

Mario ROY

*Professeur titulaire - Faculté d'administration
Université de Sherbrooke, Québec*

Madeleine AUDET

*Professeure adjointe - Faculté d'administration
Université de Sherbrooke, Québec*

Johanne ARCHAMBAULT

*Directrice
Direction de la coordination des affaires académiques
Centre de santé et de services sociaux
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Québec*

Chantal BOUCHER

*Directrice
Organisation des soins et du travail
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Québec*

Organisation du travail interétablissements L'approche innovante de la communauté stratégique

Une équipe interdisciplinaire de personnels soignants et de cadres de premier niveau de trois établissements de la région Estrie (Québec) ont conjugué leurs efforts pour améliorer les soins destinés aux personnes vivant avec le cancer, en transformant l'organisation du travail interétablissements par une approche en communauté stratégique. Cette structure de collaboration est composée de gestionnaires et/ou personnels de coordination, de professionnels, de spécialistes et même de clients. Leur mandat consiste à générer, puis à mettre en pratique, des idées nouvelles concernant des services à offrir ou produits à créer.

Les systèmes publics de santé et de services sociaux des sociétés occidentales, dont celui du Québec, sont confrontés à des défis grandissants qui les obligent à revoir en profondeur leurs façons de faire : vieillissement de la population, pénurie de main-d'œuvre spécialisée engendrée par les départs massifs à la

retraite des baby-boomers, accélération des avancées scientifiques qui modifient sensiblement les protocoles et pratiques de soins, avènement des technologies de l'information... À ceci s'ajoute la croissance constante, depuis dix ans, du budget de la santé qui atteint maintenant 23 milliards d'euros, au Québec uniquement.

Comment préserver, dans un tel contexte, l'accessibilité et la qualité des services à la population, tout en tentant de réduire la pression sur les personnels en charge de dispenser les soins ?

Diverses stratégies de changement ont été adoptées ces dernières années, avec des succès variables. Alors que certaines approches dites structurelles cherchent à réaliser des économies d'échelle en fusionnant les établissements, d'autres visent à améliorer les processus de travail (réingénierie, *lean management* ¹, Kaizen ²) pour accroître l'efficacité et l'efficacé interne des unités. D'autres encore mettent l'accent sur une philosophie d'humanisation des pratiques de gestion et de soins (Planetree ³, *magnet hospital* ⁴).

En Estrie, au Québec, un hôpital universitaire, deux établissements de santé de première ligne ⁵ et la chaire d'étude en organisation du travail (CEOT) de l'université de Sherbrooke ont constitué un partenariat pour expérimenter une approche totalement différente, la communauté stratégique. Objectif : *trouver des solutions novatrices pour transformer l'organisation interétablissements du travail* de façon à

répondre aux besoins de la clientèle vivant avec un cancer.

Un ensemble d'établissements regroupés en réseaux

Le système socio-sanitaire québécois s'appuie sur un ensemble d'établissements indépendants exerçant des missions complémentaires, et regroupés en réseaux pour desservir des populations locales. Il est donc courant qu'un patient vivant avec un cancer ou ses proches aient à interagir avec divers professionnels de la santé (médecins spécialistes, infirmiers, ergothérapeutes, travailleurs sociaux...), membres d'établissements différents, tout au long du parcours de soins et services. Par exemple, les soins aigus de chirurgie et de chimiothérapie sont dispensés sur le site 1 de l'hôpital, alors que les soins de rétablissements à domicile relèvent des établissements de soins de première ligne. Quant aux soins palliatifs, ils sont souvent dispensés, en

partie par les établissements de soins de première ligne, et en partie sur le site 2 de l'hôpital, en fonction de l'état de santé et des préférences des patients.

Dans ce contexte, l'interdépendance des milieux est significative. Les activités ayant une incidence à l'interface des établissements revêtent une importance marquée si l'on veut éviter le

dédouement de tâches (reprise évitable des diagnostics, dossiers ou interventions, multiples répétitions de l'histoire du patient, etc.), la perte d'information entre établissements et les erreurs médicales, les bris de continuité ou les ralentissements indus de services (listes d'attente à chaque point de service). C'est ainsi qu'une approche par communauté stratégique a été

1. Le « *lean management* » est une approche qui vise à optimiser la performance des processus organisationnels par l'élimination de toutes les activités ou éléments inutiles ou sans valeur ajoutée (ex : gaspillage, délais, etc.).
2. Le « *kaizen* » est une technique d'amélioration continue qui s'appuie sur l'utilisation d'équipes de projets dont le mandat consiste à résoudre des problèmes identifiés dans le fonctionnement des organisations.
3. « *Planetree* » est un regroupement d'établissements

de santé qui adhèrent à une philosophie de soins et de traitement holistique du patient (corps, pensée, esprit) qui visent à créer des milieux préoccupés par le bien-être des patients, de leur famille et du personnel soignant.

4. Le « *magnet hospital* » ou hôpital attractif est un hôpital qui met en place diverses pratiques de gestion visant à attirer et à retenir le personnel en partant du principe qu'un niveau élevé de satisfaction professionnelle du personnel soignant est associé à un niveau

élevé de qualité des soins.

5. L'hôpital est le centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) situé en milieu urbain. Il offre des services sur deux sites (site 1 : Fleurimont et site 2 : Hôtel-Dieu) ; les deux établissements de première ligne sont le centre de santé et de services sociaux - institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) situé aussi en milieu urbain, et le centre de santé et de services sociaux du Granit, implanté en milieu semi-rural.

Organisation du travail interétablissements



Actualités

Droit et jurisprudence

Investissements

Sur le web

GPMCI

Réflexions hospitalières

International

Librairie

Offres d'emploi

FORMATION CONTINUE

TEMPS PARTIEL BAC+5 SUR UNE ANNÉE

compatible avec la poursuite de l'activité professionnelle (2,5 jours bloqués tous les 15 jours)

NOUVEAU

Master 2

MANAGEMENT DES ORGANISATIONS DE SANTÉ



/// Objectifs

- > Comprendre les enjeux et maîtriser les évolutions du secteur de la santé (Loi HPST, Nouvelle gouvernance, éthique, T2A, EPRD, place du patient)
- > Savoir évaluer des situations de gestion en combinant les concepts et outils de différentes spécialités de gestion (stratégie, comptabilité/finance, gestion des ressources humaines, marketing, logistique, systèmes d'information...)
- > Savoir formuler et prendre en compte les logiques de management dans les décisions opérationnelles et dans les processus de décision et de mise en œuvre stratégique
- > Développer les compétences transversales d'encadrement pour conduire les projets de transformation en cours dans les organisations de santé

/// Publics

- > Cadres de santé, cadres administratifs, cadres techniques, cadres médico-sociaux
- > Ou personnels appelées à exercer des fonctions d'encadrement (citées plus haut) au sein des organisations de santé publics et privés cadres de santé

Inscrivez-vous vite en ligne
www.em-strasbourg.eu

Thèmes abordés : Enjeux et évolutions du secteur de la santé (Loi HPST, Nouvelle gouvernance, éthique) • Stratégie et pilotage d'établissement • Management financier et budgétaire (T2A, EPRD) • Management de la performance • Pilotage des systèmes d'information médicoéconomiques • Gestion de projet • Gestion des Ressources Humaines et Management d'équipe (gestion des emplois et des compétences...) • Techniques de Négociation : Concepts de négociation, Méthode permettant d'améliorer l'efficacité de la négociation • Accompagnement et gestion du changement • Marketing et santé • Qualité et gestion des risques

École de
Management
Strasbourg
UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
www.em-strasbourg.eu

Rentrée 2010

Inscriptions jusqu'au 14 juin 2010 sur www.em-strasbourg.eu

61 avenue de la Forêt-Noire - F - 67085 Strasbourg cedex

Contact : Laurent Warth

Tél. +33 (0)3 68 85 87 62 - laurent.warth@em-strasbourg.eu



expérimentée. Objectifs : permettre à trois établissements de réviser ensemble, et en réseau, une organisation du travail interétablissements et mettre en œuvre, simultanément, des changements souhaités par tous.

Qu'est-ce qu'une communauté stratégique ?

La communauté stratégique (CS) est essentiellement une structure de collaboration interorganisationnelle *ad hoc*, composée de gestionnaires et/ou personnels de coordination, de professionnels, de spécialistes et même de clients dont le mandat consiste à générer et à mettre en pratique des idées nouvelles concernant des services à offrir ou produits à créer. Elle peut être utilisée avec une diversité de clientèles et de problèmes de santé, quoique le premier essai ait porté sur les personnes vivant avec un cancer.

Les membres de la communauté sont sélectionnés sur la base de leur crédibilité au sein des divers milieux et de la variété de l'expertise requise pour réaliser ces travaux. L'approche de la communauté stratégique se distingue des stratégies traditionnelles à divers égards.

>> Une perspective du changement « réseaux » plutôt que « silos »

Premièrement, c'est une stratégie qui aborde les changements en adoptant une perspective « réseaux » plutôt que « silos ». Par contraste avec les stratégies courantes centrées sur l'amélioration des processus existants confinés à l'intérieur des établissements, la communauté stratégique vise à imaginer de nouveaux processus et de nouvelles pratiques à partir de sa compréhension de l'expérience du client et de ses interactions avec les diverses composantes du système de santé : fait-on bien ce pourquoi on existe ? Devrait-on transférer des activités à d'autres organismes ou établissements pour mieux répondre aux besoins du client ? En rapatrier d'autres ? Quelle est la ressource la plus appropriée pour

dispenser le soin requis ? Certains traitements pourraient-ils être auto-administrés par les patients eux-mêmes ?

La communauté stratégique adopte une perspective globale et transversale de l'organisation du travail en centrant son attention sur l'ensemble du continuum de soins, depuis le diagnostic initial jusqu'au rétablissement complet ou l'accompagnement en fin de vie des personnes touchées. Cette façon de procéder peut sembler complexe à première vue. Elle apparaît incontournable si l'on veut améliorer la fluidité du continuum de soins et s'assurer que chaque geste est posé par la bonne personne, au bon moment et au bon endroit. Le fait que les participants soient issus de plusieurs établissements permet à ces derniers de se dégager des paradigmes dominants dans leur milieu. Elle les autorise à donner libre cours aux processus dynamiques de création d'idées nouvelles dans un cadre moins formel que celui où ils évoluent habituellement. Ainsi, il devient possible d'exposer une diversité de points de vue et de concilier des perspectives pour imaginer des solutions nouvelles qui n'auraient jamais pu voir le jour dans le contexte de travail de chacun des participants.

>> Une approche ascendante du changement

Deuxièmement, la communauté stratégique constitue une approche ascendante (*bottom up*) de changement plutôt que descendante (*top down*). De façon typique, les changements organisationnels sont envisagés, planifiés et gérés par les dirigeants qui adoptent une perspective d'ensemble de leur système à partir du sommet hiérarchique. Les cadres supérieurs déterminent la nature des changements à implanter et procèdent à leur mise en œuvre en cascade vers le bas de l'organisation, en s'appuyant sur les cadres intermédiaires selon un calendrier préétabli, des mécanismes de communication et d'information et des activités de formation lorsque la situation le requiert.

Par contraste, la communauté stratégique s'appuie dès le départ sur ceux qui assurent le service, de manière à imaginer et mettre en place de nouvelles façons de répartir, réaliser et coordonner le travail en réseau. De telle sorte que ce sont les systèmes, et les structures, qui sont appelés à s'ajuster aux travaux mis en œuvre par la communauté pour répondre au besoin du client. Cette caractéristique de l'approche est contre-culturelle pour les bureaucraties professionnelles très hiérarchisées que sont les établissements de santé et services sociaux : la difficulté est à considérer lors de l'introduction des changements.

>> Un parti pris pour l'action

Troisièmement, la communauté stratégique, telle qu'elle a été appliquée ici, présente un parti pris pour l'action. Les approches traditionnelles recommandent une planification rigoureuse et extensive de tout projet de changement avant de passer à l'action. La planification permet d'identifier à l'avance les obstacles probables et de prévoir les modalités susceptibles de les lever au moment où ils se présenteront. La planification permet aussi d'ordonner le projet dans le temps, de répartir les efforts et de réduire l'incertitude associée au projet de changement.

L'approche de la communauté stratégique privilégie plutôt de réduire la planification à sa plus simple expression, de démarrer l'introduction des changements au plus tôt, de façon localisée, et de consacrer des efforts sur le terrain pour permettre l'ajustement des systèmes à la nouvelle réalité générée par la mise œuvre des changements. On considère que l'évolution de la situation est tellement rapide au sein du réseau de santé que, entre le début et la fin de la planification d'un changement, la situation de départ est largement altérée. Dès lors, les efforts consacrés à une planification extensive sont régulièrement obsolètes avant qu'on ait pu passer à la mise en œuvre.



Le système de soins est reconnu d'autre part comme étant complexe et peu flexible. L'introduction d'un changement y engendre donc des difficultés non prévues en raison, notamment, des réactions des acteurs du système. De plus, le contexte d'offre de soins est très différent d'un milieu à l'autre. Les changements comportent des incidences tellement nombreuses qu'il apparaît peu réaliste de tenter de tout prévoir dans un délai opportun. En conséquence, il est jugé préférable de résoudre les difficultés au fur et à mesure de leur apparition sur le terrain, plutôt que de perdre le rythme de mise en œuvre du changement.

Structure utilisée dans le continuum de soins d'oncologie/soins palliatifs

Dans le cas de l'Estrie, la communauté stratégique relevait hiérarchiquement d'un comité directeur. Celui-ci était composé des directeurs généraux des établissements partenaires, d'un cadre supérieur de chaque établissement (dont le rôle consistait à agir comme porte-parole du projet auprès des divers services, unités de soins et paliers de leur organisation respective), d'une conseillère-facilita-

trice et des chercheurs de la CEOT. Le comité directeur a suivi les travaux de la communauté stratégique sur une base mensuelle. Il s'est efforcé de créer les conditions favorables à la réussite des expérimentations. Cette structure présentait l'avantage de la simplicité et de court-circuiter, dans une certaine mesure, les lourds mécanismes habituels d'approbation préalables auprès des diverses instances organisationnelles. Et ce, avant qu'il soit possible de passer à l'action et d'expérimenter les idées émises au sein de la communauté stratégique. Au préalable, des rencontres ont été tenues avec les représentants syndicaux et professionnels des établissements. Objectifs : les informer des particularités de l'approche de la communauté stratégique, et favoriser leur ouverture à la réalisation d'expérimentations susceptibles d'affecter le fonctionnement existant.

Travaux et résultats

L'expérimentation de l'approche s'est étalée sur deux années au cours desquelles deux communautés stratégiques se sont succédé auprès de la même clientèle. Pour remplir leur mandat, les membres se sont réunis

pendant les heures de travail sur une base régulière qui a varié dans le temps (plus intense lors du démarrage).

Après avoir analysé le parcours de soins et s'être informés mutuellement sur les activités et le fonctionnement des unités de travail dans chacun des établissements, les membres de la première communauté ont identifié plus d'une vingtaine de possibilités d'amélioration tout au long du parcours de soins. Les participants sont toutefois arrivés à la conclusion qu'aucun de ces projets impliquant la collaboration interétablissements ne pouvait se réaliser sans une transformation préalable de l'organisation du travail à l'intérieur de chacun des milieux visés, de façon à rendre possibles les arrimages interétablissements.

>> Une équipe de soins stable ou dédiée sur chaque site

L'idée d'introduire dans chacun des sites une équipe de soins stable ou dédiée a été retenue comme projet initial. Sans une certaine stabilité des personnels au sein de chacun des milieux, il était inutile d'espérer procéder à d'autres changements. En effet,

Organisation du travail interétablissements L'approche innovante de la communauté stratégique



GPMCI

Sur le web

Investissements

Droit et
jurisprudence

Actualités

Réflexions
hospitalières

International

Librairie

Offres
d'emploi

si le personnel change constamment sur une base journalière, comment s'entendre sur des pratiques communes? Compte tenu de l'importance de la réorganisation impliquée par ce projet, entre quatre et neuf mois ont été nécessaires pour procéder à la mise en place des équipes stables dans chacune des unités concernées.

Dans les deux établissements de première ligne, la clientèle vivant avec un cancer n'était pas différenciée des autres clientèles. Elle était prise en charge au cas par cas par le personnel disponible au moment de la demande. Avec l'équipe dédiée, les patients les plus vulnérables sont maintenant identifiés et suivis par la même équipe interdisciplinaire qui prend en charge les cas les plus complexes. L'équipe dédiée à cette clientèle a été constituée à partir de personnels soignants et de professionnels (infirmière, travailleuse sociale et auxiliaire aux services de santé et sociaux) rattachés auparavant à des unités différentes.

>> Un changement assez éprouvant pour les unités

Ce changement, qui pouvait sembler anodin et localisé, a été assez éprouvant. Il a eu pour effet de modifier la logique de la structure de l'organisation des soins et services qui prévalait au sein de l'un des établissements de première ligne. L'une des cadres a qualifié cet épisode de « grand dérangement » pour bien illustrer les effets immédiats ressentis dans les unités de travail.

À l'hôpital universitaire, la clientèle était largement regroupée dans des unités spécialisées. Sur le site 1, le travail sur l'unité d'hémo-oncologie a été entièrement réorganisé pour constituer des équipes relativement stables auprès de groupes déterminés de patients. Ce changement a amené la réduction du requis infirmier, le remplacement d'infirmières par des infirmières auxiliaires et l'ajout d'un

poste de réceptionniste. Sur le site 2, à l'unité de soins palliatifs, le travail était déjà organisé en équipe, mais l'ajout de ressources (préposée et réceptionniste) s'est avéré nécessaire pour consolider les interventions auprès de la clientèle. L'un des effets du travail en équipe a été de libérer les infirmières de tâches (comme le bain des patients) susceptibles d'être réalisées par les autres corps de métiers

>> Une amélioration de la satisfaction au travail

À l'issue de l'expérimentation, les entrevues réalisées auprès du personnel ayant travaillé au sein d'une équipe stable ou dédiée indiquent clairement que les participants ont apprécié l'expérience, et ne souhaitent pas revenir à la situation antérieure. Une fois les difficultés de démarrage et d'apprivoisement des nouveaux rôles dépassées, les intervenants perçoivent une amélioration de leur efficacité et de leur satisfaction au travail.

Le sentiment d'appartenance envers le milieu de travail a augmenté. Plusieurs participants ont découvert un intérêt accru à travailler auprès de la clientèle vivant avec un cancer.

Le fait de travailler en équipe permet au personnel de recentrer son travail sur les tâches pour lesquelles il est le mieux formé et d'intégrer dans les routines de travail le plan thérapeutique infirmier (PTI) ⁶.

Avant l'expérimentation, les infirmières rapportaient devoir effectuer fréquemment des tâches administratives ou des soins qui pouvaient très bien être prodigués par une infirmière auxiliaire ou une préposée. Le fait de travailler en équipe permet aux différents intervenants de mieux se connaître et d'être à même d'apprécier et d'anticiper la contribution des autres dans l'épisode de soins.

On remarque aussi une intervention plus rapide des autres professionnels et personnels soignants dans les dossiers, tant au sein des établissements de première ligne que de l'hôpital. Les infirmières auxiliaires et les préposées ou

les auxiliaires aux services de santé et sociaux se sentent valorisées dans leur rôle, particulièrement en établissement de première ligne où leur contribution aux soins à domicile permet à l'équipe dédiée de garder un suivi plus étroit de l'évolution de la condition du patient.

>> Une diminution du stress chez les professionnels, les patients et leurs familles

Travailler en équipe a contribué chez plusieurs participants à diminuer le stress et la pression ressentis en raison du contexte de pénurie professionnelle. Ils perçoivent une meilleure continuité dans les soins et services offerts et font confiance aux membres de leur équipe pour assurer un suivi lorsqu'ils doivent s'absenter.

Les liens interétablissements sont aussi facilités parce que les personnes se connaissent et peuvent se contacter sur une base plus personnalisée.

Plus important encore, plusieurs ont noté une diminution de l'anxiété et du stress vécus par les patients et leur famille. La stabilité des équipes permet notamment d'établir avec eux une meilleure relation de confiance. À l'usage, on a pu observer qu'il suffit au patient qu'au moins un membre de l'équipe soignante demeure stable (dans le temps) pour maintenir l'impression de continuité.

De l'avis de l'ensemble des répondants, l'organisation du travail en équipe permet de mieux contrer la pénurie professionnelle : un effet positif de la synergie et de la solidarité des membres, qui s'entraident pour faire face à la charge de travail. Les entrevues effectuées auprès de patients ayant reçu les soins et services prodigués par une équipe stable ou dédiée font ressortir une appréciation qualitative nettement plus positive de leur expérience de soins. Même si les patients étaient déjà dans l'ensemble satisfaits avant l'expérimentation, ceux que nous avons rencontrés en fin d'expérimentation nous ont fait part d'un niveau de satisfaction encore plus élevé. Ils ont mentionné la qualité de la rela-

tion qui a pu être établie avec l'équipe soignante et les médecins spécialistes. Ils ont remarqué une continuité dans les services et une bonne circulation de l'information entre les membres du personnel. Par ailleurs, certains facteurs irritants mentionnés par les patients avant l'expérimentation (manque de flexibilité du personnel, manque d'empathie des médecins spécialistes, service parfois expéditif) n'ont pas été relevés après l'expérimentation.

L'expérience de la première communauté stratégique a donné l'occasion aux personnels des établissements de se connaître. Lorsqu'un patient doit changer d'établissement, la communication s'en trouve accélérée. Chaque individu peut se référer à une personne identifiée et à son numéro de téléphone pour poser des questions, ou obtenir des précisions lorsque de nouvelles techniques de soin sont instaurées. Pour les membres de l'établissement de première ligne de milieu semi-rural, ce lien est précieux et permet de sauver beaucoup de temps.

Les travaux de la première communauté ont mis en lumière la nécessité d'intégrer les gestionnaires de premier niveau à la communauté stratégique. Leur présence facilite et accélère la mise en œuvre des changements. Une deuxième communauté stratégique a ainsi été constituée. Elle s'est attelée à la tâche de sélectionner et réaliser trois projets susceptibles d'être réalisés à court terme, compte tenu du calendrier prévu pour la complétion de la recherche.

>> Une nouvelle communauté stratégique et trois projets complémentaires

Forte de l'expérience acquise à l'aide des travaux de la première communauté, les trois projets suivants, complémentaires à la mise en place d'équipes de soins stables pour les personnes vivant avec un cancer, ont pu être réalisés dans les délais impartis :

- l'introduction à l'hôpital de structures de soutien associatives et bénévoles auprès des patients,

- l'auto-administration répétitive du Neupogen⁷ par les patients aptes à le faire,
- l'adoption de délégations permanentes d'actes aux infirmières par les médecins de l'hôpital, et des deux établissements de première ligne. Ceci afin d'éviter les délais liés à l'obtention d'une prescription médicale pour une action courante auprès des personnes ayant subi une intervention liée au cancer (ex : ordonnance collective pour le retrait d'agrafes de type Port-à-Cath).

>> Un mécanisme permanent d'amélioration continue interétablissements

Ces projets ont donné des résultats positifs après seulement quelques mois. Leur réussite a conduit les établissements partenaires concernés à se doter d'un mécanisme permanent d'amélioration continue interétablissements. Celui-ci permettra de poursuivre les travaux initiés par les communautés stratégiques dans le parcours de soins

destinés aux personnes vivant avec un cancer. Ce mécanisme prévoit, notamment, le partage des expériences acquises avec les autres établissements de première ligne en Estrie.

>> Expérimentation prévue auprès de la clientèle nécessitant des soins et services en santé mentale

La communauté stratégique s'est réveillée à l'usage être une approche relativement exigeante, mais appropriée pour transformer l'organisation du travail lorsque l'on désire répondre aux besoins de clientèles vulnérables qui requièrent une collaboration interétablissements élevée. Elle présente l'avantage d'être bien ancrée dans la réalité du terrain et permet d'apprendre dans l'action. Compte tenu des résultats probants obtenus auprès de la clientèle vivant avec un cancer, les partenaires ont décidé d'expérimenter l'approche de la communauté stratégique auprès de la clientèle nécessitant des soins et services en santé mentale. ■

6. Suite à l'adoption de la loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (loi 90), un plan thérapeutique infirmier (PTI) doit

être déterminé par l'infirmière et conservé au dossier du patient. Cette mesure, obligatoire à partir d'avril 2009, n'était pas encore intégrée dans les pratiques de travail au début

du projet.

7. Le Neupogen est un médicament que le patient peut s'injecter lui-même lorsqu'on lui donne l'entraînement requis.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, la fondation de recherche en administration de l'université de Sherbrooke, le centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, le centre de santé et de services sociaux – institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et le centre de santé et de service sociaux du Granit pour leur soutien financier et matériel dans le cadre de ce projet.