

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DES EXPÉRIMENTATIONS

Cette synthèse présente les résultats et constats auxquels sont parvenus les chercheurs et cochercheurs impliqués dans la recherche-action Projet TOT. Le Projet TOT est né d'un partenariat entre trois établissements du réseau de la santé en Estrie (CHUS, CSSS-IUGS, CSSS du Granit) et la Chaire d'étude en organisation du travail (CÉOT) de la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke. Ce projet de recherche a débuté officiellement en septembre 2007 et les expérimentations ont pris fin en mai 2009. Les objectifs poursuivis par le projet sont les suivants :

- Favoriser, par la création d'une communauté stratégique, la génération, l'expérimentation et l'évaluation d'idées novatrices en transformation de l'organisation du travail interétablissements;
- Permettre aux trois établissements de maintenir et si possible d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services dans un contexte de pénurie de ressources tout en diminuant la pression sur les personnels.

Une communauté stratégique est une structure ad hoc et temporaire de collaboration interétablissements en vue d'introduire des innovations qui débordent le champ d'action de chacun des milieux pris isolément. Elle est constituée de personnes considérées comme des leaders dans leur milieu respectif, provenant essentiellement des niveaux opérationnel et fonctionnel de l'organisation, et choisies pour leur connaissance d'une clientèle particulière. Les résultats de l'expérience relatée ici concernent la clientèle vivant avec le cancer et recevant des soins soit en oncologie, soit en soins palliatifs. Deux communautés stratégiques distinctes ont été créées consécutivement¹ et quatre expérimentations de transformation de l'organisation du travail ont été menées grâce aux travaux réalisés.

Les expérimentations

1. Introduction d'équipes de soins stables ou dédiées à la clientèle vivant avec un cancer dans les trois établissements partenaires.

Contexte du choix de cette expérimentation.

La première communauté stratégique, après avoir dressé un portrait de la situation qui prévalait dans la région de Sherbrooke et du Granit en ce qui a trait à la dispensation des soins et services à la clientèle vivant avec un cancer, et après avoir pris connaissance des travaux déjà réalisés dans ces régions (projet clinique, implantation des infirmières pivots, etc.), a proposé une vingtaine de projets potentiellement porteurs d'améliorations pour la clientèle dans un contexte de pénurie de ressources. Les participants sont toutefois arrivés à la conclusion qu'aucun de ces projets impliquant la collaboration entre les

¹ Les membres de la première communauté stratégique se sont réunis de septembre 2007 à janvier 2008 à raison de deux jours par semaine et, par la suite, jusqu'en mai 2008 de façon ponctuelle, environ une fois par mois. Les membres de la deuxième communauté se sont réunis de novembre 2008 à avril 2009, à raison d'une demi-journée aux deux semaines.

établissements ne pouvait se réaliser sans une transformation préalable de l'organisation du travail à l'intérieur de chacun des milieux. L'idée d'introduire dans chacun des établissements une équipe de soins stable ou dédiée a donc été retenue.

Transformation réalisée

Au CSSS-IUGS, une équipe dédiée, constituée de personnel soignant et de professionnelles auparavant rattachés à deux directions (la Direction des services et des programmes aux personnes âgées ou en perte d'autonomie et la Direction des services généraux et des programmes spécifiques aux adultes), a été créée. La clientèle vivant avec le cancer n'était pas traitée distinctement des autres clientèles dans le fonctionnement antérieur. Avec l'équipe dédiée, les patients les plus vulnérables sont maintenant suivis par une équipe multidisciplinaire qui prend en charge les cas les plus complexes.

Au CSSS du Granit, la clientèle vivant avec un cancer n'était pas traitée de façon distincte. Le projet a permis d'identifier des ressources dédiées (infirmière, travailleuse sociale et auxiliaire aux services de santé et sociaux (ASSS)), a facilité l'introduction d'une infirmière auxiliaire pour travailler en collaboration avec l'infirmière auprès de cette clientèle et a dégagé l'infirmière de certaines tâches pour recentrer son rôle.

Au CHUS Fleurimont, le travail sur l'unité d'hémo-oncologie (7^e C) a été réorganisé pour stabiliser le personnel de jour. Auparavant, les infirmières et l'infirmière auxiliaire travaillaient isolément. La préposée couvrait l'ensemble des besoins de l'unité. Le projet a été l'occasion de procéder à une réévaluation de la composition du personnel sur l'unité de soins pour l'ajuster à des milieux comparables ainsi qu'au niveau de complexité des soins offerts à la clientèle. Après la transformation, trois équipes constituées d'une infirmière et d'une infirmière auxiliaire prennent en charge un groupe de patients. Une deuxième préposée se joint aux équipes. Un nouveau poste de réceptionniste a été créé pour alléger l'assistante infirmière-chef (AIC) d'un certain nombre de tâches administratives et mieux couvrir les périodes de repas et de changement de quarts de travail. Pendant six mois, des efforts particuliers ont été portés à la stabilisation du personnel soignant au sein des équipes : les mêmes personnes travaillent ensemble pour une période d'un mois, les remplacements lorsque nécessaires sont effectués en priorité par les mêmes personnes. Le personnel travaille auprès des mêmes patients plus longtemps. Au CHUS Hôtel-Dieu sur l'unité de soins palliatifs (6^e D), l'organisation du travail était déjà orientée autour du fonctionnement en équipe, mais la mise en place de ressources plus adaptées (préposée et réceptionniste) en fonction des tâches à réaliser a permis aux équipes en place de consacrer pleinement leurs interventions aux patients.

Résultats pour les patients

Les entrevues que nous avons effectuées auprès de patients ayant reçu les soins et services prodigués par une équipe stable ou dédiée font ressortir une appréciation qualitative nettement positive de leur expérience. Avant l'expérimentation, les patients faisaient part de leur satisfaction et soulignaient notamment la courtoisie du personnel et la compétence des médecins.

Ceux que nous avons rencontrés en fin d'expérimentation nous ont fait part de leur satisfaction élevée et ont mentionné la qualité de la relation qui a pu être établie avec l'équipe soignante et les médecins. Ils ont remarqué une continuité dans les services et une bonne circulation de l'information entre les membres du personnel. Par ailleurs, les irritants mentionnés par les patients rencontrés avant l'expérimentation (manque de flexibilité du personnel, manque d'empathie des médecins spécialistes, service parfois expéditif) ne sont pas relevés. Les pistes d'amélioration soulevées ont surtout trait à la bonification des liens de communication entre les établissements et entre les différents quarts de travail.

Les données de gestion colligées auprès des différents établissements montrent également que des efforts notables ont été faits pour améliorer la continuité relationnelle entre le personnel et les patients. Après l'expérimentation, la continuité relationnelle s'est grandement améliorée tant au CHUS qu'aux CSSS. Par exemple, l'unité d'hémo-oncologie au 7^e C, qui avait utilisé les services d'une infirmière de l'équipe volante à 26 reprises en un mois avant l'expérimentation, a vu ce ratio diminuer à 13,67 en cours d'expérimentation. Aux soins palliatifs du 6^e D, l'unité voyait passer 13 infirmières différentes en moyenne par mois; après l'expérimentation, ce ratio a diminué à 6,6. Au CSSS-IUGS, un patient en soins palliatifs suivi par l'équipe du Soutien à domicile (SAD) rencontrait en moyenne, avant l'expérimentation, 4,5 auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS). Pour une période comparable l'année suivante, les patients suivis par l'équipe dédiée ont rencontré en moyenne 1,4 ASSS. Au CSSS du Granit, ce ratio est passé de 2,1 ASSS à 1.

Nous avons aussi constaté un accroissement de la demande dans les deux CSSS, et les deux équipes dédiées ont été capables d'accroître leur capacité de réponse et de contribuer à l'effort collectif. Au CSSS-IUGS, le nombre total d'interventions réalisées auprès de la clientèle vivant avec un cancer a augmenté au cours de la période d'expérimentation et l'équipe dédiée a réalisé un nombre croissant d'interventions auprès des cas plus complexes (soins palliatifs), passant notamment de 53 % des interventions requises au SAD en soins palliatifs au début du projet à 88 % des interventions requises auprès de cette clientèle six mois plus tard. Quant au CHUS, aucune variation significative de la durée moyenne de séjour n'a été observée sur l'une ou l'autre des unités impliquées dans le projet. Par ailleurs, le travail en équipes stables ou dédiées a favorisé l'introduction plus rapide des intervenants autres que les infirmières dans l'épisode de soins. Dans les CSSS, l'expérimentation a aussi permis d'accroître l'accessibilité de la clientèle aux services psychosociaux.

Le personnel rapporte qu'avant l'expérimentation, un patient pouvait être appelé à répéter très souvent son histoire, en fait chaque fois qu'un nouveau professionnel se présentait dans le dossier, ce qui n'est plus le cas auprès des équipes stables ou dédiées. De plus, les intervenants travaillent plus souvent ensemble auprès des patients, ce qui diminue la dépendance des patients à un seul intervenant.

De façon générale, les membres du personnel ayant participé à l'expérimentation tant aux CSSS qu'au CHUS se sentent en mesure de faire un meilleur suivi des patients. Ils ont la perception d'offrir des services de qualité, d'avoir une meilleure prise en charge des cas. Ils constatent une amélioration de la continuité des soins. Plusieurs ont noté une diminution de l'anxiété et du stress chez les patients et la famille, la stabilité des équipes permettant notamment d'établir avec eux une meilleure relation de confiance.

Résultats pour le personnel

Les entrevues réalisées auprès du personnel ayant travaillé au sein d'une équipe stable ou dédiée indiquent clairement que les participants ont aimé 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. Leur sentiment d'appartenance envers leur milieu de travail a augmenté et plusieurs 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)². 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 aux CSSS qu'au CHUS. Les infirmières auxiliaires et les préposées ou ASSS se sentent valorisées dans leur rôle, particulièrement en CSSS 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. Pour plusieurs intervenants, le fait de travailler en équipe contribue à diminuer le stress et la pression qu'ils ressentent étant donné le contexte de pénurie. 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. Au CHUS, on a constaté une diminution de l'absentéisme sur le quart de jour pour les infirmières auxiliaires du 6^e D et sur tous les quarts pour les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés du 7^e C.

Constats organisationnels

L'expérience des équipes de soins stables ou dédiées a facilité l'introduction de changements qui devaient s'effectuer dans les établissements en lien avec l'organisation du travail et l'utilisation des possibilités offertes par la *Loi 90*, dont le PTI. Alors que, depuis plusieurs années, l'introduction des infirmières auxiliaires et des préposées ou ASSS au sein des équipes soulevait des problèmes d'ordre syndical et des préoccupations liées à la sécurité des soins, l'expérience positive des équipes stables ou dédiées montre qu'il est possible d'intégrer ces personnels de façon satisfaisante, valorisante et sécuritaire pour toutes les parties concernées.

Les échanges et activités de formation communes, de même que la collaboration interétablissements tout au long de l'expérience (conférences-midi, formation des travailleuses sociales par le CHUS, outils cliniques, comités conjoints du projet), ont conduit à une vision plus intégrée des soins aux personnes

² 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.

vivant avec un cancer, et ont permis de voir des opportunités de collaboration et d'en profiter. L'expérience a encouragé les initiatives et a permis de s'engager dans l'action sans devoir en fixer à l'avance toutes les modalités.

Constats en lien avec la pénurie de ressources

L'expérience montre que les initiatives identifiées par les membres des communautés stratégiques sont orientés vers l'amélioration des services et une recherche d'efficience. Il s'agit de « faire mieux autrement » plutôt que de « faire plus avec moins », ce qui est souvent demandé au personnel en contexte de pénurie. L'expérience des équipes de soins stables au CHUS en est une bonne illustration, puisqu'elle permet de diminuer le requis du nombre d'infirmières sur le quart de jour, mais augmente les requis pour trois autres catégories de personnel (infirmière auxiliaire, préposée et réceptionniste).

De façon générale, le personnel constate qu'il est moins difficile de travailler en équipe dans un contexte de pénurie que de travailler isolément. Il est rare qu'au sein d'une équipe personne ne soit en mesure de donner de l'information sur l'évolution de la condition d'un patient, alors que dans la situation inverse, les intervenants se font répondre plus fréquemment « je ne sais pas, je ne connais pas ce patient, c'est mon premier jour de travail auprès de lui ». Les intervenants constatent aussi que le fait de travailler en équipe diminue la dépendance du patient vis-à-vis une personne en particulier. Les remplacements sont plus faciles à préparer auprès des patients s'ils se sentent appuyés par une équipe. L'anxiété de perdre une personne significative dans leur parcours de soins diminue, ainsi que la crainte d'un bris de continuité. Au CHUS, cette transformation de l'organisation du travail a aussi eu comme effet secondaire de diminuer le recours à l'équipe volante.

Contexte du choix des expérimentations 2, 3 et 4

Suivant les travaux de la première communauté stratégique, la deuxième communauté stratégique en oncologie et en soins palliatifs visait à consolider les acquis de la première communauté et à expérimenter les nouvelles idées en matière d'organisation du travail en mettant essentiellement l'accent sur la mise en place d'initiatives interétablissements. Les expérimentations retenues devaient s'appuyer sur les travaux déjà réalisés (les équipes de soins stables et dédiées) et cibler encore plus spécifiquement des actions susceptibles d'aider les milieux à faire face à la pénurie. De plus, compte tenu de la durée relativement courte (six mois) du calendrier disponible, la deuxième communauté stratégique a choisi des projets ou des scénarios porteurs susceptibles d'être réalisés à très court terme.

2. Organiser une réponse précoce des organismes et intervenants communautaires dès l'annonce du diagnostic de cancer.

L'expérimentation visait à créer des liens personnalisés entre les clientèles et les organismes communautaires dès l'annonce du diagnostic, afin de pouvoir inciter les personnes qui en ont besoin à utiliser le plus tôt possible les services de soutien qui leur sont offerts par ces organismes. L'évaluation initiale des participants indiquait que certains patients ne recevaient pas tout le soutien dont ils avaient

besoin et rencontraient des difficultés importantes d'adaptation à la maladie, ce qui les conduisait à recourir davantage aux services des médecins et professionnels des établissements de santé.

Cette expérimentation a permis de mieux situer la contribution des organismes communautaires et des bénévoles durant le continuum de soins, la réponse des patients aux approches qui leur ont été faites ne correspondant pas aux attentes initiales. La sensibilisation à l'aide d'un kiosque tenu par des bénévoles sur les lieux de traitements de chimiothérapie et de radiothérapie, et l'information donnée par l'infirmière pivot, suivie d'une relance téléphonique effectuée par une intervenante d'organisme communautaire, n'ont pas donné les résultats escomptés. Ainsi, il est apparu qu'au début de l'épisode de soins, les gens veulent maintenir leur conviction qu'ils n'auront pas besoin d'aide et qu'ils parviendront à surmonter leur état (déli). À la lumière de ce constat qui s'est présenté de façon systématique, il a été convenu que la référence précoce ne serait réalisée que dans les cas où les patients présentent des besoins d'aide et de soutien immédiats et importants. Pour les autres, la référence précoce sera abandonnée. Par ailleurs, le kiosque d'information va demeurer. Le rôle des bénévoles est toutefois appelé à s'orienter davantage vers l'écoute et l'échange, de façon à mieux identifier les besoins des patients et à améliorer la référence vers les organismes appropriés.

Cette expérimentation a permis de créer de nouveaux liens de collaboration interétablissements entre le CHUS et les organismes communautaires, et de défaire la croyance selon laquelle les patients ont recours aux services des organismes communautaires tardivement parce qu'ils ne connaissent pas les services disponibles.

3. Autoadministration du Neupogen pour les patients qui en ont la capacité.

L'expérimentation visait à encourager les patients qui en ont la capacité à s'autoadministrer du Neupogen, libérant ainsi de cette tâche le personnel des services courants ou à domicile qui procède habituellement à ces injections, tout en permettant au patient de devenir un membre actif de l'équipe de soins, où il peut assumer des tâches selon ses capacités. Cette pratique a déjà cours dans d'autres régions. Deux conditions sont requises : les habiletés des patients doivent être évaluées et l'autoadministration doit se faire dans des conditions sécuritaires, ce qui implique une formation des patients. Comme l'expérimentation n'a débuté qu'en avril 2009, le nombre de patients sollicités pour participer à cette expérience est limité. Les résultats préliminaires sont toutefois contrastés. Au CSSS du Granit, les trois patients recevant du Neupogen ont accepté de s'autoadministrer le traitement. Quant au CSSS-IUGS, aucun des patients des services généraux recevant du Neupogen n'a été considéré apte à s'autoadministrer le traitement, mais quatre des huit patients au soutien à domicile recevant ces injections ont été habilités à le faire. On prévoit continuer à valoriser cette pratique dans chacun des milieux et maintenir les efforts pour diffuser l'information et guider le personnel responsable de l'enseignement auprès des patients.

4. L'adoption d'ordonnances collectives.

Tant du côté du CHUS que des CSSS, on constate que l'obtention des prescriptions requises pour certains traitements courants demande passablement de temps (une perte de temps qui pourrait être

utilisée pour donner des soins). Face à ce constat, il a été entendu d'expérimenter la mise en fonction d'ordonnances collectives. Ces ordonnances consistent en une pré-autorisation par le médecin de certains soins qui devront être donnés par des infirmières qualifiées. Des travaux réalisés par des infirmières cliniciennes (ou leur équivalent) des trois établissements ont permis de rédiger une première ordonnance collective commune aux trois établissements pour le retrait de sutures et agrafes d'un accès vasculaire sous-cutané de type *Port-a-Cath*. En date du mois de mai 2009, cette ordonnance était en cours d'adoption dans les trois milieux. Cette expérience, selon l'avis des principaux acteurs, s'est réalisée dans des délais beaucoup plus rapides que ce que l'on voit habituellement dans le cas des ordonnances collectives.

Effet du projet sur la capacité des organisations à introduire des changements

Le projet a servi de déclencheur et a favorisé l'éveil du milieu par rapport à la nécessité de passer concrètement à l'action pour développer l'adaptabilité des milieux au contexte de pénurie. La pénurie n'est plus uniquement l'affaire des services des ressources humaines (dotation, recrutement, remplacement, coordination), elle est une contrainte face à laquelle il devient possible d'agir.

Le projet a aussi servi de catalyseur pour favoriser l'introduction d'autres changements concomitants (imposés ou souhaités) dans l'organisation. Le Projet TOT a ainsi facilité l'intégration d'éléments identifiés au plan d'action des projets cliniques, une meilleure compréhension du rôle de l'infirmière pivot en oncologie et l'introduction du plan thérapeutique infirmier comme outil de suivi et d'évaluation de la condition des patients.

Il a aussi facilité la prise de conscience des différents partenaires, à tous les niveaux organisationnels, du rôle clé des autres composantes du réseau de la santé dans le continuum de soins. Concrètement, les intervenants se connaissaient peu et avaient une représentation très partielle du rôle joué par les autres parties auprès du patient. La collaboration instaurée dans le cadre du Projet TOT a favorisé le développement d'une meilleure connaissance et d'une plus grande confiance entre les partenaires.

Le calendrier de réalisation des travaux de la deuxième communauté stratégique ayant été relativement restreint, cela a forcé le rythme de la mise en place des expérimentations, confirmant la capacité des milieux à réaliser rapidement des activités interétablissements au niveau opérationnel.

Conditions favorables au changement

Certains facteurs semblent avoir eu une incidence déterminante dans l'avancement du projet.

D'abord, l'engagement fort des Directeurs généraux des trois établissements. Ils ont soutenu concrètement le projet, se sont impliqués au sein du comité directeur des communautés stratégiques et y ont consacré le temps requis.

La perspective réseau adoptée a incité les partenaires à accorder au projet un degré de priorité équivalent, aucun ne voulant ralentir la progression des autres.

La conception même du projet qui lie intimement l'idée à l'action et à l'évaluation. Les approches de changement planifiées sont trop souvent caractérisées par des diagnostics étoffés et de longues listes d'objectifs à atteindre, difficiles à hiérarchiser, ce qui en freine la mise en œuvre et provoque souvent l'abandon d'idées pourtant souhaitées et bénéfiques pour les milieux.

L'accompagnement des acteurs du changement par une ressource dédiée au changement et engagée par les trois établissements (la conseillère-facilitatrice), forçant la progression du projet entre les rencontres de la communauté stratégique. Cette personne dédiée a fortement contribué à aplanir et à traiter les difficultés, favorisant d'autant plus le passage à l'action.

L'implication des cadres de premier niveau dans l'introduction du changement a été déterminante pour l'avancement du projet.

L'implication d'un groupe de recherche qui a collecté des données en continu et redonné aux milieux de l'information sur l'avancement des projets au fur et à mesure de leur progression. Des rencontres de rétroactions ont été faites auprès de tous les personnels impliqués, auprès des cadres et de la direction. Ces rencontres ont parfois pris la forme de coaching spécifiquement orienté vers la résolution des problématiques rencontrées.

La constitution de la communauté stratégique, en évoluant vers une plus grande variété des participants et en incluant des gestionnaires³ proches des opérations, a permis d'identifier plus rapidement les écueils et favorisé l'action.

Le rythme soutenu des rencontres qui, en cours d'expérimentation, est passé de deux jours par semaine à une demi-journée aux deux semaines, a favorisé la progression des dossiers tout en laissant suffisamment de temps entre les rencontres pour actualiser les activités sur le terrain.

Conditions défavorables au changement

Certains facteurs ont contribué à freiner la progression du changement.

La conception initiale de la communauté stratégique selon laquelle aucun gestionnaire ne faisait partie des travaux a rendu l'appropriation de l'expérimentation des équipes stables ou dédiées difficile.

Les idées générées par la communauté stratégique requièrent une collaboration étroite des cadres des différentes unités, services et directions pour pouvoir se réaliser. Pour eux, ces projets viennent s'ajouter à la liste de mandats tous plus urgents les uns que les autres à réaliser. À cela s'ajoute le fait que les départs et les mutations au sein de cette catégorie de personnel sont fréquents.

³ Le terme « gestionnaire » comprend toute personne ayant des responsabilités d'encadrement, sans distinction du niveau hiérarchique.

Les arrimages requis entre les multiples instances concernées par le projet demandent beaucoup de temps, exigent des communications soutenues alors que les ressources disponibles pour les réaliser sont rares, ce qui fragilise la progression du projet et peut laisser place à l'interprétation et aux rumeurs.

Enfin, même si le système de santé au Québec est constitué comme un réseau, dans les faits, la collaboration interétablissements et interdirections demeure contre-culturelle. Les silos qui se sont construits au fil des années sont liés en grande partie à la façon dont les établissements et, conséquemment, les personnes qui y travaillent, doivent rendre des comptes. Les gestionnaires et le personnel expriment le désir de collaborer les uns avec les autres, mais souhaitent que les efforts requis pour y parvenir soient reconnus. Dans les faits, la collaboration demande beaucoup de temps et d'ajustements qui peuvent parfois nuire temporairement à l'atteinte d'objectifs liés à la performance ou à la productivité.

Pérennisation du changement

Les travaux de la communauté stratégique ont permis de démontrer la nécessité de mettre en place une structure interétablissements dédiée à l'amélioration du continuum de soins. En l'absence d'un tel mécanisme, le travail en « silos » semble inévitable.

Les établissements partenaires ont convenu de soutenir pendant un an les efforts d'accompagnement des personnels qui travaillent auprès des personnes vivant avec un cancer afin de préserver les acquis, de pérenniser les changements et de favoriser l'adoption d'autres mesures d'amélioration du continuum de soins identifiées par les communautés stratégiques.

Transfert des connaissances

Vers d'autres clientèles.

L'expérience vécue au CSSS-IUGS a permis de faire des apprentissages anticipés sur la meilleure façon d'intervenir auprès des clientèles vulnérables. Le projet a fait en sorte qu'il a été décidé d'envisager l'introduction d'autres équipes dédiées auprès de deux autres clientèles (personnes âgées en perte d'autonomie et personnes vivant avec une déficience physique), et de se doter d'une vision globale en ce qui concerne le rôle des équipes dédiées et des équipes de généralistes au sein du CSSS-IUGS.

Du côté du CSSS du Granit, l'expérience vécue auprès de la clientèle en oncologie a permis à l'équipe des soins à domicile d'appliquer la notion d'équipe de soins stable auprès d'une autre clientèle. Ainsi, une organisation de services similaire a été utilisée pour le suivi des clientèles en résidences d'hébergement privées.

À la suite d'un financement octroyé par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS), le Projet TOT pourra reprendre l'expérience de la communauté stratégique, cette fois auprès de la clientèle vivant avec un problème de santé mentale.

Au sein des établissements partenaires et du réseau de la santé.

Compte tenu de la nature de cette recherche, plusieurs retours aux équipes de soins stables ou dédiées et à leurs gestionnaires ont été effectués tout au long des expérimentations, permettant ainsi des ajustements en continu. Des activités de diffusion des résultats préliminaires et de transfert des connaissances ont eu lieu en cours de projet, soit lors du Colloque Réseau mère-enfant (mai 2009) et du colloque des CHU (septembre 2009). Plusieurs autres activités de cette nature sont programmées au cours de l'automne 2009 et de l'hiver 2010.

Auprès de la communauté scientifique

Une première communication scientifique a été réalisée au Congrès de l'Association internationale de psychologie du travail de langue française (AIPTLF, août 2008) et un article sera publié dans le numéro de décembre 2009 de la revue *Gestion*. D'autres communications scientifiques sont programmées pour la prochaine année.

Notes sur la méthodologie

L'ensemble des résultats présentés s'appuie sur les données recueillies par l'équipe de la CÉOT : notes d'observation en continu durant les deux années du projet, rencontres avec les gestionnaires, entrevues semi-dirigées individuelles et de groupes auprès des personnels impliqués ou touchés par le changement. Les données de gestion sont tirées des rapports fournis par les services RH et Finances du CHUS, de I-CLSC, ainsi que de la Direction de la qualité et de l'innovation au CHUS.

Spécifiquement pour l'expérimentation des équipes de soins stables ou dédiées, voici un sommaire des données recueillies.

Entrevues avec personnels et gestionnaires réalisées dans le cadre des ÉSS

	EN COURS D'EXPÉRIMENTATION		POST EXPÉRIMENTATION	
	NOMBRE DE PERSONNES RENCONTRÉES	TEMPS D'ENTREVUE APPROXIMATIF	NOMBRE DE PERSONNES RENCONTRÉES	TEMPS D'ENTREVUE APPROXIMATIF
6 ^e D – CHUS	12 personnes	9 h	16 personnes	12,5 h
7 ^e C – CHUS	15 personnes	15 h	16 personnes	8,5 h
CSSS-Granit	3 personnes	6 h	11 personnes	6 h
CSSS-IUGS	12 personnes	9 h	26 personnes	18 h
TOTAL	42 personnes	39 heures	69 personnes	45 heures

Observation de rencontres en cours d'expérimentation des ÉSS

	OBSERVATION	NOMBRE DE RENCONTRES	TEMPS D'OBSERVATION APPROXIMATIF
6 ^e D – CHUS	Observation – Renc. gestionnaires	17 rencontres	21 heures
7 ^e C – CHUS	Observation – Renc. gestionnaires	20 rencontres	25 heures
CSSS-Granit	Observation – Renc. gestionnaires	8 rencontres	10 heures
	Observation – Renc. d'équipe	9 rencontres	13 heures
CSSS-IUGS	Observation – Renc. gestionnaires	17 rencontres	34 heures
	Observation – Renc. d'équipe	12 rencontres	24 heures
TOTAL		83 rencontres	127 heures

Entrevues avec des patients

Pré expérimentation : 12 entrevues

(Données fournies en partie par la Direction de la qualité et de l'Innovation au CHUS)

Post expérimentation : 16 entrevues