étape 3** : sous-étape 3.1		✪ Développer des espaces verts.	
		6.J. L'éclairage est bien adapté à la tâche ou à la fonction, favorise un environnement sécuritaire pour le personnel et les usagers tout en assurant le confort de l'usager, le contrôle et la sécurité.	C4	**Étape 3** : sous-étape 3.1		✪ Améliorer, moderniser ou sélectionner des infrastructures selon leur flexibilité.	
7	**Programme d'arts, activités significatives et divertisse-ment**	7.A. L'organisation poursuit l'objectif de maintenir pour les usagers une vie significative qui est cohérente avec leur condition physique et mentale et la durée du séjour.	C6	**Étape 2** sous-étape 2.3		✪ Mettre en place de périodes d'échange entre les membres et les patients (et leurs familles) pour déterminer les besoins liés aux arts.	
		7.B. La programmation artistique et récréative se fait avec les usagers et s'accorde avec leurs intérêts.	C6	**Étape 2** sous-étape 2.3		✪ Outiller les membres de l'organisation à impliquer les patients et leurs familles lors de ces choix.	✓ Taux de satisfaction[59] à propos de la programmation artistique et récréative. ✓ <u>Satisfaction de la clientèle</u>. ✓ *Satisfaction et bien-être de la clientèle*.

[59] Dans le sondage de satisfaction de la clientèle, la qualité de la programmation artistique et récréative devrait être mesurée par au moins une question précise.

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
		7.C. Le personnel, les usagers et les familles participent activement à la planification ou à la réalisation d'activités de divertissement ou d'activités porteuses de sens pour ces derniers.	C6	**Étape 3** : sous-étape 3.1		✪ Offrir des ateliers de divertissement ou d'activités porteuses de sens.	✓ Taux de participation aux ateliers de divertissement. ✓ Taux de satisfaction[60] à propos des ateliers de divertissement. ✓ <u>Satisfaction de la clientèle</u>. ✓ *Satisfaction et bien-être de la clientèle*.
8	**Spiritualité et diversité**	8.A. Les besoins spirituels des usagers, des familles et du personnel sont reconnus et pris en compte dans la programmation des activités	C7	**Étape 2** : sous-étape 2.3		✪ Mettre en place de périodes d'échange entre les membres et les patients (et leurs familles) pour déterminer leurs besoins spirituels.	
		8.B. La diversité est reconnue, et prise en considération dans l'offre de soins et de services.	C7	**Étape 2** sous-étape 2.3		✪ Mettre en place des programmes qui sont flexibles et personnalisés.	✓ Taux de satisfaction[61] à propos du respect de la spiritualité du patient et sa famille. ✓ <u>Satisfaction de la clientèle</u>. ✓ *Satisfaction et bien-être de la clientèle*.

[60] Dans le sondage de satisfaction de la clientèle, la qualité des ateliers (activités, diverstissements) devrait être mesurée par au moins une question précise.
[61] Dans le sondage de satisfaction de la clientèle, la prise en compte et le respect des besoins de spiritualité devraient être mesurés par au moins une question précise.

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
9	**Thérapies complémen-taires, chemins vers le bien-être**	9.A. Une vaste gamme de modalités de soins ou services incluant les méthodes considérées comme complémentaires aux méthodes occidentales ou traditionnelles sont offertes pour répondre aux besoins des usagers.	C8 et C9	**Étape 2** sous-étape 2.3		✪ Mettre des mécanismes de communication en place afin que les membres informent les patients et leurs familles des méthodes complémentaires disponibles.	✓ Le nombre de méthodes complémentaires disponibles dans l'établissement. ✓ Taux d'utilisation de ces méthodes. ✓ Taux de satisfaction de ces méthodes.
		9.B. Les besoins des usagers en matière de bien-être sont abordés d'une manière holistique.	C9	**Étape 3** sous-étape 3.1		✪ Mettre une structure flexible en place pour offrir des programmes variés et personnalisés.	
10	**Communau-té en santé / Amélioration de l'expérience de vie**	10.A. L'organisation contribue à la bonne santé de la communauté environnante.	C10	**Étape 2** sous-étape 2.3.		✪ Mettre en place de périodes d'échange entre l'organisation et la communauté environnante.	✓ Nombre de rencontres entre le CHU Sainte-Justine et les membres de l'arrondissement, par année. ✓ <u>Évolution du nombre de partenariats.</u> ✓ <u>Programme santé en Haïti.</u> ✓ <u>Interconnexion au réseau d'informations scientifiques du Québec.</u>

Section	Description de la section	Critères pour la désignation internationale *Planetree* (RPQ, 2011b)	Composantes asso-ciées*	Correspond aux étapes du modèle de Gebhardt *et al.* (2006)**	Outils développés par le CHU Sainte-Justine	Bonne pratique liée à la transformation organisationnelle	Indicateurs proposés; <u>actuels;</u> *Planetree.*
		10.B. L'organisation encourage la participation de la communauté environnante à la vie de la communauté interne.	C10	**Étape 3** sous-étape 3.1		✪ Mettre en place des structures pour favoriser l'accueil et l'intégration de la communauté dans l'établissement.	✓ Nombre de projets conjoints développés par année. ✓ <u>Évolution du nombre de stagiaires</u>.

Tableau 42 : Le cadre de mesure de la transformation organisationnelle au CHU Sainte-Justine.

*** Légende :**

C1 : Valoriser les interactions humaines, C2 : Inclure les proches, C3 : Partager l'information, C4 : Humaniser l'environnement physique, C5 : Stimuler par l'alimentation, C6 : cheminer par les arts, C7 : Soutenir la quête de sens, C8 : Soutenir la quête de sens, C9 : S'ouvrir aux thérapies complémentaires, C10 : S'associer à la communauté

**** Légende**

Étape 1 : Le coup d'envoi / Sous-étape 1.1 : La prise de conscience / Sous-étape 1.2 : La préparation

Étape 2 : La mise en œuvre du plan de changement / Sous-étape 2.1 : Présentation du plan de changement à l'ensemble de l'organisation / Sous-étape 2.2 : Développer un nouvel ensemble de valeurs organisationnelles / Sous-étape 2.3 : Compréhension commune et partagée de la culture organisationnelle désirée / Sous-étape 2.4 : Recruter de nouveaux membres qui partagent la même philosophie.

Étape 3 : L'institutionnalisation des changements / Sous-étape 3.1 : Formaliser et rendre concret le changement / Sous-étape 3.2 : Systèmes RH / Sous-étapes 3.4 : Transfert de pouvoir

Bibliographie

Articles

Adler, Paul S. (1999). « Building better bureaucracies », *Academy of Management Executive*, vol. 13, n° 4, p. 36-47.

Appelbaum, Steven H., Sally Habashy, Jean-Luc Malo et Hisham Shafiq (2012). « Back to the future: revisiting Kotter's 1996 change model », *Journal of Management Development*, vol. 31, n° 8, p. 764 - 782.

Appelbaum, Steven H., Seyed Mahmoud Zinati, Andrew MacDonald et Yusef Amiri (2010). « Organizational transformation to a patient centric culture : a case study », *Leadership in Health Services*, vol 23, n° 1, p. 8-32.

Atkinson, Anthony A., John H. Waterhouse et Robert B. Wells (1997). « A Stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement », *Sloan Management Review*, p. 25-37.

Bachelard, Olivier, Marion Boury et Amandine Deslandes (2010). « Comment concilier utilité sociale et maîtrise de la dépense publique? Le cas de Sécurité sociale », *Humanisme et entreprise*, n° 299, p. 1-16.

Berry, Leonard L. et Neeli Bendapudi (2007). « Health care: A Fertile Field for Service Research », *Journal of Service Research*, vol. 10, n° 2, p. 111-122.

Bourguignon, Annick, Véronique Malleret et Hanne Norreklit (2004). « The American balanced scorecard versus the French tableau de bord : the ideological dimension », *Management Accounting Research*, vol. 15, p. 107-134.

Bourguignon, Annick (1995). « Peut-on définir la performance? », *Revue française de comptabilité*, n° 269, p. 61-66.

Botton, Carole, Marie-Hélène Jobin et Haithem Nagati (2012). « Système de gestion de la performance : les conditions du succès », *Gestion 2000*, p. 37-52.

Bureau, Dominique, Michel Mougeot et Nicolas Studer (2010). « Mesurer la performance de la gestion publique à la lumière de l'analyse économique », *Revue Française des Affaires sociales*, vol. 1, n° 1-2, p. 89-104.

Caillol, Michel, Pierre Le Coz, Régis Aubry et Pierre-Henri Bréchat (2010). « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques », *Santé Publique*, vol. 22, n° 6, p. 625-636.

Charmel, Patrick A. et Susan B. Frampton (2008). « Building the business case for patient-centered care », *Healthcare financial management*, vol. 62, n° 3, p.80-85.

Chow-Chua, Clare et Mark Goh (2002). « Case study : Framework for evaluating performance and quality improvement in hospitals », *Managing Service Quality*, vol. 12, n° 1, p. 54-66.

Cochoy, Franck (2001). « Profession, participation, patient : trois enjeux pour la qualité des soins [Commentaire] », *Sciences sociales et santé*, vol 19, n° 2, p. 99-109.

Contandriopoulos, André-Pierre (2008). « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance », *Santé Publique*, vol. 20, p. 191-199.

Côté, Daniel (2009). « Comment implanter une orientation client? Le cas d'une caisse Desjardins », *Gestion*, vol. 22, n° 4, p. 71-80.

Counte, Michael A. et Steven Meurer (2001). « Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organizations », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 13, n° 3, p. 197-207.

Dagenais-Desmarais, Véronique et Catherine Privé (2010). « Comment améliorer le bien-être psychologique au travail? », *Gestion*, vol. 35, n° 3, p. 69-77.

Dauphin, Sandrine (2011). « Théories du management », *Informations sociales*, n° 167, p. 6-9.

Davis, Karen, Stephen C. Schoenbaum et Anne-Marie Audet (2005). « A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 20, p. 953-957.

Dreachslin, Janice L. (1999). « Diversity Leadership and Organizational Transformation: Performance Indicators for Health Services Organizations », *Journal of Healthcare Management*, vol. 44, n° 6, p. 427-439.

Duffy, J. R. et L. M. Hoskins (2003). « The quality-caring model : blending dual paradigms », *Advances in Nursing Science*, vol. 26, n° 1, p. 77-88

Edgar, Fiona (2003). « Employee-Centred Human Resource Management Practices », *New Zealand Journal of Industrial Relations*, vol. 28, n° 3, p. 230-240.

Folan, Paul, Jim Browne et Harinder Jagdev (2007). « Performance : Its meaning and content for today's business research », *Computers in Industry*, vol. 58, n° 7, p. 605-620.

Frampton, Susan B. (2009a). « Creating a patient-centered system », *American journal of nursing*, vol. 109, n° 3, p. 30-33.

Frampton, Susan B. (2009b). « Open medical records », *American journal of nursing*, vol. 109, n° 8, p. 59-63.

Frampton, Susan B. (2009c). « Ensuring Quieter Hospital Environments », *American journal of nursing*, vol. 109, n° 9, p. 65-67.

Gebhardt, Gary F., Gregory S. Carpenter et John F. Sherry Jr. (2006). « Creating a Market Orientation : A Longitudinal, Multifirm, Grounded Analysis of Cultural Transformation », *Journal of Marketing*, vol. 70, p. 37-55.

Gratacap, Anne (2006). « Organisation éclatée et transversalité : de la nécessaire intégration de la gestion globale des risques au management stratégique », *Vie & sciences de l'entreprise*, vol. 3, n° 172, p. 59-79.

Greene, Jan (2003). « Attracting nurses. Why Magnet Hospitals Succeed », *Trustee*, p. 20-23.

Hibbard, Judith H. (2004). « Moving Toward A More Patient-Centered Health Care Delivery System », *Health Affairs*, vol. 23 [Variations Supplement], p. 133-135.

Hoogervorst, J. A. P., P. L. Koopman et H. van der Flier (2005). « Total quality management : The need for an employee-centred, coherent approach », *The TQM Magazine*, vol. 17, n° 1, p. 92-106.

Hurlimann, Claire (2001). « Approche conceptuelle de la qualité des soins », *Accréditation et Qualité des soins hospitaliers (ADSP)*, n° 35, p. 23-28.

Inamdar, Noorein, Robert S. Kaplan et Marvin Bower (2002). « Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations », *Journal of Healthcare Management*, vol. 47, n° 3, p. 179-195.

Jacquet, Stéphane (2011). « Management de la performance : des concepts aux outils » [en ligne], *Centre de Ressources en Économie Gestion (CREG)*, [réf. du 18 juillet 2012], 18 p. <http://www.creg.ac-versailles.fr/spip.php?article525>

Jarousse, Lee Ann (2011a). « Defining, measuring and sustaining a patient-centered culture », *Hospitals & Health Networks*, vol. 85, n° 11, p. 41-49.

Jarousse, Lee Ann (2011b). « Putting Patients First », *Trustee*, vol. 64, n° 10, p. 26.

Kaplan, Robert S. et David P. Norton (2008). « Mastering the Management System », *Harvard Business Review*, vol. 86, n° 1, p. 62-77.

Koenig, Gérard (2006). « Théories mode d'emploi », *Revue française de gestion*, vol. 1, n° 160, p. 9-27.

Kuntz, Ludwig et Antonio Vera (2007). « Modular organization and hospital performance », *Health Services Management Research*, vol. 20, p. 48-58.

Lavoie-Tremblay, Mélanie, Linda O'Brien-Pallas, Céline Gélinas, Nicole Desforges et Caroline Marchionni (2008). « Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint », *Journal of Nursing Management*, vol. 16, p. 724-733.

Lebas, Michel (1995). « Oui, il faut définir la performance », *Revue française de comptabilité*, n° 269, p. 66-72.

Lee, Thomas H (2010). « Turning Doctors into Leaders », *Harvard Business Review*, p. 50-58.

Le Pogam, Marie Annick *et al.* (2009). « La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent », *Revue Management & avenir*, vol. 25, p. 116-134.

Lozeau, Daniel (2002). « Les chemins tortueux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics au Québec », *Gestion*, vol. 27, n° 3, p. 113-122.

Martin, Diane P., Paula Diehr, Douglas A. Conrad, Julie Hunt Davis, Ricard Leickly et Edward B. Perrin (1998). « Randomized trial of a patient-centered hospital unit », *Patient Education and Counseling*, vol. 34, p. 125-133.

Minvielle, Étienne, Claude Sicotte, François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, Marine Jeantet, Nathalie Préaubert, Annie Bourdil et Christian Richard (2008). « Hospital performance : Competing or shared values? », *Health Policy*, vol. 87, p. 8-19.

Minvielle, Étienne (1999). « Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel? », *Politiques et management public*, vol. 17, n° 4, p. 59-84.

Mirebeau, Sylvie (2010). « Clinique et management : une synergie en construction », *Empan*, n° 78, p. 53-66.

Naro, Gérard et Denis Travaillé (2010). « Construire les stratégies avec le Balanced Scorecard : vers une approche interactive du modèle de Kaplan et Norton », *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 13, n° 2, p. 33-66.

Needleman, J., P. Buerhaus, S. Mattke, M. Stewart et K. Zelevinsky (2002). « Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals », *New England Journal of Medicine*, vol. 346, n° 22, p. 1715-1722.

Neely, Andy, John Mills, Ken Platts, Huw Richards, Mike Gregory, Mike Bourne et Mike Kennerley (2000). « Performance measurement system design : developing and testing a process-based approach », *International Journal of Operations & Production Management*, vol. 20, n° 10, p. 1119-1145.

Nobre, Thierry et Lionel Signolet (2007). « Le paradoxe de l'axe apprentissage organisationnel et croissance dans le Balanced scorecard : le cas de l'hôpital », *Comptabilité et Environnement*, p. 1-21.

Nobre, Thierry (2002). « Le tableau de bord prospectif : un outil de gestion pour l'hôpital? », *Gestions hospitalières*, n° 414, p. 171-179.

O'Brien-Pallas, Linda, Gail Tomblin Murphy, Judith Shamian, Xiaoqiang Li et Laureen J. Hayes (2010). « Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study », *Journal of Nursing Management*, vol. 18, p. 1073-1086.

Ouimet, Gérard (2007). « Voyage au centre des typologies de cultures d'entreprise : un itinéraire psychologique », *Gestion*, vol. 32, n° 2, p. 51-61.

Parsons, Mickey L. et Patricia A. Cornett (2011). « Sustaining the pivotal organizational outcome : magnet recognition », *Journal of Nursing Management*, vol. 19, p. 277-286.

Pascal, Christophe (2003). « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, vol. 5, n° 146, p. 191-204.

Pinet, Jocelyn et André Coupet (2008). « Créer une culture de service. Une question de leadership », *Gestion*, vol. 33, n° 4, p. 48-57.

Pink, George H., Ian McKillop, Ellen G. Schraa, Colin Preyra *et al.* (2001). « Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System », *Journal of Health Care Finance*, vol. 27, n° 3, p. 1-20.

Purbey, Shankar, Kampan Mukherjee et Chandan Bhar (2007). « Performance measurement system for healthcare processes », *International Journal of Productivity and Performance Management*, vol. 56, n° 3, p. 241-251.

Quinn, Robert E. et John Rohrbaugh (1983). « A Spatial Model of Effectiveness criteria : towards a competing values approach to organizational analysis », *Management Science*, vol. 29, n° 3, p. 363-377.

Rademakers, Jany, Diana Delnoij et Dolf de Boer (2011). « Structure, process or outcome: which contributes most to patients' overall assessment of healthcare quality? », *BMJ Qual Saf*, n° 20, p. 326-331.

Radnor, Zoé J. et David Barnes (2007). « Historical analysis of performance measurement and management in operations management », *International Journal of Productivity and Performance Management*, vol. 56, n° 5/6, p. 384-396.

Rashid, Zabid Abdul, Murali Sambasivan et Azmawani Abdul Rahman (2004). « The influence of organizational culture on attitudes toward organizational change », *Leadership & Organization Development Journal*, vol. 25, n° 2, p. 161-179.

Raufflet, Emmanuel *et al.* (2005). « La collaboration comme changement organisationnel : le cas d'Uniterra », *Gestion*, vol. 30, n° 1, p. 63-70.

Rondeau, Alain (2008). « L'évolution de la pensée en gestion du changement : leçons pour la mise en œuvre de changements complexes », *Télescope*, p. 1-12.

Sadri, Golnaz et Brian Lees (2001). « Developing corporate culture as a competitive advantage », *Journal of Management Development*, vol. 20, n° 10, p. 853-859.

Schlesinger, Leonard A. et James L. Heskett (1991). « Breaking the Cycle of Failure in Services », *Sloan Management Review*, vol. 32, n° 3, p. 17-28.

Sicotte, Claude, François Champagne et André-Pierre Contandriopoulos (1999). « La performance organisationnelle des organismes publics de santé », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6, n° 1, p. 34-46.

Simmons, Scott et Christie Fraser (2012). « Why Hospitals Don't Deliver Great Service » [en ligne], *GALLUP Business Journal*, [réf. du 21 août 2012], 2 p. <http://businessjournal.gallup.com/content/156701/why-hospitals-don-deliver-great-service.aspx>

Sims, Ronald R. (2000). « Changing an Organization's Culture Under New Leadership », *Journal of Business Ethics*, vol. 25, n° 1, p. 65-78.

St-Germain, Daphney (2010). « Réflexions sur l'apport de la recherche inductive phénoménologique dans l'instauration d'une culture de sécurité réelle et efficace en contexte d'adaptation », *Recherches qualitatives*, vol. 29, n° 2, p. 185-199.

Stone, Susan (2008). « A Retrospective Evaluation of the Impact of the *Planetree* Patient-Centered Model of Care on Inpatient Quality Outcomes », *Health Environments Research & Design Journal*, vol. 1, n° 4, p. 55-69.

St-Pierre, Michèle et Jacques-Bernard Gauthier (2011). « Les conditions de passage de l'action en réseau à un réseau en action dans le secteur de la santé », *La Revue des Sciences de Gestion,* vol. 5, n° 251, p. 31-36.

Tremblay, Lucie, Lyne Camiré, et Linda August (2010). « Au-delà des soins : pour un milieu de vie de qualité », *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, vol. 6, n° 2, p. 36-38.

Tremblay, Michel et Gilles Simard (2005). « La mobilisation du personnel : l'art d'établir un climat d'échanges favorable basé sur la réciprocité », *Gestion,* vol. 30, n° 2, p. 60-68.

Upenieks, Valda (2003). « Recruitment and Retention Strategies : A Magnet Hospital Prevention Model », *Nursing Economics,* vol. 21, n° 1, p. 7-13.

Walker, Kenton B. et Laura M. Dunn (2006). « Improving Hospital Performance and Productivity with the Balanced Scorecard », *Academy of Health Care Management Journal,* vol. 2, p. 85-110.

Zelman, William N., George H. Pink et Catherine B. Matthias (2003). « Use of the balanced scorecard in health care », *Journal of Health Care Finance,* vol. 29, n° 4, p. 1-16.

Articles de journaux

Cameron, Daphné (2012). « Réduction des dépenses en santé : « Un effort colossal! » », *La Presse*, (7 décembre), p. A8.

Champagne, Sara (2013). « Montréal - Engorgement dans les urgences: une soixantaine de chirurgies annulées », *La Presse*, (24 janvier), p. A7.

Champagne, Sara (2013). « Loin de la parité entre médecins de famille et spécialistes », *La Presse*, (18 janvier), p. A4.

Krol, Ariane (2012). « Le rouleau », *La Presse*, (7 décembre), p. A25.

La Presse canadienne (2012). « Le CUSM fait figure de cancre, dit Hébert », *Le Devoir*, (20 décembre), p. A3.

Pelchat, Pierre (2012). « Aux hôpitaux de mieux gérer, juge Barrette », *Le Soleil*, (20 décembre), p. 26.

Ricard-Châtelain, Baptiste (2012) « Établissements de santé de Québec : la valse des erreurs », *Le Soleil*, (27 mars), p. 40.

Roberge, François-Olivier (2012). « La chasse aux heures supplémentaires », *Le Soleil*, (22 novembre), p. 33.

Vailles, Francis (2013). « Je veux voir un bon docteur, vite ! », *La Presse*, (17 janvier), p. 6.

Livres

Anadón, Marta et Christine Couture (2007). « La recherche participative, une préoccupation toujours vivace » dans *La recherche participative : multiples regards*, Marta Anadón (dir.), Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 1-7.

Bertrand, Yves (1991). *Culture organisationnelle*, Sillery et Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec et Télé-université, 211 p.

Brandenburg, Hans et Jean-Pierre Wojtyna (2003). *L'approche processus, mode d'emploi*, Paris, Éditions d'Organisation, 142 p.

Brown, Mark Graham (1996). *Keeping Score—Using the Right Metrics to Drive World-Class Performance* [en ligne], Oregon, Productivity Press [référence du 18 juillet 2012], 198 p. <http://taos.hec.ca/web2/tramp2.exe/do_keyword_search/A00nd7bd.001>

Cameron, Kim S. et Robert E. Quinn (2011). *Diagnosing and Changing Organizational Culture based on the Competing Values Framework,* 3rd ed., San Francisco, Jossey-Bass, 268 p.

Cornet, Annie (2002). « Dix ans de réingénierie des processus d'affaires : qu'avons-nous appris? » dans *Transformer l'organisation. La gestion stratégique du changement*, R. Jacob, A. Rondeau et D. Luc (dir.), Montréal, Gestion, revue internationale de gestion, p. 248-270.

Couture, Christine, Nadine Bednarz et Souleymane Barry (2007). « Multiples regards sur la recherche participative : une lecture transversale » dans *La recherche participative : multiples regards,* Marta Anadón (dir.), Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 205-221.

Demers, Christiane (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 » dans *Transformer l'organisation. La gestion stratégique du changement,* Réal Jacob, Alain Rondeau et Danielle Luc (dir.), Montréal, Éditions Gestion, coll. Racines du savoir, p. 52-70.

Donabedian, Avedis (2003). « Selecting Approaches to Assessing Performance » dans *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*, New York, Oxford University Press, p. 46-57.

Drucker-Godard, Carole, Sylvie Ehlinger et Corinne Grenier (2003). « Validité et fiabilité de la recherche » dans *Méthodes de recherche en management*, 2e édition, Paris, Dunod, Raymond-Alain Thiétart et coll., p. 257-287.

Eckl, Petra et Christian Harmand (2007). *Guide du management intégré. Une approche processus*, La Plaine Saint-Denis Cedex, AFNOR, 168 p.

Frampton, Susan B, Patrick Charmel *et al.* (2008). *Putting Patients First: Best Practices in Patient-Centered Care,* 2nd ed., San Francisco, Jossey-Bass, 323 p.

Girard, Diane (2011). « Culture organisationnelle, contexte d'affaires et prise de décision éthique » dans *Gestion de la performance au travail : défis et tendances*, Sylvie

St-Onge (dir.), 4e éd., Montréal, Gestion, revue internationale de gestion, p. 736-759.

Graban, Mark (2012). *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement*, 2nd ed, New York, CRC Press, 243 p.

Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century*. (Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine), Washington, National Academy Press, 337 p.

Kaplan, Robert S. (2001). « Élaborer des cartes stratégiques » dans *Comment utiliser le tableau de bord prospectif : pour créer une organisation orientée stratégie*, Paris, Éditions d'Organisation, p. 75-114.

Kaplan, Robert S. et David P. Norton (1996). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action*, Boston, Havard Business School Press, 322 p.

Laflamme, Roch (1994). *La vie dans les organisations : des indicateurs de succès*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 59 p.

Le Louarn, Jean-Yves (2010). *Gestion stratégique des ressources humaines*. Rueil-Malmaison, Éditions Liaisons, 275 p.

Luc, Danielle et Alain Rondeau (2002). « La mise en place d'une gestion par programmes : impacts sur les rôles, responsabilités et rapports d'influence. Le cas de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. » dans *Transformer l'organisation. La gestion stratégique du changement*, Réal Jacob, Alain Rondeau et Danielle Luc (dir.), Montréal, Éditions Gestion, coll. Racines du savoir, p. 232-245.

Lynch, Richard L. et Kelvin F. Cross (1995). « Down to Brass Tacks » dans Measure Up! Yardsticks for Continuous Improvement, Oxford, Massachusetts, Blackwell Business, p. 63-91.

Mintzberg, Henry (1995). *Structure et dynamique des organisations*, 10e tirage (version française de Power and the life cycles of organizations, 1982, traduit de l'américain par P. Romelaer), Paris, Les Éditions d'Organisation, 434 p.

Minvielle, Étienne (2009). « Management en santé : recherches actuelles et enjeux de demain » dans *Traité d'économie et de gestion de la santé*, P-L Bras, G. de Pouvourville et D. Tabuteau (dir.), Paris, Presses de la fondation national des sciences politiques, p. 35-42.

Morin, André (1992). « De la recherche en action » dans *Recherche-Action intégrale et participation coopérative. Méthodologie et études de cas*, vol. I, Laval: Éditions Agence d'Arc, p. 109-222.

Morin, Estelle, Michel Guindon et Émilio Boulianne (1996). *Les indicateurs de performance*, Montréal, Guérin éditeur ltée, 167 p.

Neely, Andy et Mike Kennerley (2002). « Performance measurement frameworks : A review » dans Business performance measurement : theory and practice, New York, Cambridge University Press, p. 145-155.

Neely, Andy, Chris Adams et Mike Kennerley (2002). « The Performance Prism Framework : the Scorecard for Measuring and Managing Business Success » dans *The Performance Prism*, Financial Times Prentice Hall, p. 158-181.

Or, Zeynep (2009). « Pourquoi et comment évaluer la performance des systèmes de santé? » dans *Traité d'économie et de gestion de la santé*, P-L Bras, G. de Pouvourville et D. Tabuteau (dir), Paris, Presses de la fondation nationale des sciences politiques, p. 75-82.

Patton, Michael Quinn (1990). *Qualitative evaluation and research methods*, 2nd ed., Newbury Park, SAGE Publications, 532 p.

Rouleau, Linda (2007). *Théories des organisations approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 263 p.

Roy, Denis A., Éric Litvak et Fred Paccaud (2010). *Des réseaux responsables de leur population : moderniser la gestion et la gouvernance en santé*, Montréal, Le Point en administration de la santé et des services sociaux, 198 p.

Savoie, André et Estelle Morin (2002). « Les représentations de l'efficacité organisationnelle : développements récents » dans *Transformer l'organisation. La gestion stratégique du changement*, Réal Jacob, Alain Rondeau et Danielle Luc (dir.), Montréal, Éditions Gestion, coll. Racines du savoir, p. 206-231.

Schein, Edgar H. (2004). *Organizational Culture and Leadership*, 3rd ed., San Francisco, Jossey-Bass, 437 p.

Séguin, Francine, Taïeb Hafsi et Christiane Demers (2008). *Le management stratégique : de l'analyse à l'action*, Canada, Les Éditions Transcontinental, 325 p.

Simons, Robert (1995). *Levers of Control: How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*, Boston, Harvard Business School Press, 217 p.

Sims, Ronald R. (2002). « Organizational Culture and Ethics » dans *Managing Organizational Behavior*, Westport, Greenwood Press, p. 79-81;301-310;322-323.

St-Onge, Sylvie (2011). *Gestion de la performance au travail : défis et tendances*, 4e éd., Montréal, Gestion, revue internationale de gestion, 796 p.

Trice, Harrison M. et Janice M. Beyer (1993). *The Cultures of Work organizations*, New Jersey, Prentice Hall, 510 p.

Trischler, William E. (1996). *Understanding and Applying Value-Added Assessment : Eliminating Business Process Waste*, Milwaukee, ASQC Quality Press, 127 p.

Van Campendoudt, Luc et Raymond Quivy (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*, 4e ed., Paris, Dunod, 262 p.

Voyer, Pierre (1999). « Les tableaux de bord de gestion » dans *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*, 2e éd., Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 39-59.

Yin, Robert K. (2009). *Case Study Research : Design and Methods*, fourth ed., Thousand Oaks, SAGE, 219 p.

Dictionnaires

Robert, Paul (1993) *Le Nouveau Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Josette Rey-Debove et Alain Rey (dir.), Paris, Dictionnaires Le Robert, Collection Le Robert / Seuil, 2949 p.

Atkins, Beryl T., Alain Duval, Rosemary C. Milne, Pierre-Henri Cousin, Hélène M. A. Lewis, Lorna A. Sinclair, Renée O. Birks et Marie-Noëlle Lamy (1993). *Le Robert & Collins Senior*, 3e éd., Paris, Dictionnaires Le Robert et Harper Colllins Publishers, 962 p.

Documentation autre

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2012). *Réseau québécois des établissements promoteurs de santé*, dépliant no ISBN : 978-2-89510-614-2, 6 p.

Agili-t (2010). *Résultats du sondage de la clientèle 2010*, rapport final présenté au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal, p. 1-14.

Aucoin, Léonard (2012). « Les systèmes de santé dans le monde : Enjeux, défis, tendances », discours prononcé dans le cadre du Séminaire Pôle Santé – HEC Montréal, Montréal, 6 décembre 2012.

Barua, Bacchus (2013). *Provincial Healthcare Index 2013. Studies in Health Policy*, rapport de recherche, Montréal, Fraser Institute, 76 p.

Botton, Carole, Marie-Hélène Jobin et Haithem Nagati (2011). *La gestion de la performance en matière de chaîne d'approvisionnement intégrée*, article non publié [disponible lors du cours 6-525-03.A2011.J01], Montréal, HEC Montréal, 29 p.

Cayer, David (2009). *Les liens entre les différents types de culture organisationnelle et les formes de stratégie environnementale : une étude de cas multiple.* mémoire de maîtrise ès sciences, Montréal, HEC Montréal, p 27-37.

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (2008). *Plan d'organisation CHU Sainte-Justine*, Montréal, 50 p.

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (2010). *Plan stratégique 2011-2014 : Le patient au coeur des savoirs*, Montréal, 21 p.

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (2011). *Rapport annuel 2010-2011*. Montréal, 36 p.

Champagne, François, André-Pierre Contandriopoulos, Hung Nguyen *et al.* (2009). « Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé », dans *Colloque-exposition informatique-santé 2009 - 20e édition*, actes du colloque tenu du 30 septembre au 2 octobre 2009, Centre des Congrès de Québec, 57 p.

Champagne, François, André-Pierre Contandriopoulos, Julie Picot-Touché, François Béland et Hung Nguyen (2005). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS*, rapport technique R05-05, Montréal, Université de Montréal, 149 p.

Déraps, Sarah, Françoise Alarie et Louis Côté (2009). *Regard croisé sur le Réseau International des Hôpitaux et des Services de Santé Promoteurs de Santé (HPS) et Planetree inc.*, rapport ISBN 978-2-89510-593-0, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux, 52 p.

Docteur, Elizabeth et Angela Coulter (2012). *Patient-centeredness in Sweden's health system - an external assessment and six steps for progress*, rapport ISBN 978-91-87213-03-8, Stockholm, Swedish Agency for Health and Care Services (Vardanalys), 82 p.

Gouvernement du Québec (2012). *Comptes publics 2011-2012 - Volume 1*, rapport ISSN 1925-1815, Québec, Finances et Économie du Québec, 188 p.

Jacob, Réal (2003). « Travailler en réseau... Plus facile à dire qu'à faire! », dans *Lanaudière à l'heure de l'intervention intégrée*, actes du colloque tenu le 10 octobre 2003, Joliette, 39 p.

Jobin, Marie-Hélène (2005). *La gestion axée vers les résultats : un levier pour une plus grande performance des établissements en santé*, cahier de recherche du CETO n^{o} 05-01, Montréal, HEC Montréal, 18 p.

Jobin, Marie-Hélène (2004). *La gestion axée sur les résultats : synthèses de documents de référence de ministères et organismes du Gouvernement du Québec*, document de travail disponible lors du cours 6-525-03.A2011.J01, Montréal, HEC Montréal, 31 p.

Lehmann-Ortega, Laurence et Gérard Naro (2008). « Contrôle de gestion, capacités dynamiques et stratégies émergentes dans les organisations entrepreneuriales : la conception d'un balanced-scorecard comme « levier de contrôle interactif » » dans Congrès de l'AFC, actes du colloque tenu du 29 au 30 mai 2008, 25 p.

Malo, Hélène et Marie-Claire Pelletier (2010). « Agrément & *Planetree* : Une combinaison gagnante pour intégrer la qualité dans nos organisations » dans Colloque Conseil Québécois d'Agrément, actes de colloque tenu du 13 au 14 octobre 2010, 43 p.

Marier, Claude (2007). *La gestion des ressources humaines : d'hier à aujourd'hui ...*, journal du Groupe Secor (avril 2007), Montréal, 1 p. <http://www.secorgroup.com/files/pdf/ARTICLES/2007_04_gestion_rh.pdf>

McGillis Hall, Linda et Diane Irvine Foran (2001). *A Study of the Impact of Nursing Staff Mix Models and Organizational Change Strategies on Patient, System and Nurse Outcomes*, rapport sommaire, Toronto, Ontario Council of Teaching Hospitals (OCOTH) et Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF), 15 p. <http://fhs.mcmaster.ca/nru/documents/web.McGillis%20Hall.pdf>

Mesny, Anne (2012). *Séance 8 : Les enjeux méthodologiques*, notes de cours 6-040-02.H2012.J01, Montréal, HEC Montréal, 15 p.

Ministère de la santé et des services sociaux (2012). *Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec (du 1er octobre 2011 au 31 mars 2012)*, rapport n° 12-735-01W, Québec, MSSS, 115 p.

Ministère de la santé et des services sociaux. *Plan stratégique 2010-2015*, Québec, 55 p. No de référence : ISBN 978-2-550-58702-6. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>

Nobre, Thierry (2011). *L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements* dans 20ème Congrès de l'AFC, actes du colloque tenu en mai 1999, France, 18 p.

Picker Institute et *Planetree* Inc. (2010). *Long-term Care Improvement Guide*, Derby et Camden, 279 p.

Planetree (2012a). *Planetree Recognition Tiers At A Glance - Domestic Criteria*, document de travail, 3 p.

Planetree (2012b). *Application for Planetree Merit Award fo Achievement in Patient-Centered Care*, document de travail, 59 p.

Planetree (2010). *Planetree Designation Process Manual 2010*, document de travail, 87 p.

Renaud, Martine (2008). *Le transfert des connaissances tacites des cadres en fin de carrière du secteur de la santé et des services sociaux au Québec.* mémoire de maîtrise ès sciences, HEC Montréal, Montréal, p. 38-50.

Rondeau, Alain (2002). « La réorganisation des soins et du travail en santé au Québec : trois modèles émergents » dans Séminaires CETO, présentation faite le 5 février 2002, Montréal, HEC Montréal, p. 1-26.

Rouleau, Linda (2012). *Théories des organisations*, plan de cours 6-402-81.H2012.J01, Montréal, HEC Montréal, 11 p.

Réseau *Planetree* Québec (2013). *Pourquoi Planetree?*, brochure promotionnelle, Sherbrooke, 12 p.

Réseau *Planetree* Québec (2012a). *Caractéristiques et applications de pratiques misant sur les dix composantes*, document de travail, Sherbrooke, 5 p.

Réseau *Planetree* Québec (2012b). *Évaluation organisationnelle CHU Sainte-Justine : rapport détaillé des sites pilotes*, rapport détaillé, Sherbrooke, 77 p.

Réseau *Planetree* Québec (2012c). *Le cahier du participant*, document de travail, Sherbrooke, 24 p.

Réseau *Planetree* Québec (2012d). *Rapport annuel 2011-2012*, 16 p.

Réseau *Planetree* Québec (2012e). *Programme de reconnaissance des progrès d'implantation du modèle Planetree*, document de travail, Sherbrooke, 31 p.

Réseau *Planetree* Québec (2011a). *Planetree : Un modèle de cohérence entre ce que l'on est et ce que l'on fait*, brochure promotionnelle, Sherbrooke, 8 p.

Réseau *Planetree* Québec (2011b). *Critères pour la désignation internationale Planetree et conseils de mise en œuvre*, Sherbrooke, 35 p.

Réseau *Planetree* Québec (2011c). *Guide pratique sur les composantes Planetree*, Sherbrooke, 12 p.

Réseau *Planetree* Québec (2011d). *Demande de désignation internationale Planetree et outil d'auto-évaluation*, document de travail, Sherbrooke, 21 p.

Réseau *Planetree* Québec (2011e). *Rapport annuel 2010-2011*, 20 p.

Réseau *Planetree* Québec (2010). *Bilan des réussites 2009-2010*, 24 p.

Réseau *Planetree* Québec (2008). *Outil d'auto-évaluation*, document de travail traduit de *Planetree* et Picker Institute, p. 9-18.

Scholey, Cameron (2008). « Utilisation des cartes stratégiques pour accroître la performance des organismes sans but lucratif », document ISBN : 1-55302-218-1, CMA Canada et AICPA, 42 p.

SECOR (2012). *Brochure IME*, Montréal, 4 p. <http://www.secorgroup.com/files/pdf/plaquette_mobilisation_fr.pdf>

Shaller, Dale (2007). *Patient-Centered Care : What Does It Take?*, 34 p. <http://www.commonwealthfund.org/~/media/Files/Publications/Fund%20Report/2007/Oct/Patient%20Centered%20Care%20%20What%20Does%20It%20Take/Shaller_patient%20centeredcarewhatdoesittake_1067%20pdf.pdf>

Silow-Carroll, Sharon, Tanya Alteras et Larry Stepnick (2007). *Patient-Centered Care for Underserved Populations: Definition and Best Practices*. Washington, Economic and Social Research Institute et W.K. Kellogg Foundation, 42 p.

Sites internet

Pages liées au modèle de soins *Planetree*

http://planetree.org/

http://www.reseauplanetree.org

http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/, page consultée le 21 novembre 2012.

http://planetree.org/?page_id=510, page consultée le 21 novembre 2012.

http://reseauplanetree.org/organisation/modeles/, page consultée le 4 janvier 2013.

Pages liées au CHU Sainte-Justine

http://www.chu-sainte-justine.org/apropos/page.aspx?id_page=3755&id_menu=653&ItemID=2a, page consultée le 27 février 2013.

http://www.chu-sainte-justine.org/cliniques/UA.aspx?item=90800, page consultée le 26 février 2013.

http://www.chu-sainte-justine.org/cliniques/page.aspx?Id_Page=10004929&item=91400, page consultée le 21 février 2013.

http://www.chu-sainte-justine.org/Apropos/nouvelle.aspx?ID_NOUVELLES=53312, page consultée le 21 février 2013.

http://www.chu-sainte-justine.org/documents/General/pdf/PDF-2011/depliant_securite.pdf, page consultée le 5 février 2013.

http://www.chu-sainte-justine.org/cliniques/ua.aspx?item=91400, page consultée le 31 janvier 2013

http://www.chu-sainte-justine.org/cliniques/page.aspx?Id_Page=10005208&item=91400, page consultée le 29 janvier 2013.

http://www.chu-sainte-justine.org/Apropos/nouvelle.aspx?ID_NOUVELLES=52994, page consultée le 24 janvier 2013.

http://www.chu-sainte-justine.org, page consultée le 4 janvier 2013.

http://www.chu-sainte-justine.org/documents/General/pdf/organigramme.pdf, page consultée le 4 janvier 2013.

Autres pages consultées

http://www.accreditation.ca/a-propos/, page consultée le 3 mars 2013.

http://www.thechildren.com/, page consultée le 21 février 2013.

http://fondationduchildren.com/un-children-tout-neuf/construction.php, page consultée le 21 février 2013.

http://www.ebaptisthealthcare.org/Homepage/, page consultée le 12 février 2013.

http://www.mayoclinic.com/, page consultée le 12 février 2013.

http://www.stamfordhospital.org/, page consultée le 12 février 2013.

http://www.centredereadaptationestrie.org/, page consultée le 12 février 2013.

http://www.lapresse.ca/debats/debat-du-jour/201105/27/01-4403612-debats-urgences-peut-on-reduire-le-temps-dattente-votre-point-de-vue.php, page consultée le 25 janvier 2013

http://www.defiemployeursinspirants.com/questionnaire.aspx, page consultée le 17 janvier 2013.

http://www.qualitadmin.com/2011/08/conduire-le-changement-selon-john.html, page consultée le 4 janvier 2013

http://www.med.umontreal.ca/faculte/bureau_facultaire_expertise_patient_partenaire/index.html, page consultée le 21 novembre 2012.

http://www.bnq.qc.ca/fr/communique/norme_sante_approche.html, page consultée le 21 novembre 2012.

http://www.agrement-quebecois.ca/site.asp?page=element&nIDElement=2258, page consultée le 21 novembre 2012.

http://web.hec.ca/chgm/, page consultée le 21 novembre 2012.

http://www.bomabest.com/fr/, page consultée le 21 novembre 2012.

http://www.balancedscorecard.org, page consultée le 18 juillet 2012.