

Titre: Formations en amélioration continue pour le milieu hospitalier belge et québécois
Title:

Auteur: Adrien Luu
Author:

Date: 2020

Type: Mémoire ou thèse / Dissertation or Thesis

Référence: Luu, A. (2020). Formations en amélioration continue pour le milieu hospitalier belge et québécois [Master's thesis, Polytechnique Montréal]. PolyPublie.
Citation: <https://publications.polymtl.ca/5467/>

 **Document en libre accès dans PolyPublie**
Open Access document in PolyPublie

URL de PolyPublie: <https://publications.polymtl.ca/5467/>
PolyPublie URL:

Directeurs de recherche: Samuel Bassetto, & Beaudoin Byl
Advisors:

Programme: Maîtrise recherche en génie industriel
Program:

POLYTECHNIQUE MONTRÉAL

Affiliée à l'Université de Montréal

**Formations en amélioration continue pour le milieu hospitalier belge
et québécois**

ADRIEN LUU

Département de mathématiques et de génie industriel

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de *Maitrise ès sciences appliquées*

Génie industriel

Octobre 2020

POLYTECHNIQUE MONTRÉAL

Affiliée à l'Université de Montréal

Ce mémoire intitulé :

Formations en amélioration continue pour le milieu hospitalier belge et québécois

présenté par **Adrien LUU**

en vue de l'obtention du diplôme de *Maitrise ès sciences appliquées*

a été dûment accepté par le jury d'examen constitué de :

Mario BOURGAULT, membre et président

Samuel-Jean BASSETTO, membre et directeur de recherche

Baudouin BYL, membre et codirecteur de recherche

Manuele MARGNI, membre

REMERCIEMENTS

L'ensemble du projet et en particulier ce mémoire n'auraient pas été possibles sans la participation et l'implication de nombreuses personnes. Je souhaite ici toutes les en remercier pour leurs rôles respectifs.

À mon directeur de recherche, Samuel Bassetto, que je remercie pour son support, ses conseils et ses idées d'orientation tout au long du projet.

Aux Dr Caroline Quach et Dr Baudouin Byl pour leur gestion du projet et pour l'avoir rendu réalisable. Merci également à Baudouin pour sa bonne humeur permanente et pour avoir accepté de suivre mon travail en tant que co-directeur de recherche.

Aux équipes de PCI et d'hygiène médicale pour leurs disponibilités, intérêt et soutien. Je remercie à ce titre Nathalie Audy (CHU Sainte-Justine), Chantal Soucy (CHUM), Patrice Savard (CHUM) et Huguette Strale (Érasme). Mes déplacements en Belgique n'auraient pas été aussi positifs sans l'accueil tout particulièrement chaleureux de l'équipe d'hygiène hospitalière d'Érasme, à laquelle je suis très reconnaissant pour avoir rendu ces moments possibles et agréables.

À tous les infirmiers-chefs (IC) et de manière générale à l'ensemble des responsables des unités où le projet s'est déroulé, pour leur accueil, leur temps, leurs disponibilités et leur implication.

Merci également à toutes les équipes hospitalières de m'avoir très bien reçu sur chacun des services et d'avoir participé avec entrain aux formations proposées.

À Amélie Planchon, responsable du volet anthropologique en Belgique, que je remercie sincèrement pour son rôle d'intermédiaire dans notre communication avec les hôpitaux belges et son implication dans l'organisation des interventions à Bruxelles.

Au FRQS pour avoir financé le projet et l'avoir rendu possible.

À toute l'équipe administrative de Polytechnique Montréal pour son travail facilitateur de gestion des dossiers.

Un immense merci à ma famille et mes proches pour leur accompagnement lors de ces années passées outre Atlantique. Je remercie enfin Andréa, pour son travail de relecture et son soutien moral plus qu'essentiel à la réussite de ce travail.

RÉSUMÉ

Les infections nosocomiales représentent au Québec 90 000 cas d'hospitalisations par an (Auger et al., 2006), plus de 100 000 cas tous les ans en Belgique (KCE, 2008), et concernent plus largement pas moins de 1,4 million de personnes à travers le monde à tout instant. Cela représente une proportion de 5 à 10% des patients qui sont infectés lors de soins reçus dans les hôpitaux modernes des pays développés, et jusqu'à plus de 25% dans les pays en développement (Site internet OMS, 2020a). Elles prolongent le séjour hospitalier, augmentent les dépenses en soins de santé, et influent sur la morbidité et la mortalité des patients (KCE, 2008). L'OMS a émis des recommandations comme le lavage des mains (Site internet OMS, 2020b) et des pratiques de vigilance pour s'assurer que les gestes réalisés sont bien en adéquation avec les recommandations. Cependant, les récents travaux en pédagogie et en psychologie cognitive mentionnent que le développement d'habitudes passe par un mécanisme de support et de récompense plutôt que disciplinaire puisque ce dernier favorise l'évitement (Gould et al., 2016; Shagholi et al., 2010).

Nous proposons ici le fait qu'une étude plus approfondie du mécanisme inhibiteur du contrôle ainsi qu'une utilisation simultanée de méthodes persuasives, d'aspects théoriques et d'enseignements pratiques liés à l'amélioration continue permettraient de motiver les destinataires à s'impliquer dans un processus de résolution de problème tout en offrant une piste de réflexion pour la remise en question de la notion de contrôle. Nous détaillons dans ce travail la préparation de formations en amélioration continue pour le milieu hospitalier basée sur ces éléments de littérature afin de prendre en considération les enjeux d'implantation de la démarche. Les formations ont été testées dans des hôpitaux belges et québécois, et nos premiers résultats s'avèrent très encourageants quant à la compréhension et l'acceptation par les équipes. Parmi les personnes formées, 95% considèrent par exemple que les idées et principes abordés sont proches de leurs besoins et convictions, et 60% d'entre eux estiment même qu'ils sont parfaitement en phase. Nous apportons ainsi des pistes de réflexion pour la préparation et la conduite du changement dans le but d'une amélioration des processus et des conditions sanitaires des services hospitaliers. Néanmoins, notre étude présente dans l'état actuel de nombreuses limites qui seront discutées. Il nous aura malheureusement été impossible de relever la majorité des indicateurs prévus en lien avec l'implication des gestionnaires et les perturbations du projet par les impacts de la crise mondiale du Covid-19 sur le fonctionnement des services hospitaliers. Il semble que dans un tel contexte de crise, nous n'ayons

pas réussi à faire en sorte que les gestionnaires priorisent le projet. Nous proposons alors deux pistes d'amélioration en lien avec la discussion des résultats.

ABSTRACT

Nosocomial infections represent 90,000 hospitalizations per year in Quebec (Auger et al., 2006), more than 100,000 cases every year in Belgium (KCE, 2008), and more broadly concern no fewer than 1.4 million people worldwide at any given time. This represents a proportion of 5 to 10% of patients who are infected during care received in developed countries hospitals, and up to more than 25% in developing countries (WHO website, 2020a). They prolong the hospital stay, increase healthcare expenditure, and affect patient morbidity and mortality (KCE, 2008). The WHO has issued recommendations such as handwashing (WHO website, 2020b) and vigilance practices to ensure that practices taken are consistent with the recommendations. However, recent work in pedagogy and cognitive psychology suggests that the development of habits requires a support and reward mechanism rather than a disciplinary one, since the latter promotes avoidance (Gould et al., 2016; Shagholi et al., 2010).

We propose here that a more in-depth study of the inhibitory mechanism of control and a simultaneous use of persuasive methods, theoretical aspects and practical lessons related to continuous improvement would motivate the recipients to get involved in a problem-solving process while providing a reflection on the questioning of the notion of control. In this work, we detail the preparation of continuous improvement training courses for the hospital environment based on these elements of the literature to take into consideration the issues involved in implementing the approach. The trainings have been tested in Belgian and Quebec hospitals, and our initial results are very encouraging in terms of understanding and acceptance by the teams. For example, 95% of the people trained consider that the ideas and principles discussed are close to their needs and convictions, and 60% of them even consider that they are perfectly in tune with them. In this way, we provide food for thought for the preparation and management of change with the aim of improving processes and health conditions in hospital departments. Nevertheless, our study presents in its current state many limitations that will be discussed. Unfortunately, it was impossible for us to identify the majority of the planned indicators related to the involvement of managers and the disruption of the project by the impacts of the Covid-19 world crisis on the operation of hospital services. It seems that in such a crisis context, we were unable to get managers to prioritize the project. We then propose two avenues for improvement in relation to the discussion of the results.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	III
RÉSUMÉ.....	IV
ABSTRACT	VI
TABLE DES MATIÈRES	VII
LISTE DES TABLEAUX.....	IX
LISTE DES FIGURES	X
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	XI
LISTE DES ANNEXES	XII
CHAPITRE 1 INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 2 REVUE DE LITTÉRATURE.....	5
2.1 Engagement des équipes et passage à l'action : emploi de méthodes persuasives pour le développement d'habitudes.....	5
2.1.1 Persuasion à l'échelle individuelle.....	6
2.1.2 Persuasion à l'échelle collective.....	13
2.2 Gestion du changement et amélioration continue en milieu hospitalier	24
2.2.1 Théories de gestion d'une démarche d'amélioration continue.....	24
2.2.2 Enseignements pratiques en milieu hospitalier	31
2.3 Culture et environnement favorables : créativité et contrôle	41
2.3.1 Créativité et apprentissage.....	42
2.3.2 Contrôle : inhibition ou opportunité ?.....	48
CHAPITRE 3 MÉTHODE ET EXPLOITATION DE LA LITTÉRATURE.....	55
3.1 Méthode et indicateurs	55

3.2	Présentation du test.....	58
3.3	Exploitation de la littérature pour la préparation des formations	60
3.3.1	Facteurs intrinsèques à la démarche, l’outil ou l’environnement d’étude.....	61
3.3.2	Analyse de l’environnement et préparation de gestion	64
3.3.3	Préparation des formations.....	78
3.3.4	Environnement favorable et utilisation de l’outil en contexte	86
CHAPITRE 4	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	93
CHAPITRE 5	DISCUSSION, LIMITES ET AMÉLIORATIONS	101
5.1	Discussion et retour sur les hypothèses.....	101
5.2	Limites.....	103
5.3	Améliorations	105
5.3.1	Les besoins	106
5.3.2	Découpage de l’apprentissage.....	112
CHAPITRE 6	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	119
RÉFÉRENCES.....		121
ANNEXES		127

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1 Nom des établissements hospitaliers et des unités de soins impliqués dans le projet à l'état initial	59
Tableau 4.1 Détail de répartition des réponses à la première question de l'enquête sur l'ensemble des 5 services formés.....	95
Tableau 4.2 Détail de répartition des réponses à la première question de l'enquête entre Québec et Belgique	95
Tableau 4.3 Répartition des points forts de la formation relevés par les participants.....	97
Tableau 4.4 Répartition des points faibles de la formation relevés par les participants	98
Tableau B.1 Grille d'évaluation de la maturité – Grands projets	129
Tableau B.2 Grille d'évaluation de la maturité – Suivi opérationnel	130
Tableau B.3 Grille d'évaluation de la maturité – Suivi des améliorations	131
Tableau B.4 Grille d'évaluation de la maturité – Évaluation de la culture.....	132

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1 Paramètres de conception d'un support social	17
Figure 2.2 Représentation pyramidale des étapes d'un changement en organisation.....	25
Figure 2.3 Représentation schématique des liens d'influence autour de la motivation des individus (Adrien Luu, 2020).....	46
Figure 3.1 Visuel final du tableau STARS conçu pour les équipes	69
Figure 3.2 Visuel d'une carte STARS réalisée et utilisée dans le cadre du projet Orchestra.....	70
Figure 3.3 Déroulement chronologique du projet Orchestra.....	72
Figure 3.4 Grande carte STARS pour l'animation avant accroche des textes.....	81
Figure 3.5 Grande carte STARS pour l'animation une fois l'exemple terminé	81
Figure 4.1 Enquête proposée aux participants à l'issue des formations	94
Figure A.1 Exemple d'un visuel du tableau STARS en utilisation	128
Figure A.2 Visuel d'une carte STARS vierge	128
Figure G.1 Résumé des étapes STARS mis à disposition des équipes lors des formations.....	149
Figure H.1 Exemple pédagogique corrigé n°1 pour le service de transplantation du CHUM	150
Figure H.2 Exemple pédagogique corrigé n°2 pour le service de transplantation du CHUM	151

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AC : Amélioration continue

CAD : *Canadian Dollar* (Dollar canadien)

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHUM : Centre hospitalier universitaire de Montréal

CIMAR-Lab : *Continuous Improvement Management Reinvented* (nom du laboratoire de recherche de Polytechnique Montréal responsable du projet)

CNV : Communication non violente

FRQS : Fonds de recherche du Québec pour la santé

HUDERF : Hôpital universitaire des enfants reine Fabiola

IAS : Infections associées aux soins (autre appellation des infections nosocomiales)

IC : Infirmier-chef

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux québécois

NPT : *Normalization Process Theory*

OMS (WHO) : Organisation mondiale de la santé (World Health Organization)

PAT : *Persuasive Argument Theory*

PCI : Prévention et contrôle des infections

PM : *Participative Management*

PTS : *Primary Task Support*

SCT : *Social Comparison Theory*

STARS : *Store – Tag – Analyze – Resolve – Sustain* (Enregistrer – Assigner – Analyser – Résoudre – Pérenniser)

USI : Unité de soins intensifs

LISTE DES ANNEXES

Annexe A : Présentation de l’outil STARS.....	127
Annexe B : Grille d’évaluation de la maturité en amélioration continue des services	129
Annexe C : Gabarit d’observation pour le suivi des équipes	133
Annexe D : Gabarit d’observation pour les discussions avec les gestionnaires.....	136
Annexe E : Contexte historique du projet Orchestra.....	139
Annexe F : Document support pour l’animation des formations (ex du service de Transplantation du CHUM).....	142
Annexe G : Document distribué aux participants des formations (ex du service de Transplantation du CHUM).....	148
Annexe H : Correction des exemples pédagogiques préparés pour les services (ex du service de Transplantation du CHUM)	150
Annexe I : Livret récapitulatif proposé aux participants à l’issue des formations (ex du service de Transplantation du CHUM)	152

CHAPITRE 1 INTRODUCTION

Les hôpitaux du monde entier font face à un problème récurrent : le risque de transmission d'infections nosocomiales. Ces dernières désignent toutes les infections « acquises au cours d'un épisode de soins administrés par un établissement de soin » (Mayon-White et al., 1988). Elles prolongent le séjour hospitalier, augmentent les dépenses en soins de santé, et influent sur la morbidité et la mortalité des patients (KCE, 2008). Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) québécois évalue à près de 90 000 le nombre annuel de personnes atteintes d'une telle infection dans les établissements de santé québécois (Auger et al., 2006), et plus de 100 000 personnes sont infectées tous les ans en Belgique (KCE, 2008). Plus largement, le pourcentage de patients infectés en Europe par une ou plusieurs infection(s) varie entre 5% et 9% (Catry et al., 2018; KCE, 2008), et pas moins de 1,4 million de personnes à travers le monde sont concernées à tout instant. Cela représente une proportion de 5 à 10% des patients qui sont infectés lors de soins reçus dans les hôpitaux modernes des pays développés, et jusqu'à plus de 25% dans les pays en développement (Site internet OMS, 2020a).

Sur le plan financier, la gestion des infections nosocomiales coûte annuellement près de 180 millions de dollars canadiens (CAD) au système québécois (Auger et al., 2006) et pas moins de 384 millions d'euros au système belge (KCE, 2009). Pour le premier cas, une diminution de 30% du nombre de cas engendrerait une économie annuelle de 40 millions CAD, permettrait la libération d'un équivalent de 360 lits par an et participerait donc à l'augmentation de l'efficacité des établissements de santé et au désengorgement des urgences (Auger et al., 2006).

Actuellement, les organisations de la santé suivent les recommandations du ministère qui lui-même suit les préconisations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) nosocomiales, aussi appelée hygiène médicale. Cela correspond à un ensemble de mesures et de vérifications de conformité des pratiques par rapport à normes. Or le concept de contrôle présente intrinsèquement un mécanisme de jugement d'un comportement vis-à-vis de ces normes (De Jong & Den Hartog, 2007). Ainsi, adopter une politique de diffusion de comportement basée sur des contrôles peut être contreproductif, car induit une tendance à l'évitement au lieu d'une adhésion (Oldham & Cummings, 1996). Cette politique de diffusion des comportements pour la gestion des infections nosocomiales en milieu hospitalier, basée sur la comparaison à une norme et la stigmatisation des erreurs, semble alors marquée par une « culture

de culpabilisation, de blâme, d'échec et d'humiliation », ce qui éloigne l'atteinte des objectifs sanitaires et ne les rends atteignables que par un profond changement de la culture organisationnelle dans ce domaine de la santé (Francoeur et al., 2001). A titre d'exemple, une infirmière qui ne se lave pas les mains à chaque entrée et sortie de chambre sera pointée du doigt et considérée comme irresponsable. La raison de ce manque sera attribuée au manque de professionnalisme des individus au lieu de soulever la problématique de la surcharge de travail, du manque de temps ou encore de la possibilité matérielle du respect de la pratique (manque de gel hydroalcoolique dans les distributeurs). Le regard porté s'oriente ainsi plus vers la stigmatisation que vers la compréhension du phénomène observé. Cela encourage alors la posture défensive de l'acteur considéré qui perçoit ainsi une remarque ou reproche comme une obligation imposée. La diffusion des bonnes pratiques pour la prévention sanitaire en est alors impactée négativement car les actions du personnel ne sont pas issues de leur motivation intrinsèque.

Dans ce contexte, l'implantation de démarches d'amélioration continue (AC) est une solution qui semble pouvoir faire ses preuves dans les établissements de santé avec le mouvement Lean HealthCare (Jancarik & Vermette, 2013). Cette nouvelle approche pourrait permettre d'éliminer ou de réduire le sentiment d'hostilité du personnel envers les ordres imposés par la hiérarchie (Shagholi et al., 2010) en faisant appel à leur motivation intrinsèque. Ainsi, ce qui est pour eux aujourd'hui une obligation pourrait devenir une contribution active à la réduction des risques de transmission d'infections et à l'amélioration de leur quotidien professionnel. Néanmoins, même s'il semble cohérent de penser qu'une approche d'amélioration continue puisse aider les équipes, il demeure des enjeux majeurs : celui de la motivation des équipes, de leur adoption du changement et celui de sa pérennisation (Lindquist, 2011). Même si, de manière rationnelle et individuelle la situation s'améliore, le mouvement collectif n'est pas forcément évident. La transition est nécessaire et les formations doivent y être adaptées.

Nous proposons donc dans cette étude de réfléchir à la préparation d'une formation en AC pour le milieu hospitalier afin de mettre en lumière les zones communes de motivations entre équipes et gestionnaires et d'ainsi considérer les différents enjeux d'implantation. Cette démarche se base sur l'outil STARS, qui est un support de résolution de problème simple basé sur une approche participative et déjà utilisé par les organisations (Charron-Latour et al., 2016). L'outil et son fonctionnement sont présentés en annexe A. Notre problématique est la suivante :

Comment adapter et préparer des formations en amélioration continue pour susciter l'intérêt des équipes, assurer leur engagement et initier le passage d'une culture de contrôle à un environnement d'amélioration durable dans le contexte hospitalier belge et québécois ?

Nous hypothétisons ici que la conception de la démarche de formations en AC, basée sur l'emploi simultané de méthodes persuasives, de recommandations théoriques et d'enseignements pratiques, ainsi que son implantation en milieu hospitalier permettraient :

- D'intéresser les destinataires et de les motiver à s'impliquer dans l'utilisation d'un outil de résolution de problème pour améliorer continuellement les processus du quotidien. Nous induisons ici la notion de motivation intrinsèque et d'intérêt du personnel pour avoir un pouvoir décisionnel sur les changements d'amélioration du service. Les formations correspondent à la première étape, soit la plus importante, pour convaincre et intéresser les destinataires des avantages du changement proposé et de leur rôle à y jouer. Le travail de préparation et de conception sont donc particulièrement importants ;
- D'offrir une piste de réflexion pour la remise en question de la notion de contrôle et l'encouragement d'un environnement ouvert non stigmatisant. L'idée est ici d'utiliser l'ouverture et l'aspect participatif d'un outil d'AC pour mettre en avant la responsabilisation des équipes et susciter de la motivation intrinsèque. Dans ce cercle vertueux d'habitude d'implication, le personnel serait ainsi plus à même d'appliquer les bons gestes de préventions sans les considérer comme des obligations externes ;
- D'améliorer les performances d'hygiène des services en sensibilisant d'avantage aux consignes de prévention et en faisant en sorte que, comme mentionné ci-dessus, chaque individu considère intrinsèquement leur importance au quotidien.

Dans un premier temps, l'étude de la littérature détaillée ci-dessous est divisée en trois parties majeures, afin de nous permettre par la suite de préparer la démarche et les formations en nous inspirant des meilleures pratiques et enseignements. Ces formations sont alors testées dans 8 unités de soins, tirées aléatoirement parmi le panel de services de 4 établissements de santé bruxellois et montréalais. L'objectif de ce test est d'identifier les impacts de la démarche sur les performances des services. Malheureusement, le déroulement du test et des relevés d'indicateurs a été largement

impacté par la crise sanitaire mondiale du COVID-19. Pour chaque unité, nous avons prévu de suivre l'évolution de la culture organisationnelle, des conditions sanitaires et des améliorations de processus sur une période de 5 mois minimum. Le niveau de maturité en termes d'amélioration continue de chacune des unités aurait été mesuré avant et après les formations et la mise en place de l'outil afin d'identifier les paramètres organisationnels impactés. Les chiffres des infections nosocomiales contractées sur le service avant pendant et après la période de formation auraient été utilisés pour suivre l'évolution des conditions d'hygiène, et les indicateurs de suivi du fonctionnement de l'outil pouvait nous permettre de quantifier l'implication du personnel et les améliorations effectuées sur chacun des services. Nous reviendrons plus tard sur le déroulement précis des tests.

Après avoir explicité les enseignements de littérature dans la revue, nous détaillerons les éléments de méthode et le déroulement du test avant de proposer une exploitation de la revue pour la préparation de la démarche et des formations. Nous aborderons ensuite les résultats disponibles malgré le contexte. Il nous aura malheureusement été impossible de relever la majorité des indicateurs prévus en lien avec l'implication des gestionnaires et la crise mondiale du Covid-19 sur le fonctionnement des services hospitaliers. Nous verrons ainsi que notre étude présente dans l'état actuel des limites qui seront discutées. Nous proposons ensuite deux pistes d'amélioration en lien avec la discussion des résultats.

CHAPITRE 2 REVUE DE LITTÉRATURE

La revue de littérature se divisera entre trois parties majeures afin d'aborder tous les domaines d'enseignements pouvant guider notre réflexion pour la préparation des formations. Le découpage se fera comme suit :

2.1 Engagement des équipes et passage à l'action : emploi de méthodes persuasives pour le développement d'habitudes

2.2 Gestion du changement et amélioration continue en milieu hospitalier

2.3 Culture et environnement favorables : créativité et contrôle

La première partie est destinée à comprendre le mécanisme de passage à l'action d'un individu et de référencer différentes méthodes permettant de l'y inciter ou d'au moins susciter de l'intérêt pour ce qui est proposé. Que cela soit à l'échelle individuelle ou collective, de nombreux paramètres sont à considérer pour arriver au développement de nouvelles habitudes. Dans la seconde partie, nous développerons d'avantage la notion d'amélioration continue, tant sur le plan théorique que sur le plan pratique avec les expériences passées d'implantation en milieu hospitalier. Le but sera de s'inspirer des enseignements pour développer une démarche cohérente et favoriser son succès d'implantation. La 3^{ème} partie de cette revue de littérature sera consacrée à l'étude des notions de contrôle et d'environnement stigmatisant ainsi que leurs impacts sur la motivation des individus afin de comprendre pourquoi la gestion des infections nosocomiales en milieu hospitalier est problématique. Nous tâcherons ensuite d'explorer les pistes d'inversion de cette tendance pour responsabiliser d'avantage les équipes à travers notre démarche d'implantation.

À la suite de cette revue, nous présenterons la méthode suivie ainsi que le test réalisé dans les hôpitaux avant de voir comment nous pouvons tirer parti de l'ensemble de ces apprentissages pour concevoir notre démarche de formation et notre intervention auprès des équipes hospitalières.

2.1 Engagement des équipes et passage à l'action : emploi de méthodes persuasives pour le développement d'habitudes

Les méthodes persuasives représentent des actions ou éléments de conception qui tendent à affecter tous les paramètres à la base des comportements, comme l'attitude, les croyances ou encore les normes sociales afin de renforcer la motivation des utilisateurs (Blanson Henkemans et al., 2015),

de les amener à effectuer une tâche, à atteindre un objectif ou à adopter un comportement (Lam et al., 2015). Ces dernières années, les technologies persuasives se sont beaucoup développées dans le secteur de la santé individuelle à travers des applications et systèmes interactifs. Elles sont donc intentionnellement conçues pour changer l'attitude ou le comportement de l'utilisateur et ainsi inciter les individus à adopter de nouvelles habitudes plus saines dans leur vie quotidienne. Dans la rhétorique classique, la persuasion est une approche visant une modification d'un comportement avec une haute considération éthique, par opposition au terme « peithenanke » qui correspond plus à la persuasion par la manipulation ou l'utilisation d'un rapport de force (Gram-Hansen et al., 2018). Nous nous plaçons évidemment dans la première situation. Bien qu'ayant déjà fait leurs preuves pour la conception de systèmes destinés aux particuliers, les méthodes persuasives sont peu utilisées pour l'adaptation des changements en milieu organisationnel, d'où notre intérêt ici. Dans les prochains paragraphes, nous nous attachons à référencer quelques méthodes persuasives ou d'influence tirées de la littérature afin de préparer au mieux notre démarche d'implantation d'amélioration continue au sein des hôpitaux bruxellois et montréalais. Pour cette démarche, l'adoption et la pérennisation doivent s'opérer tant à l'échelle individuelle – comportement approuvé et devenu habitude – qu'à l'échelle organisationnelle – utilisation du processus et persistance dans le temps au-delà des individus.

2.1.1 Persuasion à l'échelle individuelle

L'amélioration continue des processus de travail d'une organisation lui permet d'augmenter sa capacité à fournir des produits ou services de haute qualité de manière rentable tout en améliorant le quotidien des employés. Néanmoins, un large corps de la recherche s'attache à examiner les aspects techniques de l'amélioration continue et seulement peu d'études s'intéressent à l'importante contribution du comportement des employés en tant qu'individu dans le succès de telles démarches (Lam et al., 2015). Les considérations individuelles des destinataires sont alors essentielles et font l'objet des prochains paragraphes. Nous aborderons ainsi des méthodes de persuasions individuelles à travers la notion d'approche centrée utilisateur et de communication.

2.1.1.1 Approche centrée utilisateur

L'approche centrée utilisateur a été et est beaucoup utilisée dans le développement d'applications et de systèmes de santé individuels, mais reste en marge des méthodes de préparation des

changements pour le milieu organisationnel. L'adoption d'un nouveau comportement positif est en général suivie d'une difficulté à le maintenir à cause de facteurs comme le plaisir lié au comportement négatif, les addictions ou encore le manque de bénéfices immédiatement tangibles. De manière générale, environ 50% de la population échoue dans la pérennisation d'un nouveau comportement positif (Alluhaidan et al., 2018). Dans cette approche, la conception est basée sur le point de vue de l'utilisateur, sur ses besoins, ses ressentis, ses objectifs et son environnement (Mylonopoulou et al., 2018) afin de cibler les déclencheurs pertinents pour initier le processus de passage à l'action et d'ainsi assurer son intérêt et implication à court terme comme à long terme. Dans le cadre de notre projet, il est ainsi essentiel de débiter avec une analyse du quotidien des utilisateurs visés (équipes soignantes) dans le contexte d'utilisation ciblé (service hospitalier). Il faut comprendre leurs besoins et leurs frustrations pour y répondre au mieux (Wendel, 2013). Cela correspond donc dans notre cas à une observation des processus et habitudes en place dans les services hospitaliers et constituant le quotidien des professionnels de santé, alors destinataires de notre approche de formation. Cette familiarisation avec l'environnement professionnel des destinataires nous permet également de définir ce que S. B Gram-Hansen et son équipe appellent le *Primary Task Support (PTS)* de l'outil. Le PTS regroupe les principes de facilitation d'un outil pour atteindre le changement de comportement ciblé. Il correspond dans le cas de STARS à un soutien d'implication des équipes dans la résolution des problèmes du service à travers un support visuel et un processus simple. Pour rappel, STARS est un outil de structuration et de suivi pour la résolution de problème, basé sur un processus visuel en 5 étapes et où des cartes individuelles représentent chacune une problématique en cours de résolution. Les principaux principes facilitateurs sont la présentation visuelle simple de données complexes, par le grand tableau en 5 colonnes et l'aspect synthétique des cartes STARS, ainsi que l'adaptation et la définition individuelle des objectifs (Gram-Hansen et al., 2018).

Néanmoins, ces éléments de conception de l'outil sont nécessaires, mais pas suffisants. S. Wendel nous invite alors à porter attention au processus complet de passage à l'action des individus (CREATE). Celui-ci est détaillé en 5 étapes :

1. *Cue* - Réception d'un signal incitant à passer à l'action ;
2. *React* - Réaction face au signal ;
3. *Evaluate* - Évaluation coûts-bénéfices du passage à l'action ;

4. *Analyse* - Évaluation de la capacité à passer à l'action ;

5. *Time* - Évaluation de l'urgence à passer à l'action.

Un comportement naît donc d'un élément déclencheur de notre environnement. Si ce signal se répète, qu'il est suivi de ce processus CREATE et d'une récompense liée au passage à l'action, il donne naissance à une habitude. Pour en créer une nouvelle, il faut identifier un déclencheur spécifique, une routine stable et si possible un système de récompense immédiat après l'action de manière à encourager les destinataires à recommencer (Wendel, 2013).

Fort de ces enseignements, il serait maintenant intéressant de se demander comment influencer sur les destinataires pour que les étapes d'évaluation de leur processus de passage à l'action soient en faveur du comportement souhaité. Une première piste de réflexion est abordée par l'étude de Zhang et son équipe, qui proposent à des travailleurs de bureaux de faire de courtes pauses pour faire quelques exercices. Ils étudient ainsi la relativité d'importance des paramètres accordés dans la décision prise en contexte professionnel comme celle de faire des exercices au travail. Dans les faits, les gens se souciaient plus de savoir si ces pauses allaient réduire leur productivité (pour accomplir leur objectif principal) ou si les exercices allaient les ridiculiser plutôt que de s'intéresser aux bienfaits long terme pour leur santé. Ces résultats appuient l'importance d'essayer de déclencher les bons leviers pour faire échos aux principes des destinataires, soit ici de les rassurer sur leur productivité et de montrer qu'il n'y a rien de socialement impactant à le faire. Il semble alors plus productif d'écouter pour coconstruire que de forcer à bien faire. Les personnes considèrent mieux les concepts proposés et le choix d'action qui leur est donné de faire s'ils peuvent facilement faire le lien avec leurs besoins et objectifs individuels. C'est encore mieux s'ils créent seuls les possibilités d'action. Chaque projet de nouvelle habitude doit ainsi passer par une évaluation des options qui s'offrent aux destinataires et des impacts sur leur capacité de passage à l'action (Zhang et al., 2018).

Dans la définition même d'une prise de décision, la personne fait un choix parmi un panel d'options en fonction de plusieurs paramètres qui lui sont propres. Il semble donc plus facile de proposer une optique de prise de décision et d'initiative si les options et les paramètres sont clairement définis dès le début. Cette nécessité peut alors nous permettre d'utiliser une méthode appelée « effet de contexte » pour influencer sur le choix des employés. Un effet de contexte s'explique par le fait que les préférences d'une personne pour une certaine option peuvent être affectées par la présence

simultanée d'autres options. Nous considérons plus particulièrement ici l'effet de contexte le plus étudié, l'effet de compromis. Il se définit par la création d'un statut apparaissant comme un compromis pour l'une des deux options initiales lorsque l'on rajoute une troisième option au choix proposé. Par exemple, un consommateur souhaite acheter une nouvelle caméra, avec comme seuls critères le prix et la qualité d'image. 2 caméras sont initialement proposées, à respectivement 400 et 900\$, où la qualité est proportionnelle au prix. « Celle à 900\$ a beau être de meilleure qualité, elle est assez chère, alors que celle à 400 est abordable et fera sans doute ce que j'attends d'elle » pense l'acheteur. Son choix s'orientera davantage vers la moins chère. Considérons maintenant que l'on ajoute au catalogue une troisième caméra d'excellente qualité à 2000\$. L'introduction d'une troisième option fait alors apparaître la caméra à 900\$ comme un bon compromis, et elle sera très souvent choisie à cause de ce nouveau statut lié à l'effet de contexte (Zhang et al., 2018).

Ce modèle est transposable à la situation dans les services hospitaliers. Considérons le panel d'options avant le lancement du projet : le personnel de santé avait individuellement le choix d'être soit passif vis-à-vis des changements sur le service (option 1), soit de résister et de s'opposer (option 2). C'est bien sûr une vision globale, certains membres des équipes sont parfois impliqués dans les prises de décisions, mais cela reste marginal et n'apparaît pas comme une option claire pour tout le monde. La démarche et la formation proposées correspondent ainsi à l'introduction d'une troisième option, en mettant en lumière la possibilité d'être acteur des projets d'amélioration. En nous assurant de bien faire apparaître l'effet de compromis, nous pouvons penser que les gens qui étaient plus susceptibles de résister initialement opteront plutôt pour la voie passive. Dans le cas où par exemple les causes de plaintes venaient d'un sentiment de non-écoute et de non-consultation vis-à-vis des changements, les concernés pourraient même choisir de s'impliquer dans le processus. Enfin, ceux qui étaient au contraire plus enclins à la participation et à l'amélioration trouveraient une option qui répond mieux à leurs besoins et ils seraient certainement les principaux moteurs de la démarche.

Nous avons donc vu que l'évaluation et la présentation des options proposées aux destinataires est à la fois une nécessité et un moyen d'inciter ces derniers à passer à l'action. Notre seconde piste de réflexion pour influencer sur la prise de décision repose sur la notion d'expérience antérieure. Un test d'implantation d'une démarche d'AC basée sur un modèle de suggestion mené au département des urgences du *Vanderbilt University Medical Center* met en avant cette notion. Parmi les résultats de l'étude, il apparaît que les médecins participants réutilisaient davantage le processus si une ou

plusieurs suggestions effectuées par le passé leur ont procuré une expérience positive. Ainsi, la volonté de participation et d'implication des employés dans un processus d'AC est conditionnée par leurs expériences d'utilisation passées (Jacobson et al., 2009). Qu'il s'agisse donc d'une première expérience avec l'outil ou d'une première expérience en AC en général, il nous faudra être concentrés sur la recherche de point d'accroche et le bon déroulement des formations pour assurer que les destinataires vivent positivement leur première fois (Wendel, 2013).

La troisième notion d'importance que nous abordons ici est celle de la responsabilisation. A. Alluhaidan et son équipe la définissent globalement comme « la découverte et le développement de la capacité inhérente d'un individu à être responsable de sa propre vie ». La persuasion est responsabilisante lorsque le message ne fait pas seulement écho aux objectifs long terme des destinataires, mais suscite également de la motivation. Les messages qui font sens aux yeux des destinataires et qui suscitent un sentiment de bien-être sont considérés comme plus responsabilisants et donc plus persuasifs (Alluhaidan et al., 2018). Le modèle de responsabilisation adapté de l'étude se décline en 7 paramètres clefs, nécessaires pour responsabiliser individuellement chaque employé et l'inciter à la participation :

- **Initiation** : formation, introduction des principes d'AC de d'utilisation de l'outil ;
- **Accès à l'information** : suivi d'indicateurs et facilité d'accès aux données ;
- **Accès à un support** : support visuel de l'outil, support des questionnaires pour soutenir les équipes dans leur démarche d'implication ;
- **Accès aux ressources** : disponibilité de ressources pour la mise en place de solution, accès aux données financières nécessaires ;
- **Opportunités d'apprentissage** : place de l'erreur, possibilité d'expérimenter des solutions et d'en tirer des enseignements ;
- **Pouvoir décisionnel informel** : au sein du groupe de travail, mener les réflexions et gérer l'organisation de la résolution de problème durant des discussions informelles, points de vue et idées considérés ;
- **Pouvoir décisionnel formel** : décider quelle solution apporter et comment la mettre en place, suivre un processus formel de résolution validé et reconnu par la hiérarchie.

Le principal objectif d'avoir une démarche et un message responsabilisants est d'atteindre un statut d'auto-efficacité des employés, défini comme le fait d'avoir « confiance en ses propres capacités pour adopter un comportement et/ou atteindre ses objectifs ». L'auto-efficacité est un facteur essentiel pour se sentir capable d'adopter et de maintenir un nouveau comportement (Alluhaidan et al., 2018). Il sera donc dans notre intérêt de considérer la nécessité de responsabilisation des individus, tant par l'adaptation de notre message qu'en nous assurant de la présence des facteurs présentés ci-dessus lors de la mise en place. D'autre part, il est important de veiller à un accompagnement du nouveau processus pour qu'il puisse être bien ancré dans les pratiques quotidiennes des équipes. Un retrait trop précoce du support facilitateur du changement engendre des changements incomplets et ne permet pas de s'assurer de la complète responsabilisation des équipes vis-à-vis de la nouveauté (Zink et al., 2008).

En conclusion, l'approche centrée utilisateur nous invite à baser notre conception sur l'ensemble des besoins des destinataires et leur environnement de manière à susciter leur intérêt et à les responsabiliser pour l'adoption de nouveaux comportements. L'identification des options s'offrant à eux et la prise en considération des facteurs clés de fonctionnement soulevés les aidera à comprendre la démarche et à y adhérer tout en favorisant leur responsabilisation.

2.1.1.2 La communication

Nous avons vu dans la partie précédente que l'approche centrée utilisateurs permettait de cibler les besoins des destinataires tout en proposant des pistes d'influence pour les inciter à passer à l'action. Nous nous intéressons maintenant à ce qui est la meilleure voix d'influence possible : la communication. Un individu recevant une information l'analyse par deux canaux : la voie centrale, qui évalue de manière consciente le message, et la voie périphérique, qui s'attache à scanner plus rapidement le message pour l'analyser avec les éléments contextuels. Tant le fond du message que la manière dont la communication est effectuée peuvent donc impacter le taux de persuasion et la motivation des destinataires (Spelt et al., 2018). Cette étude précise aussi que, dans le premier cas, le message sera plus persuasif et motivant s'il suscite des émotions, fait appel à des situations connues par les équipes ou encore les encourage à participer. Les émotions sont des états qui existent dans un laps de temps relativement court et qui sont liés à un événement, un objet ou une action particulière. En suscitant, les équipes se sentiront alors plus touchées et concernées par

ce qui leur est proposé (Spelt et al., 2018). Nous pourrions utiliser des exemples de problématiques propres à chaque service pour utiliser une situation connue des équipes et faire ressortir, par exemple, le sentiment de frustration face à un irritant afin de le transformer en satisfaction de résolution du problème.

Dans le même registre d'essai d'influence par le fond de la communication, plusieurs études s'intéressent à la nature des messages les plus impactant. H. Ku et son équipe nous indiquent par exemple qu'il semble plus efficace de centrer la communication sur la proximité des destinataires avec la récompense ou sur les gains possibles si l'on veut les inciter à passer à l'action. *A contrario*, des messages qui se centrent sur l'effort à fournir pour atteindre une récompense ou sur les pertes liées à la non-complétion seront plus susceptibles d'impacter négativement la motivation des individus et pourront même engendrer de la résistance (Ku et al., 2018). D'autre part, une étude menée sur des organisations de la santé américaines a permis de mettre en avant les méthodes et techniques d'influence de la communication qui sont les plus efficaces pour solliciter l'engagement des employés dans un processus d'AC.

Les résultats montrent que les 5 méthodes ci-dessous sont plus populaires et que leur utilisation est fortement corrélée avec un haut niveau d'implication de la part des employés :

- **Consultation** : Encourager la personne à suggérer des améliorations pour une proposition ou à aider à la planification et au changement d'activité ;
- « *Ingratiation* » : Utilisation de louanges et flatteries avant et pendant l'essai d'influence, ou expression de la confiance que l'on a en la capacité de la personne à atteindre des objectifs difficiles ;
- « *Inspirational appeal* » : Faire appel aux valeurs, idées et émotions de quelqu'un pour obtenir son implication dans une requête ou proposition ;
- **Persuasion rationnelle** : utilisation d'arguments logiques et factuels pour démontrer que la proposition ou requête est réalisable et permettra d'atteindre les objectifs ;
- **Collaboration** : Offrir un support et des ressources nécessaires à la réalisation du projet ou de l'amélioration pour lequel la personne s'engage (Lam et al., 2015).

Ces éléments seront donc autant de méthodes d'influence et de persuasion que nous pourrions employer pour renforcer la participation. Néanmoins, comme nous le disions plus haut, il ne faut

pas seulement s'intéresser au fond, mais aussi à la forme et aux éléments contextuels de la communication. Cette autre composante clé de la persuasion est détaillée chez S. B Gram-Hansen et son équipe à travers la notion de « *Credibility support* ». Cette dernière regroupe les éléments suivants :

- **Crédibilité de l'animateur** : expertise, maîtrise du sujet, animation dynamique et fluide, capacité d'interaction et d'écoute, respect, perception par les équipes ;
- **Crédibilité de l'outil et du fournisseur** : laboratoire de recherche spécialisé en AC (CIMAR-Lab), outil STARS éprouvé et reconnu ;
- **Autorité** : processus de résolution de problème standardisé, étapes et objectifs clairs ;
- **Crédibilité visuelle du support** : *design* professionnel adapté à l'environnement, support fonctionnel, présentation simple d'informations complexes, transcription visuelle du processus standardisé (Gram-Hansen et al., 2018).

Une utilisation simultanée de toutes ces méthodes persuasives de la communication nous permettra certainement d'influer sur les destinataires à travers les 2 voies de réception et d'analyse de l'information afin de les inciter à passer à l'action. De manière générale, nous avons référencé dans cette partie un panel de techniques persuasives individuelles allant des considérations centrées utilisateurs aux différents aspects de la communication en passant par le processus de passage à l'action des destinataires, l'analyse des options qui s'offrent à eux ou encore l'utilisation d'effet de contexte. Nous abordons par la suite des méthodes et facteurs contextuels pouvant être cette fois rattachés à l'échelle collective de la persuasion.

2.1.2 Persuasion à l'échelle collective

Les outils ou systèmes qui facilitent le support social sont plus persuasifs et davantage utilisés que ceux qui ne prennent pas en compte cette dimension sociale. Un support social passe par exemple par des opportunités d'apprentissage collectif, ou une place centrale pour la coopération. La pérennité d'un processus d'amélioration continue participatif repose sur l'efficacité de ce support, d'où l'importance de considérer les enjeux liés à l'adoption et l'utilisation de l'outil par les équipes en tant que collectif (Gram-Hansen et al., 2018). Nous nous intéressons donc dans cette partie à trouver des pistes de conception de la démarche qui seront utiles pour orienter les prises de décisions et les interactions vers une participation collective.

2.1.2.1 Intégration du changement

La première notion à aborder est celle de l'intégration du changement. L'environnement professionnel des équipes de santé n'est pas seulement un ensemble de conditions présentes ou non. Il est majoritairement défini par des paramètres dynamiques, comme les processus de groupe, la nature des interactions et les normes collectives. La connaissance de celui-ci s'avère donc encore plus importante que pour les considérations individuelles, et doit permettre d'intégrer le changement à son contexte. L'objectif de cette intégration est de faire en sorte que, malgré la présence ou l'absence de conditions initiales, les initiatives de changement proposées prennent en considération la culture de l'organisation et le contexte d'application afin d'intégrer les besoins des destinataires et donc de leur permettre de se sentir concernés par le changement (Rosenberg, 2000). La notion d'intégration se doit d'être vue de manière horizontale et verticale. La première correspond au fait que tous les « instruments » au sens large et activités résultantes d'un service sont en cohérence avec la culture d'organisation, la structure et les comportements. L'intégration verticale correspond quant à elle au cheminement de pensée entre l'objectif stratégique et son adaptation en objectif opérationnel. Il est pour cela essentiel que les destinataires comprennent la relation entre les orientations stratégiques de l'organisation et les initiatives de changement proposées et y adhèrent. De plus, les changements de comportement requis pour la pérennisation des démarches d'AC incluent un engagement actif de tous les employés dans un processus de résolution de problème, et une structuration des réflexions en petits groupes de travail suivies par un document standard. Une telle démarche propose une vision radicalement différente de l'approche « *expert-driven* » employée habituellement pour la résolution de problème dans les organisations. Cette nouvelle vision semble bien plus proche de la réalité du terrain dans l'optique d'intégrer les améliorations à leur contexte. En effet, les approches de changement gérées par des experts sont généralement peu fructueuses, car elles se concentrent trop principalement sur le défi logique de résolution de problème et pas assez sur le défi subjectif d'intégration avec la perspective des destinataires. Il en résulte majoritairement une attitude passive ou même une résistance au changement. Les mêmes observations sont effectuées dans le cadre de méthodes et concepts standards amenés par des consultants, poussés par les hautes directions sans considération pour la culture d'organisation présente dans le contexte d'application. Dans notre cas, l'organisation générale du projet fait que nous sommes proches de ces situations à éviter, ce qui relève d'autant plus la nécessité d'adaptation et d'intégration. Cependant, la nature même de la démarche STARS

proposée pousse à prendre en considération ces enjeux par l'apport d'un processus de résolution de problème – et donc de conception des changements – collectif et participatif. Une des dimensions psychologiques de l'intégration du changement réside en effet dans la nature même de l'approche participative. Celle-ci améliore les flux d'informations échangés, engendre une meilleure compréhension et vision globale du système pour les équipes, permet de mieux utiliser la connaissance et l'expertise des employés et d'obtenir un meilleur engagement du personnel vis-à-vis des changements (Zink et al., 2008). La notion d'approche participative est assurément essentielle pour notre travail, elle sera donc plus approfondie dans la 3^{ème} partie de cette revue traitant du contrôle et des paramètres d'un environnement favorable.

À la vue de ces éléments, les auteurs nous proposent une approche de considération collective en 3 étapes :

1. Mettre en lumière les insatisfactions liées à la situation actuelle, identifier et prendre conscience des problèmes qui existent aujourd'hui ;
2. Travailler l'attractivité du changement proposé, sa clarté et sa compréhensibilité ;
3. Énoncer clairement les raisons du changement, ce qui est attendu des destinataires et les premières mesures à prendre (Zink et al., 2008).

Ces étapes nous permettront de structurer à la fois notre approche de gestion du changement, mais aussi notre conduite de la formation, en considérant cette dernière comme une sensibilisation des équipes à cette démarche de réflexion. Nous avons donc vu que l'intégration du changement est une notion centrale de notre travail et qu'elle est en lien étroit avec la participation des équipes. H. Ku et son équipe précisent en ce sens qu'une implication du personnel requiert un équilibre continu entre les processus, leurs valeurs ajoutées et la communication avec le client/patient. Or à l'hôpital, les processus qui présentent une interaction directe avec le patient, en lien donc avec les soins, et les processus indirects ne semblent pas recevoir la même attention. On considère pour ces derniers en particulier les processus de PCI et d'amélioration continue. Les premiers sont considérés comme créateurs directs de valeur pour l'organisation alors que les autres sont plus des routines facilitatrices. Ce déséquilibre peut mener à une diminution d'implication des équipes vis-à-vis de ces processus indirects (Ku et al., 2018). Dans un souci d'intégration du changement, il apparaît alors comme nécessaire de chercher à rééquilibrer la balance par la nature même du changement proposé plutôt qu'avec un projet ciblant spécifiquement cet objectif. Une démarche d'amélioration

continue se basant sur une approche participative valorisera intrinsèquement les processus indirects et permettra de faire le lien entre intégration du changement et participation des équipes.

Enfin, toujours dans un souci d'intégration du changement, A. Langley et J.-L. Denis nous invitent à considérer 4 dimensions intrinsèques à la notion de changement afin de favoriser le plus possible son intégration à l'environnement visé. Ainsi, n'importe quel changement est avant tout désintégratif, au moins au départ, ce qui signifie qu'il induit une nécessité de déconstruire les normes et habitudes en place initialement. Ensuite, le changement est dynamique, il n'est jamais figé et évolue continuellement, des gestes posés à un moment peuvent avoir un effet boomerang, d'où la nécessité d'anticipation. Le changement est également endogène, soit que son contenu est transformé par le contexte même qui est destiné à être modifié. Enfin, le changement est souvent asymétrique de par la séparation existante entre les décideurs et ceux qui doivent mettre le changement en œuvre, ce qui accentue « la séparation possible entre la vision et la réalisation » (Langley & Denis, 2008). La considération de ces caractéristiques du changement permettra d'en maximiser l'intégration et donc les chances d'adoption par les équipes.

2.1.2.2 Influence sociale

La seconde notion essentielle à considérer pour la dimension sociale et collective de la persuasion est la dynamique des interactions. En effet, l'implication et les comportements innovateurs des employés sont grandement influencés par leurs interactions dans leur contexte professionnel. Par exemple, des employés avec un fort engagement personnel envers une certaine idée seront sûrement à même de persuader les autres de son importance (De Jong & Den Hartog, 2007; Hoogendoorn et al., 2019). Nous aborderons dans un premier temps des éléments centraux pour la conception d'un support social avant de traiter des effets de comparaisons morales pouvant exister dans un contexte collectif.

Comme déjà évoqué, l'influence des autres personnes sur notre comportement est largement reconnue, et il est possible de l'exploiter dans la constitution de méthodes persuasives pour soutenir l'adoption et la pérennisation d'un comportement. Il est alors nécessaire de considérer toutes les sous-dimensions que présente l'influence sociale :

- **Apprentissage social** : opportunités d'apprentissage en équipe ou en groupe de travail ;

- **Comparaison sociale** : notion de jugement moral entre les acteurs au sein d'une équipe (approfondie plus bas);
- **Influence normative** : influence sociale pour une standardisation des processus et des comportements vers les habitudes vertueuses visées ;
- **Facilitation sociale** : Conception du support et du processus basée sur les interactions sociales et la nécessité de travailler en équipe pour l'équipe ;
- **Coopération** : processus encourageant la coopération des destinataires ;
- **Reconnaissance** : avoir un mécanisme de récompense soulignant les bons résultats et l'implication (Mylonopoulou et al., 2018).

Notre intérêt ici est de cerner l'importance de ces composantes sociales tout en cherchant à considérer les possibilités d'adaptation de notre outil pour les y intégrer. Les auteurs proposent justement dans leur étude une réflexion portant sur les facteurs à prendre en compte pour ces composantes sociales. Leur conception est en effet multifactorielle et doit prendre en considération les 4 principaux paramètres présentés sur la figure 2.1 ci-dessous :

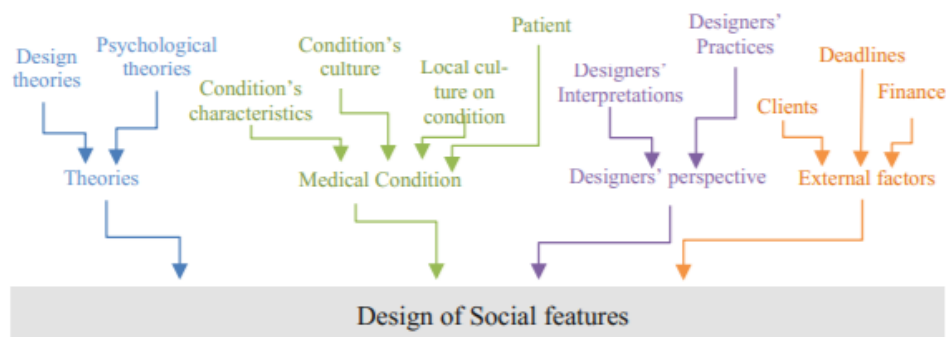


Figure 2.1 Paramètres de conception d'un support social

Ce modèle de conception est tiré de l'étude citée précédemment qui porte sur la conception de systèmes persuasifs visant à améliorer la santé individuelle par la création de nouvelles habitudes plus saines. Tout le modèle n'est donc pas transposable à notre situation qui porte sur l'environnement professionnel des destinataires. En particulier, les considérations pour la condition médicale de l'individu ne sont pas applicables directement dans notre étude, mais elles peuvent

être remplacées par nos considérations pour le contexte organisationnel des équipes de soins. Les paramètres sont détaillés ci-dessous :

- **Théories** (déjà abordées) :
 - Théories concernant l'approche centrée utilisateur, méthodologies d'influence et de persuasion ;
 - Théories centrées sur la psychologie pour induire l'adoption d'un nouveau comportement et/ou la modification d'un ancien ainsi que leur pérennisation ;
- **Contexte organisationnel** (transposition de « *Médical condition* » pour notre étude) :
 Regroupe l'ensemble des normes et des comportements composant la culture organisationnelle de chaque unité de soins. Ces notions seront abordées dans la 3^{ème} partie de cette revue de littérature ;
- **Choix et perspective du concepteur** :
 - Vision de l'utilisation l'outil et de sa mise en place, théories utilisées et réflexions menées par le concepteur de la démarche ;
 - Interprétation et compréhension des données collectées sur le terrain propres au concepteur ;
- **Facteurs externes** :
 - Interactions avec le destinataire pour la conception (correspond ici aux IC des services), demandes et objectifs particuliers/imposés ;
 - Contraintes financières ;
 - Délais (Mylonopoulou et al., 2018).

La conception et l'adaptation des composantes d'un outil à un environnement devront donc reposer sur ces éléments pour assurer une prise en compte complète des sous-dimensions de l'influence sociale. La seule utilisation de cette dernière n'est néanmoins pas suffisante. Il s'agit également de s'assurer que les comportements visés et l'intégration du changement à son contexte social induisent une dynamique collective positive pour atteindre ce que P. Senge appelle « l'organisation intelligente ». Comme l'auteur l'explique dans son livre, « il ne suffit plus d'avoir une seule tête

pensante, un Ford ou un Renault. Le temps est fini où le patron résolvait un problème, dictait une politique, et où tout le monde appliquait les doctrines du grand stratège. Les organisations qui atteindront l'excellence seront celles qui auront trouvé le moyen de profiter au maximum de l'engagement de ses membres, et de leur capacité à apprendre, à tous les niveaux. [...] Une organisation intelligente est un lieu où ses membres découvrent à chaque instant comment ils façonnent leur réalité. Et comment ils peuvent la modifier. » L'objectif de la présente réflexion est d'arriver à inciter les membres des équipes à « se voir comme une partie intégrante d'un tout plutôt que comme un élément autonome » et à accepter l'idée que les problèmes viennent des actions plutôt que d'une personne ou d'une chose étrangère (Senge, 2015). Pour ce faire, les organisations doivent converger vers l'utilisation de 5 méthodes « de base » sur lesquelles notre conception devra se fonder :

- **La maîtrise personnelle** : notion dominée par la volonté d'apprendre et d'approfondir les choses. Elle se transcrit dans les organisations par l'aptitude et la volonté des individus à apprendre et à avoir le bon état d'esprit nécessaire à une cohésion de groupe ;
- **La remise en question des modèles mentaux** : Ces modèles correspondent à ce qui peut se faire ou non dans une situation donnée, aux préjugés et interprétations personnelles de chacun. Leur remise en question induit une nécessité d'auto-analyse et de soumission des visions personnelles des employés à une critique externe. Ceux qui acceptent de révéler leurs vraies pensées et de les soumettre à l'influence des autres n'ont plus peur du jugement extérieur, ce qui les libère de cette considération ;
- **La vision partagée** : Avoir une vision commune de l'avenir et de ce que l'organisation désire créer à travers des missions et des valeurs profondément partagées par tous. Cela permet d'obtenir l'engagement des équipes, car ils se sentent investis et responsables de l'atteinte de l'objectif commun ;
- **L'apprentissage en équipe** : Les équipes capables d'apprendre possèdent de bonnes capacités d'action collective. Elles atteignent des résultats sans précédents et donnent l'occasion à leurs membres de se développer comme jamais ils n'auraient pu le faire individuellement. Cela passe par une communication libre au sein du groupe ;
- **La pensée systémique** : La pensée systémique est la 5^e discipline, car c'est celle qui permet d'intégrer toutes les autres et de les lier. Il est en ce sens conseillé de regarder le cadre, de

considérer l'organisation de manière globale, comme un système où de nombreuses parties sont reliées et interagissent. Les résolutions de problématiques doivent s'intégrer dans cette vision globale et reposer sur les 4 autres disciplines pour assurer l'intégration sociale du changement (Senge, 2015).

Nous avons vu dans ce paragraphe que la conception et l'adaptation des dimensions sociales d'un outil au milieu hospitalier étaient multifactorielles. Pour prendre en considération tous les aspects de l'influence sociale à travers notre support, il nous faudra donc travailler sur chacun des facteurs de conception relevé tout en assurant que les normes et comportements introduits relèvent d'une vision systémique de l'organisation partagée par tous les membres des équipes.

Après avoir abordé les enjeux et la conception d'un support social persuasif, il nous est essentiel de considérer le phénomène de comparaison morale pouvant avoir lieu dans un environnement comme celui étudié. T. N. Cason & V-L. Mui nous proposent des pistes de compréhension dans leur travail sur la dynamique des comportements sociaux de groupe. Les décisions dans les organisations sont en effet prises par des groupes et non par des personnes individuelles, d'où l'importance de ces considérations. L'étude porte principalement sur les impacts des interactions sociales sur le cheminement entre préférences individuelles et décision de groupe, et sur la dérive quasi permanente des décisions collectives par rapport aux intentions individuelles. Ce phénomène est appelé « polarisation » et décrit donc le fait que les discussions de groupes déplacent majoritairement les décisions prises dans la même direction que la moyenne des avis individuels, mais à un point plus extrême. Le lien avec notre problématique précédente se fait dans l'explication de ce phénomène. Les auteurs proposent 2 théories pour l'expliquer, la « *Persuasive Argument Theory* » (PAT) et la « *Social Comparison Theory* » (SCT). La première statue le fait que les gens sont influencés par la quantité d'arguments que leur mémoire leur fournit et auxquels ils sont exposés lors de la discussion. La décision du groupe est affectée par la mise en commun des arguments de tous. Si les arguments avancés initialement sont individualistes, les suivants le seront aussi et la décision de groupe s'orientera plus dans ce sens. La logique inverse peut s'appliquer. C'est la dynamique et l'influence des arguments de chacun sur les autres qui sont au centre de cette théorie. La seconde repose plus sur la notion d'acceptabilité sociale. Les individus sont motivés par le fait de se sentir socialement agréables et désirables. Ils observent les autres et adaptent leur

comportement pour être favorablement remarqués. Chacun oriente alors ses choix en fonction de ce qui semble être socialement acceptable dans le groupe. Si un comportement semble socialement désirable, cette théorie prévoit que la décision du groupe sera plus orientée dans le sens de ce comportement que vers les positions individuelles initiales. Dans les faits, les résultats du test mené par les auteurs donnent plus de poids à la SCT qu'à la PAT pour l'explication du phénomène de polarisation (Cason & Mui, 1997).

B. Monin et son équipe explorent davantage ce phénomène à travers une situation de prise de position d'un acteur en contexte social. Les auteurs indiquent alors que l'acteur (appelé ici « *moral rebel* ») semble être considéré différemment en fonction de l'implication de l'observateur dans la situation. Un *Moral Rebel* est un individu qui prend position contre un statu quo, qui refuse de se conformer, de rester silencieux ou qui refuse simplement une situation contradictoire avec ses valeurs. On différencie ici un observateur impliqué dans la situation d'une manière ou d'une autre d'un observateur externe. Dans le cas d'une situation pouvant être immorale, un observateur extérieur peut considérer la rébellion comme une action héroïque, admirable, alors que cette même action pourra être dénigrée et rejetée par ceux impliqués dans la situation, qu'ils souffrent directement de la rébellion ou qu'ils aient eux-mêmes échoué à se rebeller. Ils citent l'exemple d'un étudiant qui refuse par principe de télécharger de la musique illégalement sur internet. Il est très probable que cet étudiant soit mieux vu par ses pairs qui n'ont pas d'ordinateur ou qui n'ont pas l'opportunité de télécharger que par les autres étudiants qui ont l'habitude d'utiliser le téléchargement illégal. Les rebelles sont ainsi plus appréciés par les observateurs extérieurs, mais beaucoup moins par ceux déjà impliqués dans la situation contre laquelle les rebelles prennent position.

La prise de position du rebelle peut, de manière implicite, apparaître comme une menace personnelle pour l'observateur qui n'a pas pris position. Ce potentiel reproche condamne le comportement de celui-ci et heurte sa confiance en lui d'être une personne morale. L'envie de rejet est donc une réponse défensive à la rancœur liée au jugement implicite perçu suite à l'action du rebelle envers tous ceux qui ne se rebellent pas. L'acteur n'a en fait pas besoin de connaître où même d'être en contact avec l'observateur impliqué, ce sentiment peut être simplement déclenché par un reproche virtuel à travers les médias audio visuels par exemple. De plus, l'étude montre que les rebelles semblent moins rejetés si les participants ont d'abord la chance de s'affirmer et de se sentir en sécurité dans leur sens d'adéquation morale en ayant l'opportunité de faire un lien avec

une expérience récente durant laquelle ils ont démontré une qualité ou valeur importante en lien avec leur position. La perception d'une menace implicite pour la confiance en soi des acteurs est donc centrale dans ce mécanisme, et elle tend à diminuer si l'observateur a déjà eu la chance de faire ses preuves ou de se conforter dans ses choix d'inactions en lien avec la situation donnée (Monin et al., 2008).

De manière générale, les raisons pour lesquelles les gens s'engagent dans des comportements pro-environnementaux se basent sur des motivations ou convictions personnelles, un motif financier ou encore environnemental. L'étude menée par G. Hoogendoorn et son équipe vient alors s'ajouter aux précédentes pour mettre en lumière le fait qu'une même action pro-environnementale peut être perçue différemment par un observateur en fonction de la motivation sous-jacente de l'acteur. Les résultats montrent que les actions effectuées avec une motivation environnementale sont souvent perçues comme ayant un impact plus faible que lorsque des motivations personnelles en sont à l'origine, même si l'acteur est considéré lui-même comme plus conscient de son environnement. Par exemple, une personne décide de rouler à vélo plutôt que d'utiliser sa voiture dans un souci de développement durable. L'observateur tendra alors à minimiser l'impact positif de cette décision en comparaison avec un autre acteur qui effectuerait la même action pour des raisons financières. D'après les auteurs, l'explication se trouve dans le fait qu'une comparaison morale entre acteur et observateur est induite par le fait même d'observer l'action et les intentions sous-jacentes. Ainsi, l'acteur motivé par des raisons environnementales est vu comme plus moral que l'observateur et donc perçu comme plus à même de le juger (Hoogendoorn et al., 2019).

En considérant que, dans le cadre de notre étude, l'environnement correspond au contexte professionnel des services hospitaliers et l'action observée à une participation au processus d'AC, ces résultats nous invitent à mettre plus en avant les intérêts personnels des acteurs afin de minimiser le jugement pouvant être porté et perçu par les observateurs. L'implication dans le processus pour la résolution d'un irritant peut être vue comme la position de rebelle qui refuse de taire les problèmes et qui veut aider à améliorer les choses. Toujours en considérant l'environnement à l'échelle de chaque unité de soin, les observateurs correspondent alors au reste des membres du service qui ne participent pas à la résolution de problème considérée. Tous les observateurs sont donc ici impliqués dans la situation de par leur statut professionnel de collègue. Un observateur non impliqué correspondrait par exemple à une personne extérieure au domaine de la santé. Si ces observateurs impliqués ont déjà eu l'occasion de participer au processus et de

montrer les résultats de leur résolution, ils seront vraisemblablement moins soumis au sentiment implicite d'être jugé négativement par leur collègue acteur. Ils se sont déjà affirmés, peut-être comptent-ils même participer à nouveau par la suite, leur confiance en eux n'est pas menacée. Le cas qui nous intéresse le plus ici est celui du lancement de l'outil dans les services, lorsque le premier groupe de travail va se former. Ces premiers acteurs occuperont alors la place centrale de rebelle et pourraient être certainement plus soumis au sentiment de rancœur et de rejet étudié que les suivants.

En lien avec nos objectifs, il pourrait donc être intéressant d'exploiter le phénomène de polarisation pour inciter les équipes à orienter leur décision vers une participation collective. D'après les résultats précédents, la SCT sera plus impactante que la PAT pour influencer sur une décision de groupe. Ainsi, l'effet de comparaison morale, pouvant inhiber la volonté de passage à l'action des individus comme expliqué plus haut, pourra être réduit en rendant le comportement de participation au processus STARS socialement acceptable et désirable. Pour ce faire, nous pouvons nous reposer sur des éléments déjà mentionnés comme la notion d'expérience antérieure, de reconnaissance des résultats ou encore de vision systémique partagée induite par le support social.

Finalement, nous avons vu dans cette première partie un panel de techniques persuasives pouvant être utilisées dans le cadre de notre projet afin d'inciter les équipes à adopter ou nouvel outil d'amélioration continue et à pérenniser son utilisation. Ces méthodes d'influence doivent pour cela prendre en considération les deux dimensions individuelle et collective de la persuasion. Dans le premier cas, nous avons vu que l'approche centrée utilisateur nécessitait une bonne connaissance de l'environnement et des besoins des destinataires pour les inciter à agir à travers la conception de l'outil. La communication est également un élément central de la persuasion à l'échelle individuelle, tant sur le fond que sur la forme. Pour le second cas, nous avons souligné l'importance de l'intégration du changement à son contexte avant de développer la notion d'influence sociale à travers la conception d'un support social et le phénomène de comparaison morale. Nous intégrerons ces méthodes et recommandations dans notre conduite de démarche et dans les formations en AC qui seront proposées dans le but d'obtenir l'intérêt et l'engagement des équipes hospitalières. La seconde partie de cette revue porte sur les enseignements recensés dans la littérature en matière de

gestion du changement et d'implantation de démarche d'amélioration continue en milieu hospitalier pour enrichir notre conception.

2.2 Gestion du changement et amélioration continue en milieu hospitalier

Quelle que soit la nature d'une organisation, celle-ci s'inscrit dans un environnement dynamique et changeant. Cet environnement impose des pressions sur l'organisation, qui doit alors s'adapter et changer à son tour pour rester performante et compétitive (Rondeau, 2008). Elle doit alors adopter les bonnes stratégies en ajustant sa structure, son système managérial, ses ressources humaines, sa culture et éventuellement ses valeurs sur le long terme (Beer & Eisenstat, 2000). Une démarche d'amélioration continue est alors souvent privilégiée par les organisations pour tenter de répondre à ces besoins de changement et d'apprentissage (Ahmed et al., 1999). L'amélioration continue peut-être définie comme une culture soutenue d'amélioration ciblant l'élimination des gaspillages dans tous les systèmes et processus d'une organisation (Lodgaard et al., 2016). Un outil d'amélioration continue est un support, physique ou informatique, pour relever et animer les propositions d'améliorations. Dans le domaine de la santé, les pressions externes que subissent les établissements s'imagent par les nouveaux objectifs gouvernementaux régulièrement fixés concernant par exemple une réduction des coûts, une augmentation de l'efficacité des services de soins ou encore des plans d'action visant à réduire les risques de transmission d'infections nosocomiales. Dans ce contexte de nécessité du changement, l'implantation de démarches d'amélioration continue, ou Lean, est une solution qui semble faire de plus en plus ses preuves dans les établissements de santé avec le mouvement Lean HealthCare (Jancarik & Vermette, 2013). L'objet de cette partie est alors de recenser des enseignements à la fois théoriques et pratiques en matière de gestion du changement et d'amélioration continue afin d'assurer autant que possible le succès de notre démarche auprès des hôpitaux belges et québécois.

2.2.1 Théories de gestion d'une démarche d'amélioration continue

Plusieurs études identifient l'approche de gestion comme une des principales barrières à l'implantation d'amélioration continue. Dans les faits, 2 projets d'amélioration continue sur 3 sont soldés par un échec (Lodgaard et al., 2016) et seulement moins de 10% des organisations se lançant dans une telle démarche estiment atteindre leur objectif d'efficience (Lindquist, 2011). Après avoir

rappelé que la pérennisation du processus dans le temps est le défi le plus important de ces démarches, R. Lindquist propose 3 explications à ces forts taux d'échec :

- **Sous-estimation majeure des besoins de suivi des équipes :**

Le changement et l'adoption d'un nouveau comportement ne se font pas de manière instantanée. Il est nécessaire de comprendre que pour changer la culture, il est nécessaire que tout le monde adapte son comportement en commençant par l'activité quotidienne et les habitudes (figure 2.2 ci-dessous). Il ne faut pas négliger cette étape ni considérer que le changement ne s'inscrit pas dans le temps, ce qui est souvent fait dans les projets où des résultats immédiats sont attendus. Par exemple, la productivité des équipes ne revient à la normale que 6 à 8 semaines après la mise en place du changement, ce qui doit être su et anticipé. La production est impactée à court terme pour viser des gains de temps à long terme, et sans cette considération le changement est voué à l'échec (Lindquist, 2011).



Figure 2.2 Représentation pyramidale des étapes d'un changement en organisation

- **Manque d'utilisation d'outil et de méthodes de pérennisation :**

Les outils et méthodes de pérennisation sont souvent sous-exploités. Sont considérés ici des groupes de résolution de problème, des *check-lists*, et encore plus particulièrement des audits internes. Ces audits sont des outils puissants uniquement si les résultats sont rendus publics et si ceux-ci servent d'appuis pour un processus d'amélioration continue. Ils peuvent être utilisés avec efficacité dans le cadre de groupes de travail, si toutefois ceux-ci apprennent des résultats et écarts trouvés pour proposer une solution adaptée à chaque problématique (Warda, 2009). On parle alors d'autocontrôle ou d'autorégulation. La notion de contrôle est abordée plus en

profondeur dans la partie 3 de cette revue. Qu'il s'agisse donc d'un manque d'utilisation de ces méthodes ou d'un mauvais emploi des audits internes, cela explique souvent les échecs rencontrés dans le cadre de projet d'AC.

- **Manque de suivi et d'implication managériale de première ligne :**

C'est le critère clé qui est à la source de bien des échecs. Sans un gestionnaire de première ligne impliqué convaincu et motivé par le projet d'implantation d'AC, il sera presque impossible d'obtenir l'approbation et l'implication des équipes. Un tel gestionnaire envoie un signal très négatif au personnel en leur faisant penser que les changements ne sont pas importants et que leurs avis ne comptent pas. De plus, l'efficacité d'un système d'audit interne évoqué plus haut repose à la fois sur la capacité des groupes de travail à bien l'exploiter, mais aussi sur la volonté du cadre de s'assurer que tout va bien sans prendre une position de contrôle pouvant être menaçante et décourageante. Qu'il s'agisse du projet d'AC en lui-même ou des différentes améliorations proposées ensuite, le gestionnaire doit suivre et soutenir ce qui est réalisé par les équipes. Il est essentiel que la démarche soit portée par un leader pour permettre d'ouvrir le dialogue, d'exprimer et de détailler les insatisfactions liées aux problèmes actuels et de challenger les équipes afin de trouver la meilleure solution à y apporter (Lindquist, 2011).

Pour considérer ce dernier point, il est essentiel que les gestionnaires comprennent et adhèrent aux bénéfices d'un processus de résolution de problème standard et accessible à tous, justifiant ainsi l'implication nécessaire et les changements requis. Cela va leur permettre de porter le projet en l'intégrant à la vision de l'organisation pour pérenniser la démarche. La majorité du changement doit être prise en charge par les cadres et le rôle du facilitateur doit être réduit au minimum afin de les laisser porter ce projet auprès de leurs équipes. Toutes les responsabilités de gestion du changement pouvant être données aux gestionnaires doivent donc l'être (Zink et al., 2008).

De plus, ces facteurs évidents et facilement identifiables sont loin d'être les seules explications possibles aux nombreux échecs d'implantation de changement. M. Beer et R. A. Eisenstat identifient alors 6 « *silent killers* » qui mettent en lumière l'importance notable de l'implication de toute la chaîne hiérarchique dans les projets d'amélioration continue :

- Approche Top-down avec hiérarchie trop présente au niveau opérationnel, ou au contraire hiérarchie absente qui ne soutient pas les gestionnaires opérationnels ;

- Stratégies pas claires ou non communiquées, conflits de priorités ;
- Équipe de direction inefficace, travail en silos et manque de collaboration entre les directions ;
- Manque de communication verticale entre les gestionnaires et les employés, pas de retours d'information, ce qui empêche l'amélioration de l'organisation ;
- Manque de communication entre les équipes, pas de coordination des fonctions et affaires, manque de clarté opérationnelle ;
- Compétences des gestionnaires opérationnels inadéquates pour amener les équipes à l'apprentissage et aux opportunités d'amélioration.

L'utilisation de consultants externes semble souvent être un recours afin d'éviter les problèmes que représentent ces éléments. L'étude de Beer et Eisenstat suggère d'ailleurs que l'explosion du marché du conseil est en corrélation directe avec le fait que les gestionnaires adressent de moins en moins les 6 problèmes considérés, ce qui les place d'autant plus dans la catégorie de « *silent killers* » (Beer & Eisenstat, 2000). Néanmoins, éviter des problèmes ne les résout pas, et cela a même souvent l'effet inverse. Comme nous l'avons vu plus haut, les approches de changement gérées par des experts sont généralement peu fructueuses, car elles ne se concentrent pas assez sur le défi subjectif d'intégration. Fort de l'identification de ces facteurs d'échec, il nous faut alors élargir notre champ de considération pour les enseignements à tirer de la littérature afin de considérer le plus possible ces problèmes lors de notre conception de démarche.

De nombreuses études s'attachent à comprendre et analyser les facteurs expliquant les échecs récurrents des changements organisationnels dans leur globalité. L'étude menée par M. Combes et L. Lethielleux nous invite à porter attention à 4 facteurs de gestion conditionnant le succès d'une démarche de changement :

- **Préparation de la conduite du changement :**

Prendre en compte l'aspect social et humain du changement, briser les silos entre les corps de métiers, créer des conditions favorables à la coopération, prévoir un arbitrage pour l'allocation des ressources entre les différents projets, favoriser la coopération des professionnels en misant sur la confiance, l'autonomie, l'apprentissage et la solidarité, ne pas se laisser piéger par l'attente de résultats et la pression des indicateurs de performance à court terme ;

- **Planification temporelle du changement :**

Ne pas juste fixer une date butoir à laquelle le changement devra être effectif, prévoir du temps pour chaque étape, en particulier pour que les équipes apprennent et adoptent les nouveautés ;

- **Conditions favorables au maintien de l'implication du personnel :**

Prévoir un temps pour la compréhension et l'adhésion des destinataires, avoir une bonne cohérence dans la démarche, faire appel à des personnes-ressources pour accompagner et soutenir la démarche, viser une réciprocité d'engagement entre salarié et organisation ;

- **Ne pas tomber dans le déterminisme technologique :**

Un changement d'outil ne va pas induire un changement des comportements, ne pas se focaliser sur l'organisation du travail, mais aussi prendre en considération l'aspect humain (Combes & Lethielleux, 2008).

P. Collerette ajoute alors que les problèmes de gestion du changement sont de manière générale plus souvent liés aux dynamiques humaines et sociales qu'au statut juridique de l'organisation dans laquelle le changement a lieu. Il conseille ainsi d'éviter les « 5 fois trop » et les « 4 trop peu » – non mutuellement exclusifs – qui respectivement influent négativement sur la capacité de l'organisation à accueillir un changement et mériteraient d'être plus considérés pour le favoriser. Ces éléments et les recommandations attenantes sont présentés ci-dessous :

- **Changements trop nombreux :** trop de projets en parallèle

- Se centrer sur peu de projets pour ne pas surcharger l'organisation, sélectionner les changements à mener en priorisant ceux présentant une forte cohérence avec la mission de l'organisation ;

- **Changements trop fréquents :** rythme élevé des changements sans période de consolidation et de répit

- Favoriser l'utilisation de cycles changement/consolidation/pérennisation plutôt que de maintenir l'organisation dans un état de changement permanent ;

- **Changements trop gros :** changements dépassant la capacité de gestion en place et la capacité d'intégration des destinataires

- S'assurer de l'adéquation entre le projet, la capacité de l'organisation à le recevoir, et celles des destinataires à l'adopter. Si nécessaire et possible, décomposer les projets de grande ampleur en plusieurs petits chantiers cohérents et maîtrisables ;
- **Changements trop dispersés** : manque de coordination, intérêts conflictuels
 - Assurer une cohérence globale entre les différents projets prioritaires et les objectifs de l'organisation, traiter les possibles conflits d'intérêts en amont du changement, utiliser un outil et des indicateurs pour suivre les résolutions de problèmes ;
- **Changements trop vagues** : communication trop générale, objectifs pas assez clairs ou absents
 - Communiquer le plus clairement possible les objectifs et les raisons du changement, faire des rappels réguliers de ces 2 aspects ;
- **Trop peu de mise à l'épreuve** : changements pas assez testés et mis en situation, résultats présumés et non avérés, taux d'erreurs élevés et non anticipés
 - Favoriser l'expérimentation à travers des projets pilotes dans des contextes variés et avec des durées suffisantes avant d'élargir de déploiement ;
- **Trop peu d'encadrement** : manque d'accompagnement de la part des gestionnaires qui ne savent pas toujours quoi faire, report des doutes sur les nouvelles pratiques et donc remise en question du changement
 - Prévoir des mécanismes d'accompagnement et de support pour la prise en charge d'une opération de changement et des actions concrètes. Entretenir une présence active et encadrer les destinataires en leur montrant concrètement ce qui est attendu d'eux et les accompagner jusqu'à ce qu'ils soient capables de le faire. Confier les projets à des personnes proches du terrain et affecter suffisamment de ressources au projet ;
- **Trop peu d'accent mis sur les pratiques professionnelles** : attention souvent trop portée sur la structure au lieu des processus
 - Inciter les équipes à oser remettre en question les pratiques méritant d'être modifiées ;

- **Trop peu de considération pour les problèmes à corriger** : manque de communication ou de compréhension des raisons du changement
 - Souligner et prouver le lien entre le changement et les situations problématiques rencontrées pour que celui-ci fasse sens aux yeux des destinataires. Le discours doit être équilibré entre le « pourquoi on change » et le « vers quoi on se dirige » pour assurer l'acceptation des équipes (Collerette, 2008).

Enfin, A. Rondeau nous rappelle l'importance de contextualiser le changement pour assurer le succès de gestion d'implantation. Les modèles « *one best way* » sont de moins en moins fonctionnels et il s'avère nécessaire d'analyser en profondeur l'environnement et les enjeux du projet, comme nous l'indiquais également K. J. Zink et son équipe au paragraphe précédent. Au-delà de la découverte et de la connaissance de l'environnement pour y adapter le changement, cette analyse permet d'identifier des atouts et des freins au changement présents dans l'organisation et qui impacteront positivement comme négativement son intégration au contexte. Il sera ainsi possible de cibler les piliers sur lesquels reposer la démarche et les points sur lesquels mettre l'accent. Également, il est essentiel de considérer une vision organique des organisations, notion qui renvoie au vivant et à la capacité de communiquer et de s'adapter à son environnement. Celle-ci est opposée à une vision mécanique, ou bureaucratique, qui est caractérisée par une faible capacité à changer et donc plus adaptée aux environnements stables. Ainsi, le changement n'est pas une démarche systémique, il faut être conscient que le résultat peut être éloigné de celui envisagé, car la réalité de l'organisation aura transformé et adapté le changement pour se l'approprier. Mieux vaut être conscient des paradoxes engendrés par le changement et s'en préoccuper que de les nier (Rondeau, 2008).

Après avoir recensé et exploré ce panel général de théories et de recommandations de gestion, nous aborderons plus précisément les enseignements tirés des études menées en milieu hospitalier pour enfin s'attarder sur l'antériorité des tests de l'outil STARS y ayant été menés.

2.2.2 Enseignements pratiques en milieu hospitalier

2.2.2.1 Généralités sur l'AC dans les hôpitaux

Bien que les pratiques de gestion et d'amélioration continue étaient davantage utilisées, voire réservées au domaine de l'industrie (Groene et al., 2013), l'impact positif et les avancées permises par ces approches dans des hôpitaux ont été déjà mis en lumière par plusieurs écrits (Dagenais, 2012; Francoeur et al., 2001). Leur implantation au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke entre 2008 et 2014 a marqué un tournant dans la gestion du système de santé québécois, tant pour l'aspect innovateur que pour la méthodologie employée. Les démarches Lean étaient quasiment absentes du secteur de la santé au Québec avant 2008, et l'accent mis sur l'aspect « contaminant » et progressif du changement est une méthode peu courante de déploiement. Une démarche par contamination peut se définir par une mise en place autonome d'un changement, où l'adaptation et la mise en place des nouvelles pratiques est totalement laissée entre les mains des équipes et la responsabilité de chacun à porter de l'intérêt à ce qui est fait. Les enseignements ci-dessous considèrent majoritairement des projets d'ampleur comparable à notre cas d'étude. À noter que nous ne cherchons pas nécessairement à proposer une approche par contamination uniquement, mais ces éléments pratiques nous seront assurément utiles pour initier le lancement et encourager l'acceptation progressive de l'outil par les équipes. De plus, nous ne visons que 2 unités de soins par établissement, ce qui peut s'apparenter à l'étape pilote d'un projet avant d'être déployé plus largement en cas de succès. Les 4 phases de la démarche utilisée sont présentées ci-dessous :

- **Démarrage** : avoir un petit budget discrétionnaire, donner de l'autonomie et des disponibilités aux équipes, communiquer largement à tout l'établissement sur les principes de l'AC et le projet, proposer une forte reconnaissance pour les acteurs pionniers ;
- **Consolidation** : être vigilant aux disponibilités des équipes et avoir un appui fort de la direction sur ce point, formaliser le processus de sélection des projets pour les intégrer au budget annuel de l'établissement et standardiser la communication à faire autour des projets, anticiper les possibles recoupements entre les projets proposés par le terrain et les projets en cours menés par les différents services de l'hôpital ;
- **Expansion** : Amener le personnel de terrain à découvrir les problématiques futures en s'entretenant en amont avec eux, s'informer sur leur réalité d'utilisation et leur retour

d'expérience afin d'améliorer les projets futurs et les outils d'AC, étendre la formation et la mise en place de la démarche aux services jusqu'alors pas concernés ;

- **Transformation (pérennisation) :** Dégager du temps aux gestionnaires pour qu'ils puissent être avec leurs équipes, synchroniser les rencontres récurrentes pour en favoriser la performance, clarifier les priorités parmi tous les projets en cours et en réduire le nombre si nécessaire, standardiser la fréquence d'animation des outils Lean en fonction des environnements, établir des salles de pilotages autant de possibles, avec des indicateurs de performances précis et concrets (Landry et al., 2014).

De manière générale, la prise de position récente du secteur de la santé européen comme américain met fortement l'accent sur l'amélioration continue (traduit ici de « *Continuous Quality Improvement* ») à travers la notion de *kaizen*, qui se centre sur des petites améliorations, peu coûteuses, peu risquées et modérément faciles à mettre en place. Ce fonctionnement est intrinsèquement lié au travail de tous les jours des équipes de travailleurs et des gestionnaires de premières lignes dans le but d'améliorer continuellement le quotidien de tous. Les notions de changements *kaizen* ne remplacent pas les innovations ou les changements grande échelle, mais sont justement faites pour être réalisées en parallèle, à l'échelle des unités ou départements. Beaucoup d'auteurs et d'experts statuent que 85% des écarts, erreurs ou inefficiences viennent de problèmes liés aux processus. Ce constat légitime d'autant plus l'importance de questionner et d'adapter constamment les processus d'un environnement de travail. L'étude menée par G. H. Jacobson et son équipe consiste en la création d'un programme d'AC basé sur un modèle de suggestion dans la philosophie *kaizen* pour les médecins du département des urgences du *Vanderbilt University Medical Center*. L'évaluation et le suivi des suggestions d'améliorations se sont faits sur 3 années, soulignant ainsi l'importance de la vision long terme. L'objectif global de leur démarche est de créer une nouvelle culture d'AC et faire en sorte que tous les problèmes soient identifiés et traités via une méthode formelle, transparente et visuelle. Il leur a pour cela fallu concevoir un outil facile d'utilisation pouvant s'intégrer dans la vie professionnelle des destinataires, qui ne demandait pas un grand temps d'implication et qui permettait à tous d'être impliqués et engagés dans les opérations du département. De tels systèmes de suggestions sont conçus pour habiliter chaque individu à s'impliquer dans le repérage de problème, la proposition de solution, et donc de manière générale dans l'amélioration du quotidien de tous. Les auteurs

s'appuient alors dans leur revue de littérature sur le livre de I. Masaaki intitulé « *Kaizen : the key to Kapan's competitive success* » duquel ils tirent 13 grands principes d'application pouvant être utilisés dans le contexte hospitalier :

1. Identifier, reporter et résoudre chacun des problèmes individuellement
2. Pas d'interruption dans le processus d'amélioration
3. Inciter le personnel à repérer et prendre en main les problématiques
4. Aucune idée n'est trop petite
5. Toutes les idées sont considérées et ont une réponse
6. Centrer les changements proposés sur le sens commun, un coût et des risques réduits et non des innovations majeures
7. Collecter, vérifier et analyser les données nécessaires aux réflexions
8. La majorité des écarts et erreurs constatés viennent de problèmes de processus
9. Réduire la variabilité dans les processus est vital pour améliorer la qualité
10. Identifier les actions sans valeur ajoutée
11. Réduire les gaspillages
12. Toutes les interactions sont entre un consommateur et un fournisseur
13. Maintenir une discipline de rangement et de propreté dans l'espace de travail

À la différence de notre étude, les auteurs proposent un outil qui repose majoritairement sur la capacité des gestionnaires à résoudre les problèmes. Les utilisateurs ne font que soulever des problématiques et éventuellement proposer des solutions sans considération pour la mise en place ou les idées pouvant émerger des réflexions de groupe. Notre travail s'inscrit donc plus dans une optique de responsabilisation et d'engagement du personnel. De plus, la communication liée à l'utilisation de l'outil proposé au département d'urgence se fait par courriels, de manière indirecte et impersonnelle, ce qui appauvrit grandement les interactions. Il est à noter également que le déploiement effectué par les auteurs s'est déroulé en 2 phases. Les enseignements tirés de la première pour la préparation de la seconde pourront aussi nous être très utiles. Ainsi, les auteurs

ont identifié certaines lacunes en lien avec les 13 principes précédents, comme la nécessité d'avoir un modèle formel d'amélioration ou une méthode assurant que chaque problème soulevé ou suggestion obtienne une réponse. Un manque de définition claire des responsabilités de chacun pour la phase de mise en place et l'absence d'un mécanisme de communication des succès ont également été constatés (Jacobson et al., 2009). Ces problématiques semblent être récurrentes dans les démarches d'implantation d'outil d'AC et il nous sera d'autant plus essentiel de les anticiper lors de la conception.

Comme nous l'indiquons dans l'introduction de ce travail, notre démarche d'implantation d'amélioration continue dans les hôpitaux est en lien avec les mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Tous les membres du personnel de santé devraient être concernés par la PCI, il est donc intéressant de les y sensibiliser à travers une démarche plus globale destinée à tous. Nous nous intéressons en ce sens au travail de D.J. Gould et son équipe qui proposent une analyse à posteriori (18 mois) d'un plan d'action de PCI avec la perspective des équipes soignantes pour comprendre leurs responsabilités vis-à-vis de la prévention et les enjeux de leur implication dans un tel processus. Les résultats de l'enquête menée aux Pays de Galles ont permis d'établir un lien marqué avec la « *Normalization Process Theory* » (NPT), qui est une théorie sociologique d'identification des facteurs facilitant ou empêchant l'adoption de nouvelles habitudes dans le quotidien des équipes de santé. La NPT comprend 4 facteurs clés pour le succès d'une démarche : la cohérence, l'engagement du personnel, la prise de décision et d'action collective et un *suivi* d'indicateurs permettant l'exploitation des *feedbacks*. Ces éléments influent et sont impactés par les facteurs du contexte organisationnel comme les structures ou les normes sociales. Certains des éléments constituant cette théorie ont déjà été évoqués, et d'autres nous permettent ici de faire le lien avec les 6 domaines d'intérêt soulignés par Gould et son équipe afin de favoriser les considérations du personnel envers la PCI :

- **Capacité à donner du sens à la responsabilité individuelle :**

Le personnel est-il capable de donner une définition de sa responsabilité individuelle en termes de PCI ? Il est essentiel que tous soient conscients des enjeux et de leur responsabilité de prévention par leurs gestes, tant pour protéger le patient qu'eux-mêmes. Cette notion est proche de celle de cohérence, qui fait principalement référence à la manière dont les professionnels de

la santé considèrent et comprennent les nécessités de changements en lien avec les enjeux de la prévention et leur rôle à y jouer ;

- **Toujours être vigilant :**

Ce constat fait appel à la notion d'engagement des équipes, caractérisant l'implication individuelle comme collective de ces dernières dans l'implémentation et la pérennisation de nouveaux processus. Il considère également le besoin de supervision des comportements individuels avec une approche de soutien plutôt que disciplinaire. Un lien est établi avec la responsabilité de chacun de s'assurer que tous leurs collègues soient en permanence attentifs aux processus et gestes de PCI ;

- **Importance de l'accès à l'information :**

Chaque équipe fait face à des enjeux propres. L'information se doit d'être adressée à tous les types de personnels avec un bon équilibre entre les aspects PCI et les particularités de chaque groupe pour être efficace. Encourager le plus possible une participation de tous les membres du personnel soignant en favorisant la libre circulation de l'information et le suivi d'indicateurs. Il est essentiel que les améliorations puissent être constatées concrètement ;

- **Apprentissage collectif et « no-blame culture » :**

Des audits réguliers doivent permettre de mettre en lumière des erreurs. Celles-ci ne doivent pas faire l'objet d'un blâme, mais plutôt être exploitées pour mettre à jour les indicateurs de performance sur lesquels baser une animation régulière afin d'encourager la recherche et la mise en place de solutions tirées de l'analyse de ces écarts (lien avec le point 8 de I. Masaaki). Ainsi, le personnel est invité à maintenir au maximum son niveau d'implication. Les indicateurs se doivent pour cela d'être pertinents, précis, complets et à la portée de tous. ;

- **Opportunités de prise de responsabilités :**

L'existence de ces opportunités résulte d'une multitude de facteurs organisationnels : âge et condition des bâtiments, taux d'occupation des lits, *turnover* des patients, charge de travail, ressources humaines disponibles pour prendre en main la PCI et l'amélioration continue, clarté des rôles de chaque groupe de personnel, charges administratives des cadres, disponibilité des gestionnaires et capacité à déléguer, conformité entre PCI et personnels extérieurs au service,

capacité à maintenir l'engagement du personnel lors de l'absence d'animateurs, légitimité des gestes de préventions recommandés ;

- **Facteurs facilitateurs de la prise de responsabilités :**

3 facteurs apparaissent comme moteur dans la prise de responsabilités du personnel en termes de PCI. Premièrement, une communication fluide et régulière avec l'équipe PCI qui expose clairement ses objectifs est recommandée. Ensuite, le personnel doit toujours bien comprendre les démarches d'amélioration entreprises et les erreurs qui en sont à l'origine. Enfin, leur responsabilité individuelle est renforcée par la médiatisation du problème des infections nosocomiales et les objectifs gouvernementaux liés à la situation (Gould et al., 2016).

L'étude souligne ainsi l'importance de la responsabilité individuelle sur la prévention des infections ainsi que l'impact des méthodes et des indicateurs de suivi utilisés au quotidien sur celle-ci. Finalement, nous avons vu dans cette partie que les précédentes études d'amélioration continue en milieu hospitalier pouvaient apporter de nombreux enseignements, tant pour la conduite de démarche que le contenu des formations. Après s'être inspirés d'une démarche de déploiement par contamination, nous avons référencé les grands principes de la philosophie *kaizen* à travers la conception et la mise en place d'un outil d'amélioration continue dans un département d'urgence. Enfin, la dimension sanitaire de notre étude a été approfondie et enrichie par l'analyse à posteriori d'un plan d'action PCI et de ses enjeux. Nous nous focaliserons plus particulièrement dans la prochaine partie sur les tests d'implantation de la méthode STARS ayant déjà été effectués en milieu hospitalier.

2.2.2.2 Cas particuliers de STARS

Nous explorons dans cette partie le travail de 2 auteures qui ont mené des tests d'implantation de l'outil STARS en milieu hospitalier par le passé. Leurs recherches et conclusions nous permettront de prendre en compte ce qui a déjà été fait et surtout ce qui en a été retenu. J. Charron-Latour, qui a développé l'outil STARS, s'est penchée sur les facteurs clés d'une démarche d'AC durable dans les établissements de santé du Québec pour mener à bien son test par la suite. Ces facteurs sont regroupés en 3 catégories et sont détaillés ci-dessous :

Intrants

- Caractéristiques de l'environnement :
 - Pressions externes (ex : objectifs gouvernementaux pour la PCI) ;
 - Culture organisationnelle favorable, démarche en adéquation avec la culture et les valeurs du service ;
 - Environnement sans risque non stigmatisant ;
 - Haute direction impliquée et sensibilisée à la démarche ;
- Conception de la démarche :
 - Plan de formation visant tous les corps de métiers et tous les niveaux hiérarchiques pour l'utilisation des nouveaux outils, sensibiliser tout le monde pour éliminer les anciennes pratiques et maximiser l'implication du personnel ;
 - Équipe de soutien forte, comité porteur de la démarche engagé et présent ;
 - Rigueur et rythme soutenu d'action de la part de l'équipe support et des gestionnaires.

Processus

- Communication :
 - Communication intra service favorisée, canaux de communication formels entre les employés de terrain et leur gestionnaire ;
 - Communication transversale inter-service favorisée, briser les silos, répandre les bonnes pratiques dans tout l'établissement, communication entre gestionnaires essentielle ;
 - Communication bidirectionnelle entre personnel et direction ;
- Outils :
 - Utilisation d'outils de collection de données pour identifier, prioriser et maintenir les opportunités d'amélioration (indicateurs de performance, audits à tous les niveaux de l'organisation, ciblage des gaspillages) ;

- Adhésion active des employés :
 - Légitimité de la démarche ;
 - Responsabilisation des employés, prise d’initiative, passage à l’action, réussite d’objectifs court terme ;
 - Reconnaissance des employés, partage des bons coups, communication sur les impacts positifs de la démarche et le travail des acteurs impliqués.

Extrants

- Amélioration de la qualité et réduction des gaspillages ;
- Amélioration de l’environnement de travail ;
- Satisfaction des usagers et des employés (Charron-Latour, 2014).

Nous retrouvons ici de nombreux éléments déjà identifiés et d’autres qui seront approfondis par la suite. La caractérisation des facteurs de succès d’une démarche d’AC propres au milieu hospitalier et dans l’optique d’implantation de STARS s’inscrit nécessairement dans notre processus de réflexion pour la conception, d’où notre intérêt ici. Suite à l’identification de ces facteurs et à leur classification, l’auteure a procédé au test de la méthode à Hôtel-Dieu, un des anciens hôpitaux de Montréal faisant maintenant partie du regroupement CHUM suite au déménagement en 2016. L’objectif de cette seconde étude était uniquement de tester la méthode STARS en contexte hospitalier, avec de courtes formations de 15 min centrées sur le fonctionnement des cartes, du tableau et des 5 étapes. Notre travail s’inscrit donc dans la suite de cette étude, en version plus développée, et orientée vers les impacts de l’outil sur le fonctionnement des services dans le cadre d’une politique de contrôle pour l’amélioration des conditions d’hygiène médicale en milieu hospitalier.

Le déploiement de l’outil STARS à l’hôpital Hôtel-Dieu a été effectué en 2 étapes. La première consistait à adapter la méthode à son contexte d’implantation et aux besoins spécifiques des équipes. Pour ce faire, de nombreuses rencontres avec tous les acteurs impliqués dans le projet ont été organisées, et il en est ressorti un besoin de modification de l’outil. C’est en effet à la suite de cette première phase qu’est né le processus STARS en 5 étapes que nous utilisons pour notre projet. La seconde phase était alors celle du déploiement de l’outil au niveau opérationnel. Ce déploiement

s'est fait en 5 temps : installation du tableau, application d'un plan de communication préparé, création de groupes de travail pour former à l'utilisation de l'outil, facilitation de l'adoption et l'utilisation de ce dernier, et enfin support et suivi des équipes dans leur utilisation de l'outil pendant 15 semaines. L'emplacement du tableau a été choisi afin qu'il soit dans un espace ouvert, facilement visible et accessible pour tous. Les formations ont-elles été données au même moment que l'installation du support, sur les heures de travail des équipes, avec une organisation visant à ne pas impacter les activités régulières du service. Enfin, la période de suivi post implantation avait pour objectif de répondre aux questions des équipes, de fournir un support pour l'utilisation de l'outil et la mise en place de solutions, d'observer l'adoption de l'outil et les interactions induites ainsi que de quantifier les améliorations effectuées sur les 15 semaines dédiées. Les résultats de l'étude concernent majoritairement ce suivi des suggestions et leur classification. Nous utiliserons ces éléments pour concevoir notre indicateur de suivi des contributions et participations des équipes afin de quantifier et qualifier les améliorations effectuées dans le cadre de notre étude. Les auteurs ont suivi entre autres le nombre d'idées proposées et/ou résolues, le nombre de problématiques en cours, le nombre de problématiques moyennes par employé sur une période donnée et les catégories des problématiques abordées (Charron-Latour et al., 2016). Les indicateurs de suivi seront davantage détaillés dans la partie méthode.

D'autre part, il est aussi nécessaire de s'intéresser ici au travail de C. Deschamps, portant cette fois plus sur le rôle des gestionnaires et la nécessité de les accompagner. Comme nous l'avons déjà vu, le développement d'une culture d'amélioration continue est au cœur du succès de la démarche et sa pérennisation repose sur le bon fonctionnement du processus au sein des équipes opérationnelles. « Pour que l'amélioration continue puisse être pérenne, il faut qu'elle soit reliée à des actions terrain. L'engagement des employés, le style de gestion, la culture organisationnelle sont des éléments propices pour faciliter le passage à l'action ». Généralement, les programmes d'AC suivent une démarche « *top-down* » et sont donc initiés, gérés et contrôlés par les cadres (Deschamps, 2018). Il est cependant essentiel de garder en tête que de telles démarches ne favorisent pas l'aspect de pérennisation et ne sont souvent pas assez reliées aux réalités terrain ou vues trop négativement (Gould et al., 2016). C'est pour cela que nous souhaitons préparer le support que nous offrirons aux chefs d'unités. Notre objectif est de les accompagner le mieux possible dans l'intégration et le déploiement de l'outil et ainsi anticiper les problématiques récurrentes à l'amélioration continue.

L'auteure propose alors dans son étude un outil d'analyse destiné aux gestionnaires afin de les soutenir dans leur démarche d'implantation d'amélioration continue. Cet outil se présente sous forme d'une grille critères-niveaux permettant d'évaluer la maturité d'une organisation ou d'un service en termes d'AC pour chacun des critères. Les principaux facteurs étudiés dans cet outil sont les suivants :

- Engagement des gestionnaires ;
- Travail d'équipe ;
- Communication ;
- Gestion des processus ;
- Responsabilisation des employés.

Chaque facteur est divisé en plusieurs sous-éléments, chacun décliné sur 4 niveaux de maturité. La grille est disponible en annexe B et sera rementionnée dans la partie méthodologie portant sur les indicateurs. Ce qu'il faut retenir ici est que l'implication des gestionnaires est une notion vraiment centrale pour le succès de notre démarche. Une absence de sollicitation ou de retour d'informations entre le gestionnaire et les employés peut réellement en freiner l'avancement, il est donc important que les IC prennent conscience de l'impact de leurs actions et décisions pour la réussite du projet. Pour l'application de la méthode d'accompagnement proposée, un test d'implantation de STARS au service des urgences de l'hôpital pour enfant de Montréal a été mené (Deschamps, 2018). Ce test ne s'est malheureusement pas montré très concluant, mais de nombreux enseignements sont à en tirer pour notre étude. Ceux-ci sont présentés ci-dessous :

- La démarche était supportée par le CIMAR-Lab et non réellement le gestionnaire, qui n'avait donc pas de quoi prendre en main le projet et l'intégrer de manière optimale à l'organisation ;
- La compréhension des concepts d'AC de la part des gestionnaires comme des équipes n'était pas optimale ;
- L'approbation de l'outil n'avait pas été faite par la hiérarchie supérieure ;
- La démarche n'était pas une priorité pour les gestionnaires ;

- Au premier abord, les gestionnaires s'intéressaient plus au projet car ils « devaient le faire » et qu'ils étaient largement accompagnés par une personne externe plutôt que pour les bénéfices possibles ;
- Manque d'autonomie et de personnalisation de l'approche (Deschamps, 2018).

La connaissance de ces leçons tirées des études passées nous permettra de mieux anticiper les facteurs d'échec lors de notre phase de conception. Les travaux des auteurs mentionnés ici nous aideront également pour la partie méthode et suivi d'indicateurs de notre expérience, détaillée plus loin.

Finalement, nous avons référencé dans cette 2^e partie de revue un panel de recommandations et d'enseignants à la fois théoriques et pratiques. Nous avons ainsi vu que de nombreuses études théoriques portaient sur les aspects de gestion du changement en général ou sur le succès d'une démarche d'amélioration continue. Celles-ci mettent majoritairement en avant les facteurs d'échecs ou les conditions succès des démarches de changements, et ce sont précisément ces critères qu'il nous est intéressant d'identifier et d'anticiper. De la même manière, nous nous sommes ensuite penchés sur le cas des démarches d'amélioration continue ayant déjà été menées en milieu hospitalier, en y intégrant la dimension sanitaire de notre projet avec l'étude des facteurs de succès d'un plan de PCI. Enfin, nous avons exploité les travaux traitants plus particulièrement du cas de la méthode STARS et des différents tests effectués dans les hôpitaux montréalais. Néanmoins, la majorité des démarches proposées se concentre sur la mise en place du changement et les recommandations de gestion. L'impact de la notion de contrôle et la nécessité d'ouverture, de créativité et de reconnaissance de l'erreur comme une opportunité sont quant à eux peu explorés. Nous abordons donc dans la prochaine partie de cette revue la large notion d'environnement favorable à travers les enjeux liés au contrôle, à l'erreur, à la créativité et à l'apprentissage.

2.3 Culture et environnement favorables : créativité et contrôle

Un bon moyen de devenir plus innovantes et/ou de le rester pour les organisations est de capitaliser sur la capacité des employés à innover et être créatif. Le travail aujourd'hui est devenu bien plus basé sur les connaissances qu'avant. Dans ce contexte plus favorable, les employés peuvent aider à améliorer les performances de l'organisation à travers leur capacité à générer des idées pour progresser en termes de produits, services et processus, fournissant ainsi des bases de réflexions

afin de développer et implémenter ces améliorations de manière continue. Pour obtenir un flux continu d'idées d'améliorations et d'innovations, il est important que les employés soient à la fois enclins et capables d'innover et d'apporter des idées (De Jong & Den Hartog, 2007). La considération et la mise en place de ces idées permettent à l'organisation de s'adapter à son environnement, de saisir les opportunités qui se présentent et donc de se développer (Oldham & Cummings, 1996). Devenir une organisation qui apprend et qui s'améliore en continu demande bien plus que des réunions et des ressources. Cela requiert une culture d'organisation et un climat favorable à l'apprentissage et l'implication (Ahmed et al., 1999; Charron-Latour, 2014). D'une part, un environnement favorable à l'apprentissage correspond à un contexte où l'erreur n'est pas stigmatisée et est même au contraire exploitée comme une opportunité d'amélioration (Charron-Latour et al., 2016; Warda, 2009). D'autre part, la culture d'organisation peut se définir par l'ensemble des arrangements, outils ou comportements adoptés par un collectif (entreprise, groupe, équipe...) comme la voie unanime de résolution des problèmes (Ahmed et al., 1999). Il est ainsi nécessaire de prendre en compte les normes organisationnelles, les comportements implicites et les valeurs sous-jacentes qui définissent les comportements quotidiens des acteurs (Ahmed et al., 1999). À l'opposé de ces notions de culture d'organisation et de climat favorable, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales en milieu hospitalier sont marqués par une culture de culpabilisation (Francoeur et al., 2001). Nous développons alors dans cette partie les notions de contrôle et de créativité afin de comprendre comment une démarche d'amélioration continue et sa conception peuvent aider à amorcer un virage vers un environnement ouvert et non stigmatisant, plus favorable à la participation et l'amélioration.

2.3.1 Créativité et apprentissage

La performance créative peut se définir par la capacité des équipes à générer des idées de produits ou de procédures qui sont à la fois innovantes et qui présentent un potentiel important et utile d'amélioration pour l'organisation. Nous nous concentrons pour le moment que sur la génération d'idées créatives par les individus et non sur la seconde étape de mise en place de ces suggestions. Dans leur étude, G. R. Oldham & A. Cummings s'intéressent à démontrer que les employés effectueraient un travail plus créatif quand les paramètres personnels et organisationnels sont favorables. Les caractéristiques personnelles identifiées comme influant sur la créativité individuelle sont les suivantes : intérêt général pour le travail ; attraction ressentie pour la

complexité ; intuition ; esthétique ; sensibilité ; tolérance pour l'ambiguïté ; confiance en soi (Oldham & Cummings, 1996). P. K. Ahmed et son équipe ajoutent à ces facteurs comportementaux la relation de chacun à la notion de contrôle, qui peut générer de l'appréhension. Celle-ci peut détourner l'attention des employés, qui préféreront alors ne pas prendre de risques car ils pourraient être jugés négativement. Pour être créatifs, les individus ont besoin de libertés pour « prendre des risques » et expérimenter (Ahmed et al., 1999; Drexler & Bassetto, 2016). La prise de risque considérée ici concerne uniquement la mise en place de nouveaux processus pour le fonctionnement quotidien de l'unité, il n'est en aucun cas question directement de la situation médicale des patients ou des soins y étant reliés. En somme, les individus apprennent mieux quand ils se sentent motivés par leurs intérêts, principes, satisfaction et par le défi que présente la tâche. Les pressions extérieures sont alors secondaires pour l'objectif de susciter l'intérêt et l'engagement des équipes. Il est alors clair qu'il nous sera difficile d'influer sur ces éléments intrinsèques au caractère et à la personnalité de chaque individu. Les auteurs indiquent alors que l'apprentissage et la créativité sont basés sur une interaction complexe entre les attributs comportementaux individuels et l'environnement (Ahmed et al., 1999). C'est en ce sens que nous nous intéressons plus particulièrement ici aux paramètres organisationnels, par lesquels il est possible d'orienter les comportements vers la créativité et l'implication dans un processus d'innovation pour la résolution de problème.

Il faut pour cela se placer dans la perspective de la motivation intrinsèque, c'est-à-dire considérer que le contexte dans lequel un individu effectue une action influe sur sa motivation intrinsèque, qui influe à son tour sur l'action et sa créativité. Les employés semblent plus impliqués et créatifs quand ils ressentent un haut niveau de motivation intrinsèque, soit quand ils sont excités par leur travail et intéressés à s'engager pour l'essence même de l'activité. Dans ces conditions, l'individu est libre de toute considération extérieure et sera plus à même de prendre des risques, d'explorer de nouvelles voies cognitives, de suggérer de nouvelles idées innovantes, de rester plus concentré sur la tâche et de travailler plus longtemps sur une idée ou un problème. Les situations encourageant les employés à prendre cette voie d'exploration et d'apprentissage devraient donc avoir un impact positif sur leurs performances créatives. Les auteurs identifient alors 2 caractéristiques organisationnelles déterminantes de la motivation intrinsèque et des performances créatives des individus au travail : la complexité du travail et le type de supervision. Celles-ci sont présentées ci-dessous :

- **La complexité du travail :**

Le *design* du travail a toujours été considéré comme un important contributeur à la motivation intrinsèque des employés. De manière générale, les métiers complexes présentant du défi sont considérés comme induisant et encourageant un plus haut niveau de motivation intrinsèque et de créativité que les métiers simples et répétitifs (Ariely, 2016). La complexité du travail peut être indexée sur 3 paramètres : le niveau d'autonomie, la variété de compétences et d'actions, et les *feedbacks*. Ces 3 éléments semblent positivement corrélés au nombre de contributions à un processus de suggestion que les employés seraient à même de faire dans le but d'améliorer le fonctionnement de l'organisation. Cela est vrai dans l'hypothèse d'une absence de contrôle extérieur ou de contraintes, qui concerne alors plus la seconde caractéristique du contexte organisationnel. Dans le cas du contexte hospitalier, les métiers visés présentent un bon niveau d'autonomie et une grande variété de compétences et d'actions. La dimension des *feedbacks* est néanmoins largement sous-considérée et il nous sera certainement intéressant de la rendre plus importante ;

- **Le style de supervision :**

Cette seconde caractéristique du contexte organisationnel est un puissant levier d'influence sur la créativité des employés. Un type de supervision favorable qui offre un soutien aux employés tend à renforcer les comportements créatifs. Les gestionnaires peuvent pour cela montrer de l'intérêt envers les besoins et ressentis de leurs équipes, les encourager à énoncer leurs inquiétudes, échanger, fournir des retours positifs principalement informationnels ou encore faciliter l'apprentissage et le développement des compétences du personnel. À l'opposé, une supervision basée sur le contrôle va saper la motivation intrinsèque des équipes et déplacer leur centre d'attention de leur activité vers des considérations extérieures comme l'appréhension du jugement ou l'inquiétude d'une évaluation future. Cette réduction de la motivation intrinsèque va alors impacter négativement les performances créatives. Il est également important de considérer l'impact de la relation professionnelle entre les employés et les gestionnaires. Les relations caractérisées par un support, de la confiance et de l'autonomie suggèrent des gestionnaires plus à même d'amener les équipes à la génération d'idées créatives. Même si ces considérations sont d'ordre général, le milieu de la santé est tout autant concerné. Une étude menée par West en 1989 a montré que les professionnels de la santé étaient plus créatifs dans

leur travail et leurs propositions d'amélioration lorsque le gestionnaire fournissait un haut niveau de support social. D'autres études ont conclu qu'offrir des libertés et des opportunités de participation à la prise des décisions catalysait la participation et la créativité des employés.

La dernière hypothèse de cette étude suggère qu'une combinaison entre des caractéristiques personnelles favorables et des caractéristiques du contexte organisationnel favorables donnerait d'encore meilleurs niveaux de motivation intrinsèque et de performances créatives. Néanmoins, il est à mentionner que tous les résultats de cette étude sont à prendre avec des pincettes. Tous n'ont pas réellement été validés, mais la philosophie de l'expérience menée et les éléments mis en lumière correspondent largement à l'approfondissement des notions dont nous avons besoin pour compléter notre conception de démarche. Nous pourrions également nous inspirer des suggestions et hypothèses explorées pour les intégrer à notre réflexion (Oldham & Cummings, 1996).

Revenons à présent sur l'étude menée par P.K. Ahmed et son équipe afin de compléter l'analyse des normes organisationnelles impactant la créativité et la capacité d'apprentissage des employés. De manière générale, l'apprentissage individuel et l'amélioration collective sont renforcés par les normes qui supportent un partage ouvert des informations, et impactés négativement par les normes engendrant une attente d'un haut taux de conformité. La vision de l'erreur occupe ainsi une place centrale. Elle peut être tolérée, bonifiée et exploitée comme une opportunité d'amélioration et d'apprentissage, ou bien stigmatisée, car non conforme. Cette place de l'erreur est en liens étroits avec la notion et la perception du contrôle, abordées plus bas. Les auteurs regroupent ici les critères et normes ayant été identifiés comme encourageant l'implication et la créativité dans une optique d'amélioration continue :

- **Environnement favorable** : liberté de test et d'expérimentation, acceptation et non-stigmatisation de l'erreur ;
- **Orientation vers le futur** : attitude positive envers le changement et l'environnement, motivation pour s'améliorer ;
- **Ouverture** : accessibilité, écoute, communication ouverte et partage, acceptation des critiques, honnêteté intellectuelle ;
- **Autonomie** : processus de prise de décision aux plus bas niveaux, liberté et attente d'action, délégation, prise de décision rapide qui minimise la bureaucratie ;

- **Flexibilité organisationnelle** : budgets et fonds, temps, opportunités, promotions, outils, équipements, infrastructures ;
- **Reconnaissance** : idées valorisées, gestionnaires attentionnés et proposant un soutien, bienveillance pour les idées nouvelles, reconnaissance des réussites, réelle mise en place des suggestions de l'équipe, encouragement ;
- **Objectifs collectifs** : fierté, travail d'équipe, vision et direction partagées, respect et confiance ;
- **Croyance en ses actions** : implication, motivation, atteinte des objectifs et satisfaction des résultats, responsabilisation et emphase sur la qualité (Ahmed et al., 1999).

La présence d'un mécanisme de récompense et/ou de reconnaissance influe positivement sur la motivation extrinsèque des individus, qui les invite alors à donner plus de priorité aux actions d'AC. Les motivations intrinsèques et extrinsèques conditionnent ensemble la motivation individuelle des destinataires. L'ensemble de ces relations d'influence sont regroupées dans le schéma ci-dessous (figure 2.3) :

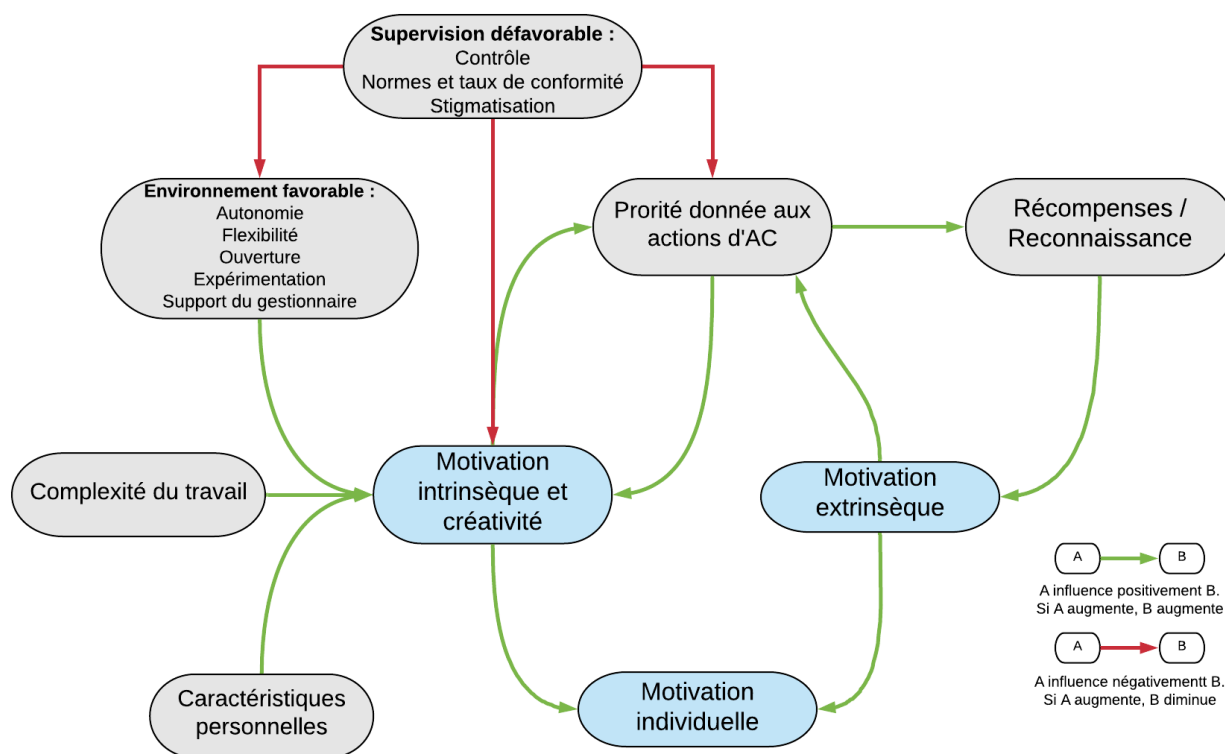


Figure 2.3 Représentation schématique des liens d'influence autour de la motivation des individus
(Adrien Luu, 2020)

Plusieurs éléments soulevés ici ont déjà été abordés dans les parties précédentes, et il est rassurant de constater que de nombreux facteurs clés à la réussite de la démarche soient communs à toutes les approches que nous proposons. Nous notons la présence de 2 boucles de rétroaction positive comme pilier d'influence pour les motivations intrinsèques et extrinsèques, toutes deux en lien avec la notion de priorité donnée aux actions d'AC. Le type de supervision est alors un critère décisif pour l'existence et l'entretien de ces boucles de renforcement.

Pour finir sur cette partie traitant de la génération d'idées et de comportements créatifs, intéressons-nous à l'étude menée par J.P.J. de Jong & D. N. Den Hartog. Les gestionnaires influencent le comportement innovateur des employés autant par leurs actions délibérées visant à stimuler la génération d'idée et leur mise en application que par leurs comportements habituels dans la vie de tous les jours. Dans la suite des recommandations précédentes, les gestionnaires peuvent par exemple inciter les employés à analyser et identifier les problèmes de performance ou les erreurs constatés dans leur environnement de travail. Ces derniers se retrouvent dans les incongruités et discontinuités au sein des méthodes de travail, des besoins non répondus ou dans les pressions externes visant un objectif d'amélioration, et constituent alors des opportunités d'innovation. Les auteurs mentionnent ici une idée utilisée en organisation afin de stimuler la génération d'idées innovantes : le « *criminal tour* ». Durant ce rapide tour de table intégré aux animations régulières, les employés sont invités à penser à une solution non éthique ou illégale qui pourrait néanmoins faire office de solution au problème considéré. Cela permet d'obtenir des pistes de réflexion qui n'auraient assurément pas été soulevées autrement et qui pourront être d'inspiration pertinente pour trouver une réelle solution. À l'image de cette pratique, les habitudes et actions des gestionnaires peuvent influencer la créativité des équipes. De la même manière, il est essentiel que les chefs d'unité encouragent la communication et la diffusion de la connaissance à tous les niveaux pour que les employés soient toujours au courant de pourquoi et comment sont faites les choses. Au-delà de leur meilleure compréhension et acceptation globale, cela permet aussi de communiquer sur les problèmes de chacun, nécessaire au processus d'entre-aide entre collègues. L'existence de ce climat d'entre-aide favorise alors largement l'apprentissage et l'innovation chez les équipes (De Jong & Den Hartog, 2007). Enfin, comme l'indique D. Drexler dans son travail, les gestionnaires se doivent également de déléguer à leur équipe pour inciter la participation et la créativité. Si le personnel veut s'impliquer, mais qu'aucune occasion ne lui est donnée, sa motivation va se dégrader et la volonté d'implication disparaîtra également (Drexler & Bassetto, 2016).

Comme nous le disions au début, l'accent a ici été mis sur l'étape de génération d'idées et d'encouragement de la créativité. La majorité des recherches comportementales individuelles sur l'innovation se sont en fait centrées sur ces éléments. Néanmoins, il est essentiel de considérer le quand et le comment sont mises en place les idées, et non pas seulement comment elles sont générées. Cette seconde étape est en effet une partie cruciale du processus de l'innovation, et elle est bien souvent sous-considérée. L'innovation est donc bien un processus en 2 phases : l'initiation et l'implémentation. La séparation entre ces 2 étapes se situe au moment où l'idée est adoptée, soit au moment où la décision de l'implémenter est prise. En résumé, il nous sera assurément utile de considérer toutes les pistes de gestion et d'influence pour encourager la créativité, mais cela sera en vain si nous n'accompagnons pas les employés jusqu'à l'étape de mise en pratique de leur innovation. Nous devons ainsi non seulement former les équipes à repérer les problèmes et les inciter à les résoudre, mais aussi nous assurer que la transition entre solution théorique et réflexion pratique de mise en place se fasse (De Jong & Den Hartog, 2007).

Finalement, nous avons vu dans ce paragraphe que la créativité et l'apprentissage des employés étaient influés par une multitude de facteurs, personnels comme organisationnels. La notion de motivation intrinsèque des individus est essentielle à considérer pour amener les équipes à participer et être innovantes. Comme évoqué, un haut niveau de motivation intrinsèque passe par exemple par un travail complexe et challengeant, ou un gestionnaire qui apparait et agit comme un support et non une incarnation du contrôle. Au-delà de la complexité du travail et du style de supervision, c'est de manière générale les critères de la culture organisationnelle qui conditionneront le niveau d'implication et de créativité du personnel. Pour compléter cela, nous abordons dans la prochaine partie la notion de contrôle, ses enjeux et ses impacts.

2.3.2 Contrôle : inhibition ou opportunité ?

De manière générale dans les organisations, le contrôle de la qualité se traduit par des audits et vérifications de conformité effectués bien souvent par des personnes extérieures au service évalué. Ces contrôles sont souvent perçus négativement et impactent les performances et la motivation des équipes. Nous allons néanmoins voir dans cette partie que ce n'est pas tant l'existence du contrôle qui est problématique, mais plutôt la manière dont il est effectué et exploité.

Comme déjà évoqué en partie 2 de cette revue, R. Lindquist indique qu'une des principales barrières à l'amélioration continue est le manque d'utilisation d'outils et de méthodes de pérennisation comme les audits internes. Rappelons que les audits sont utiles et puissants uniquement si les résultats sont rendus publics et si ceux-ci servent d'appuis pour un processus d'amélioration continue. Ils peuvent être utilisés avec efficacité dans le cadre de groupes de travail, si toutefois ceux-ci apprennent des résultats et écarts trouvés pour proposer une solution adaptée à chaque problématique (Lindquist, 2011). S'ajoute à cela la nécessité de mettre à jour fréquemment les indicateurs de suivi y étant reliés et d'effectuer une animation régulière d'un outil de résolution de problème afin d'encourager tout le personnel à maintenir au maximum son niveau d'implication. Les indicateurs choisis doivent être pertinents, précis, complets et compréhensibles par tous. On parle alors de *monitoring* pour qualifier ce suivi d'indicateurs en vue de fournir des *feedbacks* et des pistes d'améliorations. L'exploitation des *feedbacks* est en effet une condition nécessaire à l'amélioration continue des performances. Il est donc en ce sens important d'encourager la mise en place de solutions basées sur les écarts constatés plutôt que de pointer du doigt le ou les responsables des erreurs (Gould et al., 2016).

A contrario, les audits à l'hôpital sont majoritairement utilisés à des fins de contrôle normatif par des équipes extérieures aux services. Malgré tout, certains chiffres comme le taux de conformité au lavage des mains sont présentés aux équipes sous forme comparative avec les autres services pour susciter de la motivation, un sentiment d'appartenance et/ou de fierté. C'est une bonne chose que les données soient communiquées visuellement et comparées à des objectifs, mais il n'y a pas de suivi temporel ni d'apprentissage redescendu aux équipes, il n'y a pas d'animation autour de ces chiffres, et ils ne sont assurément pas utilisés dans le cadre d'un programme d'AC (car il n'y en a pas la majorité du temps). Les écarts ne sont donc pas exploités par les équipes à des fins d'amélioration. De plus, les audits sont menés par le personnel de prévention des hôpitaux, lesquels animent également les formations auprès des équipes soignantes en matière de normes et de gestes à effectuer. Cette configuration peut rappeler l'image du contexte scolaire, où la personne qui enseigne les normes effectue également le contrôle de conformité. Le problème rencontré dans le contexte hospitalier du projet est donc autant le manque d'audits internes que la manière dont les existants sont exploités. Ainsi, les contrôles sont perçus comme des jugements par les équipes, déplaçant alors leur centre d'attention vers des considérations extérieures comme l'inquiétude d'une évaluation future (Oldham & Cummings, 1996). Elles préféreront ne pas prendre de risques,

car une erreur pourrait les mener à être jugés négativement (Ahmed et al., 1999). Le contrôle est alors inhibiteur et ne favorise ni la communication ni la collaboration.

La perception du contrôle est donc une notion clé en amélioration continue, pouvant être moteur ou frein de la démarche. Le but de l'amélioration continue étant de promouvoir la participation et la créativité des employés pour résoudre des problèmes, améliorer les processus ou en créer des nouveaux, il semble difficile à concilier avec un environnement de contrôle et d'appréhension du jugement détaillé ci-dessus. Celui-ci rendra particulièrement difficile l'implantation d'outil d'AC, et 96% des gestionnaires expliquent ainsi l'échec d'une telle démarche (Drexler & Bassetto, 2016).

La frontière entre un contrôle efficace et un contrôle inhibiteur est donc très mince, et il est plus facile de basculer vers l'inhibition que l'inverse. Afin d'arriver à renverser la tendance en faveur d'un autocontrôle et d'une ouverture, il est essentiel que les équipes comprennent le rôle premier du *monitoring*, qui est de rester informé et d'avoir un regard objectif sur le statut des projets et des performances de l'unité en temps réel. Ce suivi régulier, couplé à un outil de résolution de problèmes, permet d'ajuster en permanence les processus et le fonctionnement du service aux objectifs fixés tout en donnant l'opportunité aux équipes d'en être les principaux acteurs. Les contrôles et leurs résultats, alors en partie sous la responsabilité des équipes, deviennent leurs outils de réflexion pour l'amélioration continue. Ces suivis sont donc des atouts puissants pour l'équipe, tant pour leur implication que pour leur autonomie d'amélioration de leurs conditions de travaux. Néanmoins, cela n'est vrai que si le suivi ne devient pas trop excessif – travers constaté à des fins de supervision trop stricte –, sans quoi les employés se sentiraient observés en permanence comme par « *Big Brother* » et retomberaient dans une situation de crainte du jugement et donc d'inhibition (De Jong & Den Hartog, 2007).

Au regard de ces éléments, nous comprenons maintenant mieux l'importance de la remise en question des modèles mentaux soulignée par P. Senge dans son livre. Nous avons vu que leur remise en question induit une nécessité d'auto-analyse et de soumission des visions personnelles des employés à une critique externe, celle de leurs collègues. Ceux qui acceptent de révéler leurs vraies pensées et de les soumettre à l'influence des autres n'ont plus peur du jugement extérieur, ce qui les libère de cette considération (Senge, 2015). Ainsi, cette recommandation apparaît comme une première étape nécessaire pour amener les services vers une culture plus ouverte et moins stigmatisante. D'autre part, le travail de D. Drexler et S. Bassetto nous indique que les individus

ayant suivi une formation en amélioration continue seraient susceptibles de moins effectuer d'associations entre leur hiérarchie et la notion de contrôle ou d'appréhension du jugement. Ils tendraient donc à être plus créatifs et à s'impliquer davantage dans l'identification et la résolution de problème (Drexler & Bassetto, 2016). Une sensibilisation aux principes de l'amélioration continue pourrait donc également permettre de remettre en question les notions de contrôle et de jugement extérieur.

Après avoir analysé les 2 dimensions possibles du contrôle, compris les enjeux liés à la mince frontière entre incitatif et inhibition et avoir relevé des pistes de solutions pour initier un virage vers un environnement plus ouvert, nous allons maintenant parler de l'exemple d'une gestion participative (en anglais *Participative Management*, PM). Nous nous appuyons pour cela sur l'étude menée par R. Shagholi et son équipe. Le PM est un style de gestion favorable où le contrôle sert de base pour le système d'amélioration et où la participation des individus est mise en cœur du fonctionnement quotidien. Cet exemple nous permettra dans les faits de cerner comment le contrôle peut être amené à être incitatif et productif à partir des méthodes managériales tout en considérant les enjeux y étant liés. Ce style de gestion se rapproche énormément de ce à quoi nous aspirons aboutir au sein des services hospitaliers impliqués dans le projet.

La majorité des travailleurs d'aujourd'hui sont plus éduqués, motivés, responsables et capables de faire leur travail sans être surveillés de près qu'auparavant. Le changement en direction d'un style de gestion participatif est donc inévitable et nécessaire. Le PM se définit dans les faits par une implication des équipes de terrain dans la prise de décision et le traitement des opportunités d'améliorations. Il permet l'échange d'un libre flux d'information et offre autorité, liberté et autonomie au personnel pour prendre des décisions affectant leur travail. Le pouvoir est partagé, chacun peut donner son opinion et a l'opportunité de participer. Dans un contexte de management participatif, le degré d'implication d'une personne va avoir un impact positif sur ses niveaux individuels de performance et de satisfaction. Comme nous le disions plus haut, le service fourni par les organisations est ainsi amélioré par les équipes impliquées dans les prises de décisions. Mais au-delà de l'amélioration d'efficacité, ce style de gestion permet surtout d'éliminer ou de réduire le sentiment d'hostilité du personnel envers les ordres imposés par la hiérarchie et les aide à utiliser leur énergie de manière proactive. Celui-ci participant alors à l'amélioration de son travail quotidien, il voit ses besoins d'implication et de pouvoir sur l'outil de travail satisfaits. De plus, le développement d'une vision commune de l'amélioration permet d'aller plus loin que de manière

individuelle, avec plus de choix et d'opportunités pour obtenir de meilleurs résultats et expériences. En ce sens, un tel style de gestion permet l'utilisation d'un processus de résolution de problème aidant l'organisation à rester flexible et à garder une capacité d'adaptation importante à son environnement tout en améliorant l'autonomie locale des équipes et leur responsabilisation.

Nous pouvons alors nous demander quels sont les enjeux et les barrières à l'adoption d'un tel type de gestion. Les barrières au PM sont classées en 3 catégories par les auteurs, soit contrôlables, incontrôlables et influençables. Chacune d'entre elles est détaillée ci-dessous :

- **Contrôlables** : incompatibilité temporelle avec le travail des employés, manque de formation ou d'intérêt des équipes ;
- **Incontrôlables** : réputation du département, panel de services de l'entreprise, image liée aux médias, pressions externes ;
- **Influencables** : manque de connaissance en PM ou AC de la part des gestionnaires, culture et climat organisationnel non favorables, incapacité des gestionnaires à prendre le temps d'animer le processus de participation (Shagholi et al., 2010).

La connaissance de ces éléments nous sera essentielle pour aspirer à initier un virage managérial et culturel au sein des unités de soins visées. Nos considérations se porteront essentiellement sur les paramètres contrôlables et influençables, sans toutefois négliger l'analyse des impacts des barrières non contrôlables. Celle-ci pourra en effet nous fournir de précieux indices sur la situation actuelle des services et donc représente une opportunité supplémentaire d'approfondir notre connaissance de l'environnement à des fins d'intégration du changement. On peut par exemple penser ici aux pressions imposées par le gouvernement et la société en générale sur les performances du système de santé, au contexte économique actuel particulier ou encore à l'image que chaque service a dans les autres services et établissements de santé. Finalement, le management participatif semble être un style de supervision approprié à une grande partie des enjeux que nous souhaitons considérer à travers cette étude. Il représente donc une piste notable d'inspiration pour appréhender les dimensions de contrôles et d'implication des équipes.

Nous avons étudié dans cette 3^{ème} partie de revue les notions de culture d'organisation et d'environnement favorables à l'apprentissage et l'implication des équipes, principalement à travers le fonctionnement et les enjeux de la créativité et du contrôle. Nous avons ainsi vu que les

comportements créatifs et innovants sont impactés par une multitude de normes et paramètres, personnels, mais surtout organisationnels. Ces comportements bénéfiques pour l'amélioration continue de l'organisation peuvent être induits de plusieurs manières, dont essentiellement un suivi et une animation régulière d'indicateurs pertinents. Les audits internes permettant le suivi de ces indicateurs sont de puissants outils de réflexion dont disposent les équipes, mais ils ne doivent toutefois pas être excessifs sans quoi l'appréhension du contrôle et du jugement reprendra le dessus et supprimera leur motivation. Le management participatif semble alors être un objectif de style de gestion adapté à la démarche que nous souhaitons proposer et aux enjeux mentionnés jusque-là.

Finalement, cette revue de littérature a été divisée en 3 parties majeures afin de considérer l'ensemble des dimensions que nous souhaitons donner à ce projet d'implantation d'amélioration continue en milieu hospitalier. La première était destinée à référencer un panel de techniques persuasives pouvant être utilisées afin d'inciter les équipes à adopter un nouvel outil et à pérenniser son utilisation. Ces méthodes d'influence doivent pour cela prendre en considération les deux dimensions individuelle et collective de la persuasion. Dans le premier cas, nous avons vu que l'approche de conception centrée utilisateur nécessitait une bonne connaissance de l'environnement ainsi qu'une préparation de la communication, tant sur le fond que sur la forme. Pour le second cas, nous avons souligné l'importance de l'intégration du changement à son contexte avant de développer la notion d'influence sociale à travers la conception d'un support social et le phénomène de comparaison morale.

La seconde partie portait sur les enseignements, à la fois théoriques et pratiques, recensés dans la littérature en matière de gestion du changement et d'amélioration. D'une part, de nombreuses études théoriques mettent en avant les facteurs d'échecs ou les conditions succès des démarches de changements, qu'il nous sera alors intéressant d'anticiper. D'autre part, nous nous inspirerons des enseignements pratiques tirés des cas d'implantation de démarches d'amélioration continue ayant déjà été menées en milieu hospitalier, en y intégrant la dimension sanitaire de notre projet et les connaissances antérieures portant sur la méthode STARS.

La majorité des études sur lesquelles nous nous basons jusque maintenant se concentrent sur la mise en place du changement et les recommandations de gestion. Les impacts de la notion de contrôle et de créativité sont quant à eux peu explorés, et nous avons vu que le contexte hospitalier

actuel est particulièrement concerné. Nous y avons donc consacré la 3^{ème} partie de la revue, en abordant les facteurs organisationnels permettant une culture d'organisation et un environnement tous deux favorables à l'apprentissage et l'implication des équipes. Les employés créatifs et innovants peuvent aider à améliorer les performances de l'organisation à travers leur capacité à générer des idées pour progresser en termes de produits, services et processus, fournissant ainsi des bases de réflexions afin de développer et implémenter ces améliorations de manière continue. Pour ce faire, les équipes peuvent par exemple mettre en place un suivi et une animation régulière d'indicateurs pertinents pour se tenir informées de la situation en temps réels et baser leur résolution de problèmes sur les écarts constatés. Ce *monitoring* ne doit toutefois pas être trop excessif sans quoi la crainte du contrôle reprendra le dessus et inhibera la motivation des équipes. La frontière entre un contrôle inhibiteur et participatif est mince, et les unités de soins impliquées dans le projet nécessitent de prendre ce virage de perception afin d'être à même d'accueillir et d'utiliser la démarche d'amélioration continue que nous proposerons. Le management participatif semble alors nous donner plus de pistes de réflexion sur la manière dont concilier contrôle et supervision dans les faits, avec des enjeux et des barrières propres à considérer.

Dans la suite de ce travail, nous développons notre proposition à la lumière de cette revue. Après une présentation de la méthode et du test effectué, toutes les informations considérées ici seront organisées et exploitées afin de structurer notre démarche et de préparer notre intervention auprès des équipes. Cette étape correspond à la mutualisation de tous les éléments évoqués afin d'aboutir à une utilisation simultanée de méthodes persuasives, de recommandations théoriques en gestion du changement, d'enseignements pratiques en amélioration continue du milieu hospitalier et de connaissances liées à la notion de contrôle.

CHAPITRE 3 MÉTHODE ET EXPLOITATION DE LA LITTÉRATURE

Nous présentons dans cette partie la méthode de recherche que nous suivons pour apporter des éléments de réponse à notre problématique. Dans un premier temps, les indicateurs de suivi sont explicités, les hypothèses sont détaillées et le test est présenté. Par la suite, nous détaillons comment la revue de littérature est exploitée pour la préparation de la démarche et des formations. Le chapitre suivant sera alors consacré à la présentation des résultats.

Avant de débiter, nous rappelons la problématique :

Comment adapter et préparer des formations en amélioration continue pour susciter l'intérêt des équipes, assurer leur engagement et initier le passage d'une culture de contrôle à un environnement d'amélioration durable dans le contexte hospitalier belge et québécois ?

3.1 Méthode et indicateurs

Les formations ont été préparées pour être testées dans 8 unités de soins. L'objectif de ce test est d'explorer une nouvelle voix de conception pour influencer sur la perception de la démarche par les équipes, puis d'identifier les impacts du changement sur les performances des services. L'ensemble des 8 services sont étudiés, formés et suivis de la même manière. Le fonctionnement quotidien des services constitue notre situation de départ. Pour chaque unité, nous suivons l'évolution de la culture organisationnelle, des conditions sanitaires et des améliorations de processus sur une période de 5 mois minimum :

- **Évaluation du niveau de maturité des services en termes d'amélioration continue :**

Cette évaluation est basée sur l'outil d'analyse de C. Deschamps afin de dresser un portrait précis des nombreux aspects constituant la culture organisationnelle et les processus des services avant et après les formations (Deschamps, 2018). Ce suivi permet d'identifier les paramètres organisationnels impactés par l'implantation de l'outil dans les services. Cette grille critères-niveaux repose sur 5 grands facteurs critiques de succès d'une démarche d'AC : l'engagement des gestionnaires, le travail d'équipe, la communication, la gestion des processus et la responsabilisation des employés. Chacun de ces facteurs présente des sous-critères, pour lesquels chaque situation est déclinée en 4 niveaux de maturité, du moins mature au plus mûr.

La grille utilisée est présentée en annexe B. Le relevé initial s'est fait lors des observations et le final aurait dû se faire lors de la période d'accompagnement post-formation ;

- **Suivi des chiffres PCI :**

Les chiffres des infections nosocomiales contractées sur le service avant pendant et après la période de formation sont utilisés pour suivre l'évolution des conditions d'hygiène et possiblement observer un changement d'implication des équipes sur le plan sanitaire. Ces chiffres sont récupérés auprès des équipes PCI ;

- **Suivi du fonctionnement de l'outil STARS :**

Le but est ici de quantifier et qualifier les problématiques soulevées, les améliorations réalisées et la participation des employés au processus STARS. Ce suivi du fonctionnement de l'outil nous permet de quantifier l'efficacité de la méthode en termes d'améliorations, mais aussi l'acceptation du changement par les équipes et ses chances de pérennisation. On considère ici les données suivantes, qui doivent être relevées durant la période de suivi post-formation :

- Nombre de problématiques soulevées (cartes STARS éditées) ;
- Nombre de problématiques résolues et % de résolution (cartes STARS fermées) ;
- Nombre de problématiques en cours et % (cartes encore sur le tableau) ;
- Temps moyen de résolution d'une problématique ;
- Nombre moyen de problématiques éditées par employé ;
- Catégories des problématiques adressées ;
- Participation au processus en % des employés ayant édité au moins une carte ou pris part à un groupe de travail au moins une fois ;

À ces 3 catégories d'indicateurs principaux vient s'ajouter l'enquête remplie à l'issue des formations par les participants. Ils quantifient ainsi la proximité des principes d'amélioration continue proposés avec leurs valeurs personnelles et besoins professionnels avant d'être invités à souligner un point fort et un point faible de la séance. Ces petites enquêtes permettent d'avoir un retour direct des impressions suite à la formation et cela nous donne un avis global de la manière dont les équipes ont perçu la démarche et si celle-ci a suscité leur intérêt.

Les hypothèses et objectifs de recherche auxquels le suivi de ces indicateurs et la réalisation du test cherchent à répondre sont les suivants :

H1 : L'utilisation de méthodes persuasives et des enseignements tirés de la littérature pour la préparation des formations permettraient d'encourager l'engagement des équipes hospitalières dans l'utilisation de l'outil d'amélioration continue STARS. Cela aurait alors un impact positif sur les processus et performances quotidiennes des équipes formées.

Nous induisons ici le fait que nous inspirer des meilleures pratiques persuasives étudiées dans la littérature et des enseignements tirés des démarches passées d'implantation d'amélioration continue en milieu hospitalier permettrait d'obtenir l'engagement des équipes, ou du moins de l'encourager. Même si l'outil est conçu pour les accompagner dans une démarche d'implication en vue d'un meilleur fonctionnement du service et de la facilitation du travail de tous par la résolution d'irritants du quotidien, cela ne sera possible que si les équipes embarquent dans le changement proposé. Il nous est donc essentiel de mettre l'accent sur la préparation de la conduite du changement et de l'intervention auprès des équipes afin d'assurer leur entière participation. En cas de succès d'implantation de l'outil, nous prévoyons une amélioration des processus et performances au quotidien grâce aux idées et aux changements menés par les équipes.

H2 : La mise en place d'une démarche d'amélioration continue comme STARS dans le contexte hospitalier belge et québécois pourrait permettre de passer d'une culture de contrôle à une démarche proactive ouverte et non-stigmatisante pour la gestion et le contrôle des infections nosocomiales.

Nous suggérons ici que l'introduction et la formation des équipes hospitalières à l'outil d'amélioration continue STARS amorcerait un virage de culture organisationnelle. Les équipes accorderaient alors plus d'importance à leur apprentissage et à leur implication dans l'amélioration permanente de leur travail qu'à l'appréhension du jugement et du contrôle normatif présente dans la situation initiale de notre étude. La vision de l'erreur est centrale dans cette idée, car c'est principalement la réaction face à l'erreur qui nous permettra de jauger l'évolution des mentalités. Il semble cohérent de penser qu'une dynamique proactive permet d'éloigner la crainte du contrôle par le fait même d'être impliqué dans l'amélioration visant à réduire les erreurs.

H3 : La démarche d'ouverture proposée par la mise en place de l'outil d'amélioration continue STARS en milieu hospitalier peut avoir un impact positif sur les performances des équipes en

termes de PCI. L'outil pourrait aider à réduire les risques de transmission d'infections nosocomiales en sensibilisant les équipes soignantes aux problématiques d'hygiène et en les amenant à s'impliquer davantage grâce à leur motivation intrinsèque.

Nous suggérons avec cette troisième hypothèse que les conditions d'hygiène médicale seraient améliorées grâce aux opportunités d'implication dans la réflexion et la résolution des problématiques de préventions des infections qui s'offrent aux équipes. En lien avec la seconde hypothèse, le changement de vision liée à l'erreur et au jugement permettrait au personnel d'être plus concerné et proactif dans le fonctionnement de son service et donc d'en améliorer les résultats sanitaires. Chacun apprendra à repérer de mieux en mieux les problématiques de son environnement, ce qui mènera à la mise en place de solutions adaptées et donc à la réduction du nombre de cas d'infections nosocomiales contractées dans les services.

3.2 Présentation du test

Lancé en 2018, le projet Orchestra se déroule en partenariat avec 4 établissements de santé majeurs, le CHUM et le CHU Sainte-Justine à Montréal (Québec), ainsi que l'hôpital Érasme et l'hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF) à Bruxelles (Belgique). Initialement orienté vers une autre démarche et un autre outil, le projet s'est vite recentré sur l'essentiel et notre problématique a été adaptée à la réalité de ce qui était faisable sur le terrain. En effet, l'outil FOCALÉ prévu au départ n'était pas vraiment à la portée des équipes, il nécessitait un apprentissage important rendant difficile pour elles le fait de faire du projet une priorité, et son fonctionnement devait reposer sur une base d'amélioration continue solide, alors absente des services. Ces facteurs de difficulté ont pu être limités avec le choix de l'outil STARS, qui présente un processus plus facile d'accès et constitue en soi une base d'AC. Le contexte historique du projet est davantage détaillé en annexe E. Dans le cadre de notre étude, le but du test est de mettre en application les formations, préparées à l'aide de la littérature ci-dessous, dans chacun des 8 services concernés. Ces derniers ont été tirés aléatoirement parmi toutes les unités de soins des établissements et sont présentés ci-dessous (Tableau 3.1) :

Tableau 3.1 Nom des établissements hospitaliers et des unités de soins impliqués dans le projet à l'état initial

	Québec	Belgique
Hôpital pour adultes	CHUM - Transplantation et Chirurgie digestive	Erasmus - USI et Hématologie
Hôpital pour enfants	CHU Sainte-Justine - USI et Hématologie	HUDERF - Nourrissons et Néonatalogie

Les formations sont identiques en forme et contenu, à l'exception des exemples adaptés à chaque unité comme expliqué plus bas. L'AC et la résolution de problème devant être l'affaire de tous, nous ciblons l'ensemble du personnel des services, soit les infirmières, aides-soignants, préposés aux bénéficiaires, aides-logistique ou encore agents administratifs, et ce, pour les 3 rotations de travail (jour/soir/nuit).

Pour des raisons organisationnelles et financières évoquées par la suite, les formations durent 30 minutes et s'effectuent en petits groupes (2 à 8 personnes), pendant les heures de travail des équipes. Il est en effet impossible pour les gestionnaires de libérer le personnel plus longtemps ou en plus grand nombre sur les heures de travail, et cela ne pouvait pas se faire en dehors, car aucune ressource financière n'était prévue pour le temps de formation.

Les formations se sont déroulées entre décembre 2019 et février 2020 pour les établissements canadiens, puis au début du mois de mars pour les services d'Érasme en Belgique. Elles étaient données entre 9h et 14h en journée, vers 20h le soir et à 02h pour la nuit. Bien que les formations aient été préparées, 3 des 8 services n'ont pas été concernés, car abandonnés en cours de projet pour des raisons contextuelles hors de notre contrôle (Hématologie Sainte-Justine, Nourrissons et Néonatalogie HUDERF). Pour les 5 unités restantes, tous les quarts de travail ont suivi les formations, à l'exception de l'USI à Érasme où seule l'équipe de jour a été formée, car le service était fortement impacté par la crise sanitaire mondiale du Covid-19. Finalement, 151 personnes ont été formées, sur un total de 23 heures de formations réparties en 46 séances. La période de suivi et d'accompagnement des équipes devait se dérouler entre la fin des formations et juillet 2020, nous y reviendrons.

3.3 Exploitation de la littérature pour la préparation des formations

À la suite de la revue et de la présentation de la méthode, nous regroupons et exploitons dans cette partie toutes les recommandations de la littérature afin de définir notre champ d'action et de structurer la gestion de la démarche d'implantation de STARS dans les hôpitaux. Nous proposons ainsi de baser notre conception sur l'ensemble de ces enseignements afin d'aboutir à des formations et une approche de gestion préparées et favorisant le succès d'implantation de l'outil. Si le déploiement de STARS et son adoption par les équipes sont réussis, il nous sera alors possible d'en identifier les impacts sur le fonctionnement et les performances des services. Pour ce faire, notre réflexion sera divisée comme suit :

- Identification des facteurs intrinsèques à l'ensemble de la démarche et au contexte ;
- Analyse de l'environnement pour la contextualisation de l'outil et la préparation de la gestion ;
- Exploitation des recommandations pour la préparation des formations ;
- Considération pour les enseignements liés au contexte du service et à l'utilisation de l'outil à la suite des formations.

Pour les catégories concernant la préparation en amont et l'environnement des services post-formation, l'exploitation des recommandations est détaillée par thématique, et les documents ou supports ainsi établis sont présentés.

Avant de débiter avec la première partie, nous souhaitons préciser les raisons du choix de l'outil STARS. STARS n'est en effet pas l'unique outil d'amélioration continue existant, il y en a une multitude. Nous avons déjà parlé des raisons de l'exclusion de FOCALE plus haut, mais rappelons que STARS a été préféré pour la simplicité de son processus, son accessibilité pour les équipes soignantes ou encore son efficacité déjà démontrée en organisation. À noter également que cet outil présente de nombreux avantages du fait d'avoir été développé au sein du CIMAR-Lab à Polytechnique Montréal, ce qui nous procure la connaissance de l'outil, le droit de l'utiliser pour la recherche et même l'autorisation de le modifier à notre guise pour le projet.

3.3.1 Facteurs intrinsèques à la démarche, l'outil ou l'environnement d'étude

Dans cette première partie, nous identifions les facteurs recommandés qui sont intrinsèquement liés à la démarche globale du projet. Nous différencions ici les éléments caractéristiques d'une démarche d'amélioration continue en générale, ceux propres à l'outil STARS et enfin les facteurs contextuels fixes à l'environnement hospitalier étudié. Ces éléments intrinsèques correspondent à des critères de succès du projet sur lesquels il nous faudra appuyer notre conception, ils ne font pas partie de notre champ d'action à proprement dit. Il est donc essentiel de les identifier et d'avoir conscience de leur présence et enjeux respectifs pour structurer la suite de l'intervention.

3.3.1.1 Intrinsèque à l'amélioration continue

Nous avons vu que de nombreuses études portent sur les démarches de changement en faveur de l'amélioration continue. Au-delà des facteurs de succès ou d'échec qu'il nous sera nécessaire d'anticiper et d'exploiter, certains critères soulevés correspondent davantage à la définition intrinsèque d'une culture d'amélioration continue. Ainsi, l'amélioration continue vise par nature à fournir des opportunités d'apprentissage en groupe de travail à travers une systématisation de l'analyse des écarts constatés dans l'environnement de travail. La collaboration et la consultation des équipes pour la résolution de problème se basant sur ces écarts sont alors mises en avant, et les petites améliorations peu coûteuses, peu risquées et modérément faciles à mettre en place sont favorisées. L'utilisation d'indicateurs de suivi est alors un atout important pour mener à bien l'identification et la résolution des problèmes. Un tel fonctionnement permet de se centrer sur peu de projets en même temps pour ne pas surcharger les services en priorisant les changements qui présentent une forte cohérence avec la mission de l'organisation tout en traitant les possibles conflits d'intérêts en amont des changements. Également, l'établissement de canaux de communication formels enrichit la communication verticale entre les gestionnaires et les employés. Enfin, une culture d'amélioration continue propose un rééquilibrage entre les processus directs et indirects.

On voit bien que l'ensemble de ces éléments participent finalement à définir la situation recherchée. Il sera alors de notre ressort de les rendre réels et appliqués sur le terrain de par l'ensemble de notre travail de préparation et de formation.

3.3.1.2 Intrinsèque à l'outil STARS

STARS est un outil de résolution de problème conçu pour soutenir une démarche d'amélioration continue en milieu professionnel. Pour rappel, l'outil et son fonctionnement sont présentés en annexe A. Les facteurs intrinsèques à l'amélioration continuent mentionnés ci-dessus sont donc en liens étroits avec le fonctionnement de l'outil. Néanmoins, celui-ci présente des critères intrinsèques qui lui sont propres, et leur identification correspond à l'étape de définition du PTS de l'outil recommandé par S. B Gram-Hansen et son équipe pour l'étape de conception (Gram-Hansen et al., 2018). Même si nous partons ici d'un outil déjà existant, nous avons vu qu'il nous sera essentiel de l'adapter à son futur contexte d'utilisation, d'où la nécessité de reconsidérer cette étape. Les éléments intrinsèques à l'outil STARS sont présentés ci-dessous :

- Soutien d'implication des équipes dans la résolution de problèmes ;
- Proposer une approche participative de la gestion des changements et de l'amélioration ;
- Structuration des réflexions en petits groupes de travail suivies par un document standard ;
- Coopération des destinataires encouragée par le fonctionnement du processus et la nécessité de travail en groupe ;
- Modèle formel de suggestion et de conduite d'amélioration : cartes *stars* préimprimées et processus visuel en 5 étapes ;
- Présentation visuelle simple de données complexes : grand tableau en 5 colonnes et aspect synthétique des cartes STARS ;
- Chaque problème soulevé obtient une réponse : cartes datées et gestion visuelle du tableau ;
- Identifier, reporter et résoudre chacun des problèmes individuellement
- Favoriser l'utilisation de cycles : changement/consolidation/pérennisation plutôt que de maintenir l'organisation dans un état de changement permanent ;
- Donner du sens à la responsabilité individuelle par des opportunités d'implication : les employés sont libres et même encouragés à remplir une nouvelle carte pour soulever une problématique et à s'impliquer dans la résolution des problèmes ;

- Encourager la remise en question de la perception du contrôle en les déléguant aux équipes : 5^{ème} étape de STARS (« *Sustain* ») ;

Enfin, il a plusieurs fois été mentionné l'importance de clarifier le lien entre le changement et les situations problématiques rencontrées pour que celui-ci fasse sens aux yeux des destinataires. L'outil le propose à travers son fonctionnement, car ce sont les équipes qui sont responsables de repérer les problèmes et d'y apporter les solutions. Ces dernières font donc nécessairement sens à leurs yeux, car elles résultent des discussions de groupe auxquelles chaque individu a participé. L'outil STARS présente donc, intrinsèquement à son utilisation et sa conception, de nombreux critères favorables à son implantation et à l'implication des équipes. Attention néanmoins à ne pas tomber dans le déterminisme technologique, tous ces éléments ne sont vrais que si l'outil est réellement adopté et utilisé par les équipes. Également, certains critères sont tout aussi à considérer dans les recommandations attrayant à notre champ d'action, car notre démarche auprès des services est en soi un changement. Nous en retrouverons quelques-uns dans les parties d'exploitation plus bas.

3.3.1.3 Intrinsèque à l'environnement d'étude

Pour finir avec cette partie d'identification et de classification des facteurs intrinsèques au projet dans sa globalité, nous revenons sur 3 éléments contextuels de l'environnement professionnel des équipes qu'il nous sera plus efficace d'anticiper que d'aborder de manière directe :

- **Comparaison sociale** : notion de jugement moral entre les acteurs et observateurs au sein d'une équipe ;
- **La maîtrise personnelle** : aptitude et volonté des individus à apprendre et à avoir le bon état d'esprit nécessaire à une cohésion de groupe ;
- **La complexité du travail** : pour le contexte hospitalier considéré, les métiers visés présentent un bon niveau d'autonomie et une grande variété de compétences et d'actions. La dimension des feedbacks est néanmoins largement sous-considérée ;

À noter que la culture organisationnelle et la perception du contrôle en milieu hospitalier font également partie des caractéristiques de l'environnement, mais nous les avons déjà détaillées dans la revue et nous y reviendrons plus tard.

Finalement, nous détaillons dans cette première partie le « quoi » avant de s'intéresser au « comment » de la démarche de changement proposée. La majorité des éléments mentionnés ici sont intrinsèques au projet Orchestra dans son ensemble à travers les notions d'amélioration continue, d'utilisation de l'outil STARS et de l'environnement hospitalier. Ils ne sont donc pas directement rattachés à notre champ de conception et d'action, mais ne pas les identifier et les considérer serait une erreur de notre part.

3.3.2 Analyse de l'environnement et préparation de gestion

3.3.2.1 Observations et analyse de l'environnement

Dans un premier temps, les approches de gestion du changement relevées nous conseillent de ne pas tomber dans le déterminisme technologique et d'éviter les approches « *expert driven* » ou « *one best-way* ». Il est alors essentiel de contextualiser le changement et d'adapter l'outil à son environnement. Pour ce faire, une analyse en profondeur du quotidien et du comportement des destinataires dans le futur contexte d'utilisation est nécessaire. Nous devons également considérer la culture organisationnelle en nous intéressant aux paramètres dynamiques comme les processus de groupe, la nature des interactions ou les normes collectives. Notre démarche doit être en cohérence avec la culture et les valeurs des unités. Cette analyse globale de l'environnement ciblé doit permettre de repérer les moteurs et les freins présents dans les services. Nous pourrions ainsi cibler les bons leviers afin de faire échos aux principes et besoins des destinataires tout en leur donnant les moyens de faire aisément le lien entre la démarche et leurs principes. La connaissance du contexte aidera enfin à nous assurer de l'adéquation entre le projet, la capacité des services à le recevoir, et celles des destinataires à l'adopter. L'outil sera adapté si nécessaire.

Ainsi, nous avons procédé à des observations et des entretiens avec les équipes au sein de chacun des services impliqués dans le projet en amont de toutes autres considérations de conception. Après le lancement du projet auprès des équipes, 4 mois y ont donc été destinés, découpés en 3 phases. Premièrement, les observations étaient effectuées en libre circulation dans le service, avec un

regard extérieur de visiteur. Dans un second temps, nous avons suivi plusieurs employés de chacun des postes ciblés (personnel infirmier et assistants/préposés majoritairement) dans leur travail quotidien et échangé avec eux à cette occasion. Toutes ces informations ont été complétées par des entretiens avec les infirmiers chefs (IC) et/ou assistants chefs lors des nombreux rendez-vous d'avancement. Ces derniers permettaient également de travailler de pair avec les gestionnaires pour organiser la démarche et se sont prolongés tout au long du projet à cette fin. Enfin, nous avons relevé l'état initial du premier indicateur de suivi, soit le niveau de maturité de chaque service avec la grille d'analyse tiré du travail de C. Deschamps (Deschamps, 2018). L'établissement et l'utilisation de cet indicateur sont détaillés dans la partie méthode.

Un gabarit d'observation a été établi afin d'uniformiser l'ensemble des informations récoltées pour chaque service. Celui-ci a été ensuite adapté aux interlocuteurs : un modèle était destiné aux observations libres et aux équipes tandis que l'autre structurait les premiers entretiens avec les gestionnaires. Ces 2 documents sont présentés en annexe C et D. Les échanges avec les équipes étaient destinés à découvrir les normes et habitudes de fonctionnement du service ainsi que leur ressentis. Les entretiens avec les gestionnaires permettaient de confirmer ce qu'il se faisait sur le service et d'en comprendre les raisons en termes de motivation hiérarchique. À noter que cette phase d'observation et de découverte de l'environnement hospitalier s'est effectuée en collaboration avec J. Schmaltz, alors étudiante à Polytechnique Montréal. Les données initiales des observations, des échanges avec les équipes et des évaluations de maturité des services sont en communs dans le cadre de nos projets respectifs. Elles ont ensuite été, pour sa part, analysées et mises en lien pour mettre en évidence que la capacité à changer d'une organisation semble être liée à sa maturité en termes d'AC (Schmaltz, 2019). L'annexe E présente le contexte global du projet Orchestra et les liens entre les différents travaux des étudiants. Les informations relevées sur la période d'observations sont classées en 5 catégories, dont les principaux contenus et intérêts sont détaillés ci-dessous :

- **Animation de l'équipe (fréquence, durée, animateur, objet) :** Cerner les habitudes de réunions et d'animation des équipes, en comprendre les objets et la répartition des rôles, voir si des habitudes d'animation régulières existent déjà, savoir si l'animation de l'outil STARS peut s'intégrer dans ces habitudes ou doit au contraire en créer une nouvelle, découvrir le système de transfert d'information, considérer les besoins du personnel en

termes d'animation vis-à-vis de ce qui est déjà fait, adresser la question de la compatibilité temporelle de l'outil avec le quotidien des équipes ;

- **Amélioration continue (indicateurs, salle de pilotage, résolution de problème) :** Savoir s'il y a des habitudes de suivi d'indicateurs et un mécanisme de résolution de problèmes, cerner rapidement si les équipes ont accès à l'information et si elles sont impliquées ou non dans les prises de décisions ;
- **Paramètres fonctionnels du service (nombre de lits, d'employés par poste et par patient, horaires de rotation des équipes) :** Considérer la taille du service et le nombre de personnes à former, identifier la charge de travail des équipes et ses fluctuations, découvrir les horaires et l'organisation des équipes. Nous avons rajouté ici une question suite à la première observation : comment sont déterminées les répartitions des équipes pour les horaires de repas ? Les équipes hospitalières doivent se répartir en 2 voire 3 groupes pour manger à des horaires décalés. Savoir si la répartition des employés est autonome ou subordonnée permet d'avoir un rapide aperçu de la notion d'autonomie des équipes ;
- **Mesures d'hygiène et de prévention (interaction avec personnel d'hygiène, gestion des isolements et du matériel, interaction avec le personnel d'entretien) :** évaluer la standardisation des processus à travers des considérations sanitaires, comprendre les interactions entre personnel PCI/d'hygiène et les employés des services, délimiter les responsabilités de désinfection et nettoyage entre personnel soignant et équipes d'entretien, savoir si ces interactions sont à la source de problème ;
- **Exemple de problématiques et autres besoins :** Laisser la parole aux équipes (employés comme gestionnaires) pour qu'ils s'expriment sur des problématiques qui les touchent dans leur travail, sur des besoins qu'ils auraient ou suggestions qu'ils voudraient faire. Les situations problématiques observées en premiers lieux sans interaction avec le personnel sont également notées dans cette catégorie. Ces éléments viendront compléter nos informations pour la préparation du contenu des formations.

D'autre part, nous avons également mentionné la nécessité d'évaluer les facteurs externes et incontrôlables. Dans le cadre de notre projet, nous considérons en particulier la réputation de l'unité

au sein de l'établissement, le contexte économique des systèmes de santé et les pressions externes comme les objectifs gouvernementaux pour la PCI ou les attentes de la société et des patients en termes de bon fonctionnement des établissements de santé. Notre intérêt se porte ici sur les impacts de ces facteurs sur le quotidien des équipes de santé que nous allons former. Ces éléments ont principalement été discutés d'une part lors des entretiens avec les IC pour ce qui concerne la charge de travail, les contraintes budgétaires du système de santé en général et manque de personnel, et d'autre part avec les équipes PCI pour comprendre comment se manifestent les contraintes gouvernementales auprès des équipes à travers donc les audits et le suivi des chiffres des infections remontés à l'échelle régionale et nationale. Les entretiens avec les responsables d'hygiène et de prévention étaient des rendez-vous d'avancement, d'informations et de coordination. Ils ne rentrent pas dans la catégorie des observations, bien que plusieurs informations soient utilisées aux mêmes fins que les précédentes.

Au-delà du panel d'informations utiles que nous exploitons par la suite pour la contextualisation et l'adaptation des formations à chaque unité, les observations menées auprès des équipes font ressortir le constat du déséquilibre entre processus directs et indirects. La motivation du personnel est très orientée vers le soin des patients et moins vers les processus indirects. Les équipes sont surchargées, mais gardent le sourire, car leur motivation première est d'aider et de soigner les gens. Les processus indirects sont quant à eux plus critiqués et souvent perçus comme les causes de la surcharge de travail.

Finalement, cette première étape d'observation et d'analyse de l'environnement nous a permis de nous familiariser avec le milieu hospitalier et la réalité du quotidien des équipes sur le terrain. Nous présentons dans la suite de cette partie la contextualisation de l'outil et l'organisation de la démarche à la lumière de ces observations et des enseignements étudiés.

3.3.2.2 Gestion et contextualisation de la démarche

3.3.2.2.1 Design et adaptation de l'outil

La première étape suivant la découverte de l'environnement consistait à adapter l'outil STARS à son contexte d'implantation et aux besoins spécifiques des équipes afin de considérer entièrement

le défi subjectif d'intégration du changement avec la perspective des destinataires. Les nombreuses observations et rencontres menées ont alors permis d'aligner la méthode avec la culture d'organisation, la structure et les comportements. Il en est ressorti que l'outil doit être facile d'utilisation et peu chronophage afin de permettre aux destinataires d'être impliqués dans les opérations de l'unité sans les détourner du cœur de leur métier. Ces premières conclusions nous indiquent alors clairement qu'il faut proposer un support physique et visuel, facile d'accès et ne demandant que des manipulations basiques et pratiques. Sans cela, il sera impossible d'intégrer l'utilisation de l'outil au quotidien déjà surchargé des équipes de santé. À noter que même si les premiers tests de la méthode étaient sur support physique, la méthode est aujourd'hui davantage exploitée sous forme numérique, ce choix n'est donc pas anodin.

En ce qui concerne la crédibilité visuelle du support, les éléments de *design* doivent répondre à 3 caractéristiques : un support fonctionnel, une présentation simple d'informations complexes et une transcription visuelle du processus standardisé. Nous avons donc opté pour un support léger pouvant être accroché au mur et/ou déplacé, sur lequel le tableau en 5 colonnes est imprimé et des bandes de velcro sont collées. Les morceaux de velcro également placés au dos des cartes STARS permettront aux utilisateurs de les déplacer aisément de colonne en colonne sur le tableau. Les cartes vierges sont préimprimées et seront à disposition à proximité. Nous avons misé sur un *design* professionnel épuré, avec des matériaux de qualité, des couleurs simples et une symétrie des bandes de velcro dans les colonnes. Les dimensions du tableau et des cartes ont été pensées de manière à limiter le nombre de problématiques en cours à 12 par colonne tout en gardant un tableau de dimensions raisonnables pour être déplacé si besoin et des cartes suffisamment grandes pour y écrire toutes les informations requises. Cela permet de garder une gestion visuelle simple de l'outil et de souligner la nécessité de faire avancer les résolutions en cours si le tableau est surchargé. Le choix du support physique présente de plus des avantages pour les aspects praticité d'utilisation et coût minimal de matériel. S'ajoute à cela le fait que les équipes n'ont pas forcément accès facilement ou ni même le temps d'être devant un poste informatique, et aussi que la technologie peut être source de nombreuses complications même pour un système de fonctionnement très simple. La solution physique apparaît comme bien plus adaptée à l'environnement et aux processus y prenant place au quotidien. Le visuel final du tableau est présenté dans la figure 3.1 page suivante :



Figure 3.1 Visuel final du tableau STARS conçu pour les équipes

D'autre part, la crédibilité de l'outil et du fournisseur sont quant à elles plus difficiles à faire valoir que la précédente. Même si le CIMAR-Lab est connu et spécialisé en AC, et que l'outil STARS a déjà été éprouvé et utilisé, il n'en reste pas moins que les équipes soignantes sont étrangères à ce domaine et par conséquent qu'elles n'en aient probablement jamais entendu parler. Nous préférons ici nous appuyer plus largement sur la réputation de Polytechnique Montréal qui parlera assurément plus aux équipes, belges comme québécoises, et miser davantage sur la crédibilité visuelle de l'outil d'une part et celle du présentateur d'autre part.

Également, nous avons évoqué la nécessité d'avoir un modèle formel d'amélioration et une méthode assurant que chaque problème soulevé obtienne une réponse. Alors que la première est intrinsèquement considérée par le processus en 5 étapes de l'outil, la seconde implique quant à elle une légère adaptation. Même si la gestion visuelle du tableau et le datage des cartes STARS participent à répondre à cette seconde nécessité, il nous est apparu comme utile d'ajouter sur les cartes le service et le quart de travail de la personne ayant soulevé le problème. La question de la gestion des interactions entre les quarts de travail se pose en effet, car les 3 équipes en rotation jour/soir/nuit doivent être formées, et l'identification de cet élément permettra d'améliorer le suivi

des problématiques de chaque équipe. Elles pourront alors identifier plus facilement la nature et les enjeux d'une problématique à la lecture de la carte, et elles seront libres d'organiser spatialement le tableau en fonction des rotations si elles le souhaitent. L'animation de l'outil ne pouvant se faire qu'équipe par équipe pour des raisons temporelles et présentes, et les problématiques pouvant être différentes d'un *shift* à l'autre, il semblait essentiel d'ajouter cette identification aux cartes. Toujours dans une optique de praticité d'utilisation, de gestion visuelle du tableau et donc d'intégration du changement, nous avons ajouté une place pour leur donner un titre et celles-ci n'auront plus de verso. Toutes les informations et réflexions de résolution seront ainsi disponibles au premier coup d'œil et sans manipulation des cartes. Le visuel des cartes STARS conçues et utilisées dans le cadre de ce projet est présenté ci-dessous en figure 3.2 :

Titre :

STORE – Définition du problème

TAG – Equipe en charge

ANALYSE – Origine & Solution
Origine du problème, Enjeux, Proposition de solution

RESOLUTION – Action mise en place

SUBSTAIN – Audit de pérennisation

Carte clôturée

Auteur : **Date :** / /20 **Service & quart :**

Figure 3.2 Visuel d'une carte STARS réalisée et utilisée dans le cadre du projet Orchestra

Enfin, il nous faut anticiper la nature dynamique et endogène du changement afin que les équipes se l'approprient mieux et l'intègrent plus facilement à leur environnement (Langley & Denis, 2008). À l'inverse, ne pas considérer ces dimensions du changement peut mener à un manque d'autonomie et de personnalisation de l'approche, alors facteurs d'échecs d'une telle démarche (Deschamps, 2018). Pour ce faire, nous avons laissé volontairement des marges de manœuvre pour leur prise en main de l'outil. Par exemple, les équipes choisiront, en accord avec les gestionnaires, l'emplacement du tableau, ses normes collectives d'utilisation ou encore les dates et durées des animations. Nous nous limiterons ainsi à un rôle de conseil, pour malgré tout orienter les équipes vers une animation rapide, simple, régulière et si possible intégrée à une animation déjà dans les habitudes du service. Le choix d'un emplacement de tableau dans un espace ouvert facilement visible et accessible pour tous mentionnés dans les précédents tests de la méthode STARS a été questionné suite à des discussions avec les équipes. Certains pourraient ne pas se sentir à l'aise de définir et d'exposer les problématiques du service aux yeux de tous, particulièrement auprès des patients et visiteurs. Cette décision doit donc appartenir aux équipes, avec pour seule consigne d'être facile et pratique d'accès.

En conclusion, nous avons ici exploité les observations et notre connaissance de l'environnement hospitalier étudié afin d'y adapter l'outil. Le choix du support physique a donc été fait, les cartes et le tableau ont été pensés pour être pratiques et fonctionnels, et enfin certains paramètres sont restés volontairement indéfinis pour anticiper la nature dynamique et endogène du changement.

3.3.2.2 Organisation de l'intervention et contraintes externes

Après avoir pensé la conception et l'adaptation de l'outil à son milieu, intéressons-nous de manière un peu plus globale à l'organisation générale de la démarche. C'est à cette étape de la préparation que la considération des facteurs externes compte le plus. Ils définissent le cadre de ce qu'il nous sera possible de faire et surtout de comment il nous sera possible le faire. Les 2 premières contraintes externes, communes à une grande majorité de changement, sont les délais et les contraintes financières. Rappelons que pour le premier cas, la planification temporelle du changement ne se définit pas uniquement par la définition d'une date butoir à laquelle l'outil devrait être effectif. La durée de chaque étape doit être considérée et anticipée, en particulier quand il s'agit

de laisser le temps pour que les équipes apprennent et adoptent les nouveautés. Les délais suggérés initialement par les responsables du projet ne correspondaient pas aux besoins temporels de cheminement pour arriver à la conception d'une démarche complète. Les formations devaient initialement avoir lieu à l'été 2019, elles se sont finalement déroulées à l'hiver 2020. La durée des étapes d'observations, d'étude de la littérature, de conception de la démarche et l'indisponibilité des équipes et gestionnaires avaient été largement sous-estimées. Le déroulement chronologique du projet est présenté dans la figure 3.1 ci-dessous et chaque étape est détaillée à la suite :

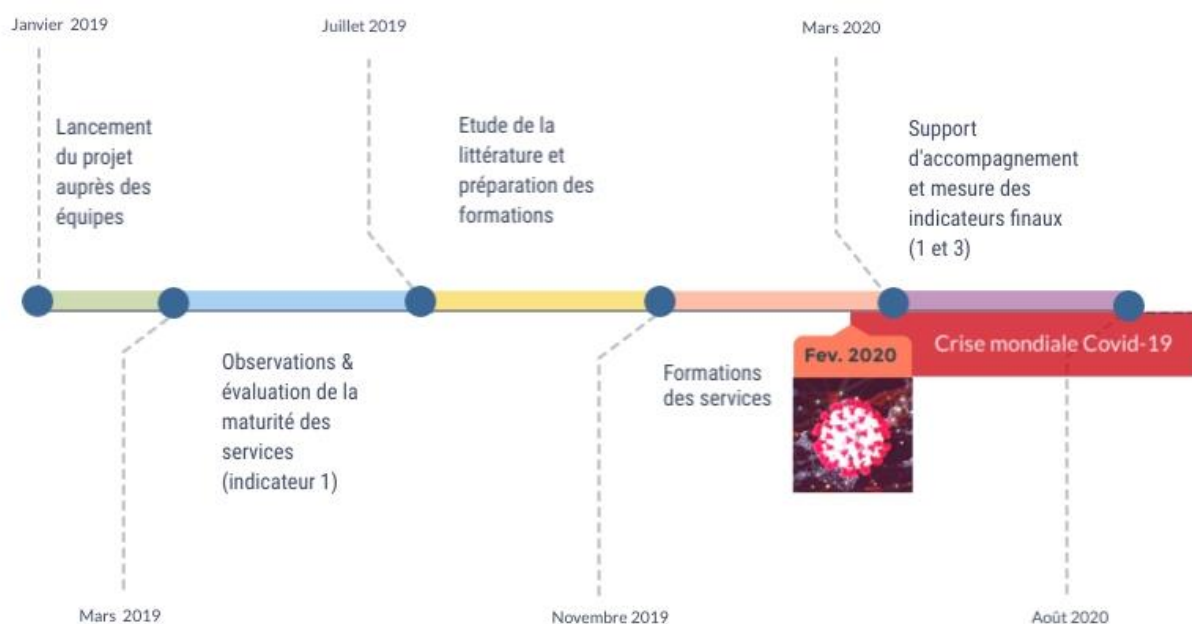


Figure 3.3 Déroulement chronologique du projet Orchestra

Lancement du projet auprès des équipes :

Organisation d'une réunion de lancement dans chaque service avec les équipes et les gestionnaires en vue de présenter le projet, ses enjeux et objectifs ainsi que l'équipe support ;

Observations et évaluation de la maturité des services :

Étape de découverte et d'observation de l'environnement, suivi d'activité et échanges avec les équipes, rdv avec les gestionnaires, mesure du premier indicateur de suivi ;

Étude de la littérature et préparation des formations :

Étude et exploitation de la littérature pour regrouper les éléments d'intérêt pour l'adaptation de la démarche, préparation du plan de communication et du contenu des formations, préparation du matériel et organisation des interventions avec les gestionnaires. Étape correspondant à la présente partie de ce travail ;

Formations des services :

Animation des sessions de formation auprès des équipes ;

Support d'accompagnement et mesure des indicateurs finaux :

Accompagnement pour la mise en place et le lancement de l'outil, présence forte auprès des équipes pour les soutenir dans l'adoption et la pérennisation des nouveautés, mesure des indicateurs de suivis finaux du projet.

La seconde contrainte temporelle à considérer est la durée du programme d'étude en tant qu'étudiant étranger à Polytechnique. La remise du présent travail doit se faire à l'été 2020, les formations doivent donc avoir lieu bien avant pour permettre la période de suivi et le relevé des indicateurs. Néanmoins, la nécessité de vision long terme et le contexte particulier du début d'année 2020 nous invitent à considérer une suite au projet. L'objet est ici de mentionner les contraintes temporelles initiales, nous reviendrons sur ces autres éléments plus tard. En conclusion, il semblait difficile de concilier considération de la durée de toutes les étapes, date de fin d'études et vision long terme du projet. L'organisation temporelle du projet pour laquelle nous avons opté représente un bon compromis entre ces facteurs et permet de préparer le terrain pour une continuité de l'étude à plus long terme.

Concernant les contraintes financières, celles-ci sont moins souples. Le budget alloué au projet par le Fonds de recherche du Québec pour la santé (FRQS) était destiné à couvrir l'aide à la recherche pour les étudiants, le coût du matériel de travail et celui des déplacements en Belgique. La première catégorie représente 25 000 CAD pour les 20 mois d'implication sur projet, les autres sont estimées à 10 000 CAD pour la totalité. Aucun budget n'était destiné à dégager du temps aux équipes pour les formations, et le coût du matériel – outil et formations – doit être intégré au budget de fonctionnement des services. Le matériel a donc été pensé pour être le plus pratique et économe

possible. Nous avons ainsi choisi le velcro pour sa praticité et son prix bien plus abordable qu'une solution de tableau magnétique par exemple. Nous avons également adapté nos besoins de matériels au catalogue des fournisseurs de bureautique des hôpitaux afin de faciliter le plus possible les démarches de commandes et surtout éviter la nécessité de remboursement à une personne tierce. De manière générale, plus les modalités sont simples et préparées pour les gestionnaires et plus leur engagement initial sera encouragé. En ce qui concerne la disponibilité des équipes, les formations devront avoir lieu sur les heures de travail du personnel. La durée des formations et l'organisation de la libération des équipes devront donc être particulièrement discutées avec les gestionnaires afin de ne pas impacter les activités régulières du service.

Notre plan de formation vise, dans la mesure du possible, tous les corps de métiers et les niveaux hiérarchiques concernés par la résolution de problème de l'unité et donc par l'utilisation de l'outil. Ainsi, au minima les gestionnaires de premières lignes – infirmiers-chefs et assistants – et tout le personnel fixe sur les services impliqués sont ciblés, mis à part les médecins pour qui le rayon d'action ne se limite pas au service et qu'il sera difficile de rattacher aux processus quotidiens des unités de soins. Nous considérons alors, en plus des gestionnaires, les postes d'infirmiers, de préposés aux bénéficiaires (Québec), d'aides-soignants, d'aides logistiques (Belgique) et administratifs. Le personnel visé et les paramètres organisationnels des sessions étant définis, les étapes prévues pour l'intervention en elle-même sont finalement les suivantes :

1. Commande et préparation du matériel
2. Prévision du nombre de sessions et des dates avec les gestionnaires
3. Formations : application du plan de communication préparé
4. Mise en place du matériel dans la foulée

Tout au long du projet, mais particulièrement à partir de ce moment-là, nous nous devons d'être engagés et présents auprès des équipes comme des gestionnaires pour leur proposer un soutien fort et un rythme soutenu de gestion. Nos considérations se portent alors sur le 3^{ème} facteur externe à considérer, soit les demandes et objectifs particuliers des destinataires et ce qui ressort des interactions à des fins de conception. Afin d'éviter les travers des démarches « *Top-down* » et d'assurer une gestion coopérative de l'outil entre les équipes et les gestionnaires, notre plan de communication et d'approche doit être complet et préparé pour l'ensemble des destinataires. Les entretiens et rendez-vous d'avancements avec les infirmiers-chefs ou assistants sont de parfaites

opportunités d'adresser clairement les enjeux liés à leur intérêt et leur implication. Pour anticiper l'aspect asymétrique du changement nous devons ainsi nous assurer de la cohésion entre la vision de la démarche et la réalisation à discuter et organiser avec les gestionnaires. Pour leur permettre de prendre le projet en main et de l'intégrer au fonctionnement de leur service, notre argumentaire est travaillé afin d'être à même de mettre en lumière tous les bénéfices et intérêts de l'outil, tant pour eux que pour leurs équipes. Nous mentionnerons par exemple les avantages de suivi des projets d'amélioration en cours que présente l'outil ou les possibilités de pouvoir déléguer la prise en main des résolutions. Pour que la démarche puisse être une priorité, il est essentiel que les chefs d'unités comprennent les enjeux de l'outil et adhèrent aux principes de l'amélioration continue, qu'il nous faudra donc expliciter en termes de standardisation du processus de résolution de problèmes ou de participation des équipes. Le fonctionnement de l'outil et le contenu des formations seront évoqués et discutés mais les cadres ne seront pas formés en amont pour éviter d'accentuer le ressenti d'écart hiérarchique avec les équipes. Ils assisteront donc à une session de formation avec le personnel. Nous leur exposerons également de la manière la plus claire possible leurs rôles et responsabilités, lesquels seront ajustés si nécessaire, pour qu'ils prennent conscience de l'impact de leur actions et décisions pour la réussite du projet. Nous resterons, tout au long du projet, à leur écoute afin de répondre à toutes les interrogations et préoccupations. Plus les gestionnaires prendront possession du changement plus nous pourrons réduire notre présence et plus la démarche sera intégrée et pérenne au sein des services.

Enfin, un facteur d'échec souvent relevé réside dans le fait que la hiérarchie supérieure n'avait pas approuvé l'outil. Les responsables des équipes de préventions et d'hygiène médicale, également responsables du projet, représentent ici la hiérarchie supérieure à qui nous devons nous adresser. Afin d'anticiper le travers mentionné, nous sommes en communication régulière avec les équipes de PCI et celles-ci suivront les formations qui seront proposées aux équipes en avant-première afin d'en finaliser la conception et d'obtenir leur approbation. Nous espérons ainsi assurer un soutien hiérarchique interne aux gestionnaires et aux équipes pour supporter l'adoption et la pérennisation de l'outil dans les services.

Finalement, nous avons détaillé dans cette partie l'organisation de notre démarche en considérant les facteurs externes et les recommandations de gestion. Les principales contraintes

externes sont ici d'ordre temporel et financier, ce qui demandait un travail d'adaptation de la chronologie et du budget. Les étapes de l'intervention ont ainsi été définies et l'importance de la communication avec les gestionnaires a été soulignée.

3.3.2.2.3 Suivi post-formations

La dernière étape de l'organisation de la démarche est la préparation du suivi post-formations. Comme nous le disions, le principal objectif de cette dernière phase est l'accompagnement des équipes pour la mise en place et le lancement de l'outil afin de les soutenir dans l'adoption et la pérennisation des nouveautés. Premièrement, et afin d'assurer une continuité dans la démarche, nous conseillerons aux chefs d'unité d'installer physiquement le tableau dans le service tout de suite après la fin des formations. Ils pourront ensuite lancer progressivement l'utilisation de l'outil en se basant initialement sur les problématiques soulevées lors des sessions et en incitant les employés à poursuivre leur résolution sur le terrain. Si la partie pratique des formations (détaillée plus bas) fournit une expérience favorable au personnel, les groupes souhaiteront sûrement approfondir leur réflexion, passer à l'étape concrète de résolution ou se lancer dans une nouvelle problématique qui leur tient à cœur. Si les individus se sont déjà affirmés une fois, dans la continuité de la formation ou sur une nouvelle idée, leur confiance en soi n'est pas menacée, et peut-être comptent-ils participer à nouveau par la suite. Ces premiers acteurs occuperont alors la place centrale de rebelle et seront certainement plus soumis au sentiment de rancœur et de rejet, que nous souhaitons éviter (Hoogendoorn et al., 2019; Monin et al., 2008). Ces conseils pour le lancement de l'outil permettront peut-être de minimiser le ressenti de comparaison ou jugement moral pouvant être ressentis par les premiers acteurs du changement.

Gardons ensuite à l'esprit que nous devons avoir une vision long terme du projet, le changement est progressif et prend du temps. Nous devons ainsi sensibiliser les gestionnaires au fait que la productivité des équipes ne reviendra pas à la normale avant plusieurs semaines. Même si cela peut faire naître des doutes sur la capacité de l'organisation à accueillir le changement à la vue du contexte actuel des systèmes de santé, la transparence et l'explication des enjeux du changement sont primordiales. Dans la même logique, nous ne pourrions nous retirer pour laisser les équipes en autonomie complète que quand nous serons sûrs que le nouveau processus est bien ancré dans les pratiques quotidiennes. Nous proposons ainsi dans un premier temps d'assister régulièrement aux animations de l'outil dans les services afin d'apprécier son utilisation et adoption par le personnel

tout en restant à leur disposition. Nous réduirons ensuite progressivement notre rôle de facilitateur pour laisser de plus en plus la place aux équipes en espaçant progressivement nos visites de soutien. Il faudra d'autre part rester en contact permanent avec les infirmiers-chefs pour connaître la situation sur le terrain et les besoins en temps réel.

Enfin, cette période de support sera conclue par un relevé des indicateurs de suivis finaux du projet. Nous évaluerons à nouveau le niveau de maturité en amélioration continue des services et constaterons ainsi les domaines d'influence de l'outil STARS sur le fonctionnement des équipes hospitalières. Nous relèverons également tous les indicateurs en lien avec l'utilisation de l'outil et les améliorations proposées/effectuées. Nous récupérerons enfin les chiffres de suivis des infections nosocomiales de chaque service auprès des équipes de prévention et d'hygiène afin de constater de possibles évolutions sanitaires liées à l'implantation de l'outil.

Les principaux éléments à retenir pour la période de suivi post-formation sont les suivants : lancement initial de l'outil basé sur les parties pratiques des formations, accompagnement des équipes pour l'adoption des nouveautés avec une vision long terme et relevé des indicateurs de suivi du projet pour évaluer les impacts et résultats de la démarche.

Finalement, nous avons vu dans cette partie que notre démarche de conception devait débiter par une découverte complète de l'environnement des services hospitaliers impliqués. Notre prise d'informations, à la fois menée en observations et en interactions avec les équipes, nous sert alors de base de données pour compléter les enseignements de la littérature en vue d'intégrer le changement et d'en favoriser le succès d'implantation. Le support physique pour STARS est alors apparu comme incontournable, et les contraintes externes ont conditionné entre autres les paramètres temporels et financiers de notre gestion de conduite du changement. Le rôle et l'importance de la communication avec les gestionnaires ont été en ce sens soulignés et les principaux enjeux de la période de suivi ont été évoqués. Nous abordons dans la prochaine partie le cœur du travail de conception, soit la préparation des formations.

3.3.3 Préparation des formations

Après avoir analysé le contexte et le fonctionnement des services hospitaliers, y avoir adapté l'outil et travaillé sur la conduite de la démarche, nous passons à la préparation des formations en elles-mêmes. Une grande partie des enseignements tirés de la littérature sont exploités dans cette partie afin de structurer le déroulement des sessions et d'établir les documents supports que nous utiliserons.

3.3.3.1 Contenu des formations

Les séances se dérouleront en 5 étapes afin d'aborder tous les éléments nécessaires à l'adhésion des destinataires et leur formation pour l'utilisation de l'outil. Les 5 étapes sont les suivantes et chacune d'elle est détaillée dans la suite de cette partie :

- Introduction ;
- Identification et description de problèmes ;
- Présentation et utilisation de l'outil STARS ;
- Partie pratique ;
- Questions et conclusion.

Le document support pour l'animation ainsi que les documents pédagogiques établis à l'issue de ce travail de préparation sont présentés entre les annexes F et I.

3.3.3.1.1 Introduction

Pour délivrer un message adapté et responsabilisant, l'accent doit d'abord être mis sur sa cohérence globale avec la mission des équipes de santé. La présentation et l'attractivité du projet ont été travaillées pour avoir du sens aux yeux des destinataires et être facilement comprises. La stratégie doit être énoncée et les objectifs doivent donc être communiqués clairement et sans conflit d'intérêts. Nous débuterons ainsi avec une présentation des 2 objectifs généraux du projet en termes de responsabilisation des équipes pour la facilitation de leur quotidien et d'amélioration des conditions sanitaires des services. Tous les membres du personnel de santé doivent être concernés par la PCI, il est donc nécessaire que la dimension sanitaire de notre démarche soit mentionnée

clairement dès le début. Nous poursuivrons avec une présentation globale du projet : les enjeux en lien avec ceux de l'organisation, les établissements impliqués ainsi que la logique d'approche et les objectifs visés. Parmi ces derniers, les principes de l'amélioration continue comme l'uniformisation de la communication, le changement de vision autour de l'erreur et la nécessité d'exploiter les écarts pour s'améliorer sont mentionnés. L'aspect sanitaire est à nouveau soulevé ici en lien avec la notion d'erreur et de responsabilité individuelle des employés pour s'assurer que tous leurs collègues soient en permanence attentifs aux processus et gestes de préventions. Dans le cas contraire, l'erreur doit être communiquée et exploitée, surtout pas stigmatisée. Également, des objectifs collectifs sont définis, comme le fait que les équipes doivent arriver à être entendues et considérées, ou qu'elles doivent coopérer pour améliorer le travail quotidien de tous. Néanmoins, l'accent sera davantage mis sur les objectifs et gains individuels de manière à faire appel tant que possible à la motivation intrinsèque de chacun et minimiser les jugements pouvant être portés/perçus. L'outil est là pour les aider à adresser les irritants du quotidien et ainsi diminuer leur charge de travail et mentale individuelle. Il est d'autre part essentiel que la démarche apparaisse comme légitime. Nous utiliserons ainsi la persuasion rationnelle pour exprimer la logique suivante : « Ce sont les équipes qui maîtrisent et appliquent les processus du service au quotidien, c'est également elles qui rencontrent les problèmes liés à ces processus. Il est donc logique de faire appel à leurs expertises en leur confiant la responsabilité de soulever et de résoudre les problématiques. » Nous ajouterons à cela la notion d'efforts à court terme pour la compréhension et la prise en main de l'outil dans une optique de gains importants au long terme. Cela nous permet d'introduire la nécessité de vision long terme de la démarche et d'être francs dès le début avec les employés sur ce qui leur est demandé.

Cette introduction doit permettre aux destinataires de comprendre clairement les raisons du changement et ce qui est attendu d'eux pour la suite de la démarche afin qu'ils puissent donner du sens à leur responsabilité individuelle. L'ensemble des éléments mentionnés sont présentés dans l'annexe F.

3.3.3.1.2 Étape 1 : identification des problèmes et conscientisation

Après avoir posé le cadre avec la présentation globale en introduction, nous proposons une réflexion participative sur 2 exemples de problématiques adaptées. Ce que nous considérons ici comme les exemples adaptés sont des situations problématiques énoncées puis résolues à l'aide de

l'outil STARS à des fins pédagogiques. Elles sont toutes tirées des observations et entretiens effectués sur les unités, chaque service a donc ses propres exemples. Chacun se verra remettre une feuille avec, au recto, 2 courts paragraphes décrivant chacune de ces situations de manière concise. Ce document est présenté en annexe G. Le groupe sera alors invité à identifier le ou les problèmes présents dans la situation en discussion avec l'animateur, qui sera là pour les guider vers la définition du problème en termes de processus. Cette étape a 5 objectifs pour nous :

- Intégrer le changement et avoir des formations adaptées à chaque groupe de destinataires et chaque contexte ;
- Proposer une approche participative initiée dès la formation ;
- Faire appel aux valeurs et émotions en invitant à réfléchir sur des problématiques connues et vécues par les équipes pour obtenir leurs intérêt et implication ;
- Mettre en lumière les insatisfactions liées à la situation actuelle, apprendre aux équipes à repérer les problèmes dans leur environnement et à les décrire de manière à cibler la remise en cause des processus ;
- Former à la première étape de l'outil (*Store*) ;

À noter que la préparation des exemples pédagogiques s'est basée sur les données tirées des observations. Ils ont été ensuite corrigés et validés avec les gestionnaires et les équipes de prévention pour arriver à leur forme finale. Les 2 exemples ainsi préparés pour l'un des services du CHUM sont présentés dans l'annexe H.

3.3.3.1.3 Étape 2 : Utilisation de l'outil

Une fois les problématiques décrites et cernées par les équipes, nous passerons à la présentation générale de l'outil. Celle-ci débutera par une explication des deux principes de bases de l'outil d'amélioration continue STARS :

1. Une carte = une idée, un problème ;
2. Résolution de problème visuelle avec tableau divisé en 5 colonnes pour les 5 étapes du processus.

Ces explications s'accompagnent d'une présentation visuelle du tableau qui deviendra celui des équipes ainsi que du support de résolution formel. Chaque participant aura alors accès à une carte

STARS vierge pour visualiser chacune des étapes du processus, et au résumé des étapes de l'outil au dos de la feuille déjà distribuée (annexe G). L'utilisation complète de l'outil est ensuite expliquée à l'aide d'un des deux exemples précédents, qui sera conduit et détaillé étape par étape. L'animation de la formation repose sur une grande carte STARS visible de tous et conçue uniquement dans l'optique d'animer visuellement les explications. La figure 3.4 ci-dessous présente cette grande carte STARS avant la conduite de l'exemple pédagogique.

Titre : *Chariots de linge propre*

STORE – Définition du problème

TAG – Equipe en charge

ANALYSE – Origine & Solution

RESOLUTION – Action mise en place

SUBSTAIN – Audit de pérennisation

Auteur : _____ **Date :** / / 20 **Service :** _____

Carte clôturée

Il est difficile de contrôler l'hygiène des mains des patients qui se servent seuls. Ces manipulations peuvent présenter des risques infectieux pour tous les patients. Le linge est un vecteur important de bactéries, c'est pourquoi il est normalement interdit aux patients de se servir. De plus, le manque d'indication fait perdre du temps au personnel qui doit surveiller les chariots et se répéter souvent auprès des patients.

Marc, Claire, Amélie

*Enjeux: Limiter les risques de transmissions de bactéries liés au linge propre. Comment mieux les empêcher de se servir ?
Solutions: Faire une affiche plus évocatrice et la rendre plus visible/être opter pour une solution physique type bache*

Figure 3.4 Grande carte STARS pour l'animation avant accroche des textes

Titre : *Chariots de linge propre*

STORE – Définition du problème

Il est difficile de contrôler l'hygiène des mains des patients qui se servent seuls. Ces manipulations peuvent présenter des risques infectieux pour tous les patients. Le linge est un vecteur important de bactéries, c'est pourquoi il est normalement interdit aux patients de se servir. De plus, le manque d'indication fait perdre du temps au personnel qui doit surveiller les chariots et se répéter souvent auprès des patients.

TAG – Equipe en charge

Marc, Claire, Amélie

ANALYSE – Origine & Solution

*Enjeux: Limiter les risques de transmissions de bactéries liés au linge propre. Comment mieux les empêcher de se servir ?
Solutions: Faire une affiche plus évocatrice et la rendre plus visible/être opter pour une solution physique type bache
Nécessite plus de temps/recul pour observer un impact sur les résultats des nombres d'infections du service*

RESOLUTION – Action mise en place

Design et affichage visible des nouvelles affiches, rappel à tous d'explicitement communiquer cette règle aux patients admis sans exception

SUBSTAIN – Audit de pérennisation

La nouvelle affiche est plus visible et utile, on observe une diminution du nombre de patients qui se servent tous seuls. Nécessite plus de temps/recul pour observer un impact sur les résultats des nombres d'infections du service

Auteur : _____ **Date :** / / 20 **Service :** _____

Carte clôturée

Figure 3.5 Grande carte STARS pour l'animation une fois l'exemple terminé

Après avoir défini le nom de l'étape et rappelé sa place dans l'acronyme, nous indiquerons ses enjeux et les imagerons avec l'exemple pédagogique préparé. Chaque texte d'exemple de réflexion sera alors attaché au velcro sur la grande carte à mesure que nous progressons dans le processus pour atteindre finalement le statut montré en figure 3.5 ci-dessus. Nous ne redétaillons pas ici le processus de base de l'outil (annexe A), nous nous attachons seulement à expliciter les apports de notre préparation pour la communication du fonctionnement des étapes :

1. **Store** : Simple définition par la réflexion qui a été menée en étape 1. Le texte accroché ne fait que synthétiser les éléments soulevés par les équipes, elles ont déjà appris à identifier et définir un problème ;
2. **Tag** : À ce moment-là, les options s’offrant aux destinataires sont définies. Il est ainsi énoncé que l’implication se fait sur la base du volontariat, et que n’importe qui peut participer à n’importe quelle résolution. Nous présenterons ainsi clairement les options s’offrant aux destinataires – participation ou passivité – sans toutefois mentionner ouvertement l’option de résistance au changement. Au-delà de l’utilisation de l’effet de compromis, nous souhaitons faire passer implicitement le fait que toute résistance au changement n’est qu’un refus personnel de saisir l’opportunité d’implication donnée. Si un individu fait preuve de résistance face à un changement, c’est qu’il se sent menacé ou qu’il aimerait faire valoir son avis. Dans les deux cas, une participation au processus de résolution permet d’offrir une réponse à ses inquiétudes. Notre texte d’exemple correspond simplement à des noms aléatoires pour imaginer la nécessité d’identifier le groupe responsable ;
3. **Analyze** : Nous invitons ici les équipes à réfléchir pour répondre à deux questions : « Comment résoudre la situation problématique ? Comment mettre en place la solution ? ». Nous mentionnons ainsi implicitement la nécessité d’évaluer autant ce qu’il faut mettre en place que comment il faut le faire. D’autre part, notre exemple s’inspire de la philosophie kaizen pour proposer une ou plusieurs petites améliorations peu coûteuses, peu risquées et modérément faciles à mettre en place. Enfin, le rôle de soutien et d’accompagnateur des gestionnaires pour la réflexion du groupe de travail est souligné ;
4. **Resolve** : Un simple exemple de résolution est retenu et synthétisé dans le texte pour faire suite à l’étape précédente. L’emphase est mise sur la nécessité de communication des nouveautés à toute l’équipe et l’exemple de réalisation pratique de mise en place ;
5. **Sustain** : Nous mentionnons ici la notion d’audit interne de l’amélioration avec 4 questions proposées : « La situation finale est-elle meilleure que situation initiale ? Le problème a-t-il été résolu ? La solution est-elle fonctionnelle ? La situation s’améliore-t-elle avec le temps ? ». L’exemple vise à faire réfléchir les équipes sur la manière dont elles pourraient répondre à ces questions pour évaluer une solution mise en place suite à une première

période d'utilisation. L'importance de l'erreur est à nouveau soulignée ici pour détailler la fin du processus ; si la problématique est considérée comme résolue et la solution comme fonctionnelle, la carte est fermée, sortie du tableau et archivée. La conservation des cartes résolues permet par exemple de revenir sur la résolution d'une problématique qui réapparaîtrait pour ne pas réinventer la roue, ou simplement de suivre et garder trace de toutes les évolutions ayant lieu sur l'unité. Si néanmoins cette 5^{ème} étape constate un échec de la solution proposée, l'erreur doit être exploitée pour revenir à l'étape d'analyse et enrichir la réflexion.

À la suite de cela, nous présentons les principes d'animation et les rôles des gestionnaires, où nous mentionnons l'importance de la communication verticale. Les gestionnaires doivent être vus comme des supports pour l'implication des employés, et ces derniers ne doivent jamais hésiter à poser des questions et demander à en savoir plus pour enrichir leurs réflexions. Le libre accès à l'information et aux données pertinentes est essentiel, et nous encouragerons ici les équipes à le rechercher. Concernant l'animation, nous évoquons ces objectifs de suivis et de communication ainsi que la nécessité d'être simple rapide et régulier. Une animation de 5 minutes par semaine est alors conseillée sans néanmoins apparaître comme une contrainte. Nous laissons ainsi la main aux équipes en ce qui concerne la source d'animation, sa durée, où et quand elle doit avoir lieu, etc., pour comme expliqué plus haut, anticiper la nature endogène du changement et faciliter la prise en main de l'outil. Enfin, pour appuyer sur la simplicité du processus d'animation, nous proposerons un guide en 3 étapes :

- Remerciez les gens présents ;
- Donnez la parole aux équipes souhaitant présenter leurs réflexions ;
- Répartissez les durées d'intervention pour rester rapide et concis ;

À l'issue de cette présentation, les destinataires devraient avoir compris la logique globale du processus de résolution ainsi que l'idée générale de chacune des étapes. Pour aller plus loin dans leur apprentissage, il est alors nécessaire de proposer une mise en pratique d'utilisation de l'outil guidée. Les participants pourront alors garder à portée la feuille distribuée à l'étape 1 (annexe G) pour s'appuyer sur le résumé de chacune des étapes venant d'être présentées. L'exemple

pédagogique résolu restera visible également. Pour rappel, l'enchaînement de ces éléments d'animation est présenté dans le document support en annexe F.

3.3.3.1.4 Étape 3 : Partie pratique

La dernière étape majeure de la formation, qui représente la moitié du temps, est donc dédiée à la mise en pratique. Toujours dans un souci de relier la démarche au maximum au terrain et se sensibiliser les équipes à l'identification de problèmes de performance ou d'erreurs dans leur environnement de travail, nous leur proposerons de choisir elles-mêmes l'objet de leur réflexion pratique. Ainsi, des petits groupes de travail seront formés pour une mise en situation réaliste, et chaque groupe sera invité à rédiger une carte STARS traitant de la problématique choisie. S'il y a plusieurs groupes, ils devront s'exposer l'un l'autre leur réflexion à la fin du temps imparti, sinon l'échange sera mené avec l'animateur. Au-delà de la mise en application des consignes d'utilisation de l'outil, cette étape est essentielle pour susciter chez les équipes des émotions, du goût pour le défi, de la motivation intrinsèque et de l'attrait pour le comportement d'implication.

Durant cette phase, les équipes seront à nouveau orientées vers des améliorations de sens commun, peu coûteuses et peu risquées. Dans tous les cas, il sera proposé aux groupes de réfléchir à comment obtenir les informations nécessaires pour mesurer la rentabilité du changement proposé, quelles mesures effectuer pour proposer une analyse objective de la solution ou encore comment assurer que la transition entre solution théorique et réflexion pratique de mise en place se fasse. Enfin, comme nous le disions plus haut, les problématiques soulevées constitueront un panel initial d'idées pour lancer l'utilisation de l'outil dans le quotidien des équipes. Les cartes ainsi rédigées seront donc directement accrochées sur le tableau par les groupes, qui seront alors déjà conditionnés à les y retrouver.

3.3.3.1.5 Conclusion

À l'issue de cette partie pratique, les participants seront invités à poser des questions ou faire des remarques sur ce qui leur a été présenté. Nous remettrons alors à chacun un livret récapitulatif comportant tous les éléments de la formation plus des nouveaux exemples corrigés. Le livret préparé pour un des services du CHUM est présenté entièrement en annexe I. Celui-ci a été créé pour répondre à plusieurs objectifs :

- Donner la possibilité aux équipes de revenir facilement et en autonomie sur le contenu de la formation pour les accompagner dans leur prise en main ;
- Laisser une trace visuelle et écrite de ce qu'il se passe dans le service, de manière à ce que les personnes n'ayant pas pu être formées puissent s'intéresser d'elles-mêmes à ce qu'elles ont manqué sans avoir de retard trop important sur leurs collègues formés.
- Susciter de la curiosité ou encourager les échanges informels au sujet de la démarche. Nous pourrions par exemple laisser une pile de livrets dans la salle de pause des employés pour cela ;

Finalement, il sera demandé aux participants de remplir une courte enquête de satisfaction concernant entre autres la proximité des principes présentés avec leurs besoins et convictions personnelles, qui servira de premier indicateur qualitatif sur la perception de la démarche par les équipes. Les participants seront alors grandement remerciés pour leur temps, intérêt et implication.

3.3.3.2 Forme et animation

Après avoir explicité la préparation du contenu des formations, intéressons-nous aux recommandations portant sur la forme de celles-ci. La communication doit être préparée afin de proposer un message responsabilisant faisant du sens aux yeux des équipes. Pour rester dans la dynamique de susciter des émotions pour les encourager à participer, l'animation et les interactions doivent être adaptées à l'expression et l'écoute des destinataires. La crédibilité visuelle de l'outil et la crédibilité du formateur entrent en jeu. Pour le premier cas, nous misons sur un visuel extrêmement simple et épuré du tableau comme déjà détaillé plus haut. Pour la crédibilité du formateur, l'intervention orale a été travaillée afin de maîtriser la conviction des propos, le rythme et l'animation. Les formations ont été proposées aux équipes de PCI à des fins d'entraînement, d'amélioration et de validation par la hiérarchie.

Également, il sera essentiel de repérer les individus moteurs des équipes et de s'attacher à les convaincre en priorité (De Jong & Den Hartog, 2007; Hoogendoorn et al., 2019). Nous pourrions par exemple faire appel à la persuasion rationnelle ou aux émotions des destinataires, en nous assurant de répondre de la manière la plus complète et claire possible aux questions et préoccupations. Aussi, il est important que la formation offre une première expérience positive (Jacobson et al., 2009; Wendel, 2013). Une animation fluide, interactive, basée sur l'écoute et le

respect aidera à maintenir une dynamique favorable, à valoriser l'implication des participants et éventuellement faire écho à la SCT pour faire apparaître la participation comme socialement acceptable et désirable. Nous pourrions également reconnaître ouvertement la valeur des propos des individus et exprimer la confiance que nous avons en leurs capacités de comprendre l'outil et de le prendre en main. Cela permettrait donc de se focaliser davantage sur le processus et l'état d'esprit non stigmatisant d'identification d'opportunités. Nous espérons ainsi minimiser le phénomène de comparaison morale pouvant exister dans un tel contexte d'implication de certains acteurs (Cason & Mui, 1997; Monin et al., 2008; Hoogendoorn et al., 2019).

Les formations se dérouleront donc en 5 étapes dont la principale sera la partie pratique à laquelle la moitié du temps sera consacrée. Nous avons exploité ici les recommandations de la littérature faisant attrait au contenu et à la forme des formations afin de susciter le maximum d'intérêt et d'implication chez les destinataires. Chaque étape résulte d'une préparation minutieuse et d'une adaptation au contexte de déploiement. Le plan de communication a également été travaillé de manière à fournir un message le plus clair et responsabilisant possible aux équipes. L'exploitation simultanée des informations tirées des observations et des enseignements de la littérature nous ont conduit à proposer les formations sous la forme finale venant d'être détaillée. Tous les documents de référence mentionnés dans cette partie et présentés entre les annexes F et I ont été édités et adaptés pour chacun des 8 services. Les formations sont à ce point prêtes à être données, modulo une ultime validation par les gestionnaires. La prochaine partie est destinée à décrire précisément la situation finale recherchée pour les services de manière à pouvoir l'exposer et la discuter durant les différentes rencontres avec les chefs d'unité.

3.3.4 Environnement favorable et utilisation de l'outil en contexte

Après avoir organisé la démarche et préparé l'intervention auprès des équipes, nous détaillons dans cette partie la situation de fonctionnement à laquelle nous souhaitons faire aspirer les services suite aux formations. La majorité des éléments qui seront mentionnés sont déjà considérés dans notre conception, mais cette clarification permettra de représenter et structurer, tant pour nous que pour les gestionnaires, la situation idéale que nous visons au long terme. Nous débuterons par

l'utilisation de l'outil dans son contexte avant de parler de la notion de contrôle, de *monitoring* et enfin du rôle central des gestionnaires.

3.3.4.1 Utilisation de l'outil

L'utilisation de l'outil est vouée à être intégrée aux habitudes des équipes de santé. L'outil et le tableau feront partie de leur quotidien, ils passeront souvent devant, s'intéresseront aux problématiques en cours et participeront à la résolution de celles qui leur tiennent à cœur. Les participants auront alors un pouvoir décisionnel à la fois formel, par la considération portée par les collègues et gestionnaires aux propositions de solution soutenue par le processus standard, et informel, au sein des groupes de travail et des discussions pour la résolution. Afin que l'utilisation de STARS soutienne l'apprentissage social, les équipes doivent être à même d'expérimenter leurs pistes de solutions et de revenir elles-mêmes sur ce qui doit être corrigé. L'expérimentation peut être favorisée en ce sens à travers des projets pilotes, avec des durées et *feedbacks* suffisants avant d'élargir le déploiement des résolutions. Ces projets permettent de mettre en application une solution à petite échelle, d'avoir un retour constructif et d'en minimiser les risques avant une possible généralisation de la nouveauté. L'adhésion active des employés sera soutenue par leur responsabilisation, leur autonomie, leur capacité de prise d'initiative, de passage à l'action et de prise de décision rapide minimalisant la bureaucratie ou encore la réussite d'objectifs court terme. Les objectifs collectifs sous-jacents à l'utilisation du processus de résolution de problèmes comme le travail d'équipe, la vision partagée et la confiance renforceront la fierté des individus ainsi que leur sentiment d'appartenance à une équipe. Ce climat sera alors favorable à la communication des problèmes de chacun et donc à l'entre-aide entre collègues et l'esprit d'équipe.

Enfin, la routine d'utilisation de STARS devra s'accompagner d'une animation stable et régulière, même en l'absence des gestionnaires. Celle-ci doit permettre de faire avancer les problématiques par l'interaction des équipes, de clarifier les priorités parmi tous les projets en cours et d'en réduire le nombre si nécessaire, et de faire des rappels constants de communication sur les objectifs et raisons des changements discutés. Les équipes au complet devront définir leurs normes et habitudes d'animation afin d'en minimiser l'impact temporel sur leur quotidien et donc lui permettre d'avoir lieu en toutes circonstances. Il pourra pour cela être pertinent de synchroniser les rencontres récurrentes pour en favoriser la performance.

3.3.4.2 *Monitoring* et remise en question du contrôle

Comme nous l'avons déjà vu dans ce travail, les notions d'apprentissage et de contrôle, étroitement liées, sont à considérer et même essentielles à notre démarche. L'apprentissage individuel et l'amélioration collective étant renforcés par un partage ouvert des informations, il nous faudra l'encourager aussi et surtout auprès des gestionnaires. Cela passera par leur sensibilisation à ces principes et l'explicitation de ce qui est attendu dans les faits en vue d'obtenir leur accord et engagement. L'accessibilité des données pour le personnel fournit une partie des moyens nécessaires à la réflexion de groupe et l'élaboration de nouveaux processus. La diffusion de la connaissance doit être adressée à tous les types de personnels et présenter un bon équilibre entre PCI et particularités de chaque service afin d'encourager le développement d'une vision d'avenir commune. Si les équipes prennent en main et utilisent l'outil STARS dans ces conditions, elles seront à même de développer des réflexions complexes, de mettre en place des solutions pertinentes et d'en effectuer elles-mêmes les audits. Les équipes commenceront ainsi à expérimenter l'autocontrôle à travers la dernière étape de STARS (« *Sustain* ») et l'habitude d'analyse des écarts ou problèmes constatés. Elles seront ensuite libres et même encouragées d'étendre l'utilisation des audits internes à tous leurs besoins et volontés, comme convenus avec les gestionnaires. Gardons néanmoins en tête que les audits internes ne sont utiles que si les résultats sont rendus publics et exploités comme base pour l'amélioration continue. Les groupes doivent apprendre des écarts et en tirer des conclusions pour proposer une solution adaptée. Les contrôles de processus et leurs résultats, alors en partie sous la responsabilité des équipes, deviendront leurs outils de réflexion pour la résolution de problèmes. Ces éléments participent à la définition de l'environnement favorable à cibler et à la remise en question de la notion de contrôle nécessaire dans le contexte hospitalier actuel.

Également, la libre circulation des informations est soutenue par une mise à jour et un suivi réguliers d'indicateurs de performance pertinents, précis, complets et compréhensibles par tous. Cela permettra de mettre en lumière des écarts et erreurs, alors nécessaires pour identifier, prioriser et maintenir les opportunités d'amélioration, tout en induisant progressivement une reconsidération de la place de l'erreur. Celle-ci apparaîtra de plus en plus comme une opportunité et tendra donc à être moins stigmatisée. Dans les faits, ce suivi d'indicateurs se traduit par l'utilisation d'une salle

de pilotage, qui correspond à un lieu du service où sont présentés visuellement les indicateurs de suivi. Pour encourager ce *monitoring*, le choix d'indicateurs pertinents, leur mise à jour régulière et leur présentation visuelle, nous proposons aux infirmiers-chefs un accompagnement pour le développement et/ou l'utilisation d'une salle de pilotage adaptée à leur unité. Certains services en possèdent déjà, d'autres réfléchissent à en faire une. Il est dans tous les cas intéressant de les sensibiliser à l'importance du lien entre suivi des indicateurs, amélioration continue et utilisation de STARS. La localisation de la salle de pilotage devra être pensée en considération de celle du tableau STARS ou vice-versa afin de coordonner leur utilisation. De la même manière, il pourra être pertinent de coupler leur animation afin de tirer un maximum parti des 2 outils et de maintenir l'engagement du personnel. On peut alors penser à une courte session hebdomadaire débutant par un point sur les indicateurs avant de poursuivre sur les nouveaux problèmes alors soulevés ou les résolutions de problèmes en cours avec STARS.

3.3.4.3 Le rôle central des gestionnaires

Comme nous le disions dans l'introduction, cette partie tend à décrire la situation idéale à laquelle les services doivent aspirer à travers notre démarche. Dans cette partie, nous regroupons tous les éléments faisant attrait au champ d'action du gestionnaire pour favoriser la réussite du projet. On y retrouve tout ce qui a été explicité auprès des chefs d'unités en matière de responsabilités et de rôle qu'ils ont à jouer dans la démarche.

Premièrement, nous avons vu que les gestionnaires influencent le comportement des employés autant par leurs actions délibérées que par leur comportement habituel. Le style de supervision qu'ils adoptent peut alors être soit un puissant levier d'influence sur la créativité et l'implication des équipes, soit un frein majeur à la démarche. Il nous faut ainsi inciter les chefs d'unité à considérer le besoin de supervision des comportements individuels avec une approche de soutien plutôt que disciplinaire. Les relations professionnelles entre employés et gestionnaires qui sont caractérisées par un support, de la confiance et de l'autonomie suggèrent une hiérarchie plus à même de favoriser la coopération et d'amener les équipes à la génération d'idées créatives. Les cadres doivent de plus être capables de gérer l'outil et le suivi d'indicateurs au quotidien, d'être orientés vers l'avenir et de supporter le personnel dans sa démarche d'implication. Ils peuvent pour cela montrer de l'intérêt envers les besoins et ressentis des équipes, les encourager à énoncer leurs

inquiétudes ou suggérer des améliorations à mettre en place, fournir des retours positifs ou encore faciliter l'apprentissage et le développement des compétences en déléguant. Si le personnel veut s'impliquer, mais qu'aucune occasion ne lui est donnée, sa motivation va se dégrader et la volonté d'implication disparaîtra également. En donnant un maximum d'opportunités d'implication, les chefs d'unité encouragent une libre circulation du flux d'informations et offrent une autorité à leurs équipes pour la prise de décisions affectant leur travail. La participation des individus mise en œuvre du fonctionnement quotidien des services ainsi détaillée correspond à un style de gestion participatif, alors favorable à l'implantation et la pérennisation de la démarche.

Afin d'inciter les équipes à utiliser l'outil quand un nouveau problème est soulevé, les gestionnaires peuvent également prévoir des mécanismes d'accompagnement pour la prise en charge et la mise en place d'une opération de changement en vue d'une résolution de problème. Il leur faut entretenir une présence active et encadrer les équipes en leur montrant concrètement ce qui est attendu d'eux et les accompagner jusqu'à ce qu'ils soient capables de le faire. Nous proposerons alors l'exemple d'une systématisation de la communication formelle entre employés et gestionnaires pour la préparation des interventions liées aux solutions retenues par les groupes de travail.

D'autre part, la communication entre les gestionnaires des différents services est essentielle. Que les autres services soient impliqués ou non dans le projet, la libre circulation des informations entre les chefs d'unités peut susciter de l'intérêt et leur permet avant tout d'anticiper les possibles recoupements entre les projets proposés par le terrain et les projets en cours menés par les différents services de l'hôpital. Et nous l'avons vu, l'intégration de l'outil à son environnement passe par la capacité des chefs d'unités à faire le lien et adapter le changement avec la réalité de l'organisation. Cela pourra également les aider à prévoir un arbitrage pour l'allocation des ressources entre les différents projets et en formaliser le processus de sélection pour les intégrer au budget annuel de l'organisation. De cette manière, les gestionnaires pourront garantir aux équipes un accès aux données financières nécessaires aux réflexions et une disponibilité des ressources pour la mise en place de solutions. Ils exercent également leurs prérogatives en participant ainsi à la résolution.

Enfin, la mise en place d'un mécanisme de reconnaissance soulignant les bons résultats permet de valoriser l'implication des employés dans la résolution de problèmes et de communiquer sur les

impacts positifs de la démarche. Cette reconnaissance des réussites permet d'adopter une attitude de bienveillance envers les idées nouvelles et la volonté de participation. Dans les faits, cela peut correspondre à un espace dédié de la salle de pilotage où des messages de reconnaissance des réussites sont accrochés, quel qu'en soit la forme, pour souligner les réussites et bons coups des acteurs s'étant impliqués. Cette idée complémentaire est tirée des observations sur le terrain. Certains services ont déjà l'habitude de cette pratique, d'autres souhaitent s'en inspirer pour le développement de leur salle de pilotage. Cette nécessité de reconnaissance sera d'autant plus importante pour les premiers acteurs du changement afin d'inciter les autres à l'action et minimiser l'effet de comparaison morale pouvant avoir lieu comme nous l'avons déjà expliqué.

La compréhension des gestionnaires de toutes ces notions est capitale, mais elle est néanmoins insuffisante. En effet, il est également essentiel de s'assurer de leur profonde adhésion et nous devons pour cela susciter leur intérêt par la présentation des bénéfices de la démarche pour leur service et le fait qu'ils justifient les efforts et changements proposés. La connaissance de l'environnement est alors pour nous un avantage fort, car nous serons à même de mieux développer et adapter notre argumentaire au cas par cas pour répondre à toutes les préoccupations suscitées par la présentation des objectifs managériaux. S'ajoute aussi la nécessité de disponibilité temporelle, à la fois des gestionnaires et des équipes. L'implication de ces dernières dans le processus de résolution de problème et l'utilisation de l'outil doivent être prévues dans leur planning. Pour que les gestionnaires soient à même de fournir le temps nécessaire aux employés et qu'ils puissent eux-mêmes être disponibles pour leur accompagnement, il est essentiel d'avoir l'appui de la direction. En cas de difficultés sur ce point ou de conflits d'intérêts, des cadres convaincus et engagés dans la démarche seront plus susceptibles de faire valoir leurs besoins auprès de leur hiérarchie.

En conclusion, nous avons vu dans cette dernière partie que la situation idéale en termes d'environnement favorable pour la démarche se découpait en 3 pôles majeurs. Premièrement, l'outil doit être pensé pour être utilisé quotidiennement et facilement par les équipes. Il doit s'intégrer au fonctionnement des services, tant de manière physique que communicationnelle. Ensuite, une libre circulation de l'information permettra d'enrichir l'apprentissage des équipes et


fournira des opportunités de participation à travers le processus STARS. Cette première sera encouragée par l'utilisation d'une salle de pilotage, le suivi régulier d'indicateurs de performance et la coordination d'animation de ces derniers avec celle de l'outil. Enfin, nous sommes revenus sur le rôle clé des gestionnaires dans la conception et la gestion du projet à travers le style de gestion, la communication intra comme interservices, leurs disponibilités et la nécessité d'un mécanisme de reconnaissance des succès.

À ce stade, les formations sont complètes et ont été données dans les services hospitaliers belges et québécois concernés. Nous passons donc dans la prochaine partie à la présentation des premiers résultats.

CHAPITRE 4 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

L'enquête remplie à l'issue des formations devait initialement se limiter à une vision qualitative et rapide de la manière dont la démarche était perçue par les équipes, avant de s'intéresser plus en profondeur aux indicateurs suivants. Néanmoins, plusieurs facteurs contextuels dont majoritairement la crise mondiale du COVID-19 sont venus s'opposer au déploiement de l'outil dans les services et donc au relevé des indicateurs finaux. Le contexte sanitaire n'est pas la seule explication à cela et nous y reviendrons dans la discussion, mais il est vrai que depuis le début de l'année 2020, les hôpitaux du monde entier sont sur le pied de guerre et cette situation sans précédent de surcharge ne semble assurément pas être favorable à la continuité du projet. Aucun service n'a mis en place le tableau et l'utilisation de l'outil suite aux formations. Les gestionnaires ont énoncé très clairement leur incapacité à faire du projet une priorité dans ce contexte si particulier, et les rencontres prévues pour la période de suivi ont toutes été annulées de cette manière. Il est cependant à noter que les gestionnaires des 5 services formés nous ont assuré de leur intérêt pour le projet et de leur volonté de poursuivre la démarche quand le contexte sera plus favorable. La période de suivi prévue initialement n'a donc finalement pas eu lieu, et les seuls résultats disponibles pour la présente étude sont les retours faits par les équipes à la fin de chacune des formations. Les indicateurs concernant le fonctionnement de l'outil et les performances sanitaires des services n'ont simplement pas pu être relevés. Dans le premier cas, l'outil n'a pas été utilisé, ce qui rend alors impossible le constat d'un impact pour le second cas. Il en va de même pour le niveau de maturité en amélioration continue des unités : même si cet indicateur a été relevé initialement, sans relevé final et comparaison il nous est inutile pour la réponse à notre problématique. Cependant, ces relevés initiaux auront été exploités par J. Schmaltz dans le cadre de sa période d'implication sur le projet comme déjà mentionné. Son travail ne nécessitait effectivement pas d'évaluation avant/après de l'indicateur. Elle a travaillé sur l'interprétation initiale des niveaux de maturité et a conclu qu'un lien inversement proportionnel entre maturité et acceptation des équipes envers le projet et l'équipe support pouvait exister (Schmaltz, 2019). Nous présentons donc ci-dessous les seuls résultats disponibles dans le cadre de la présente étude, soit les réponses à la courte enquête proposée à l'issue des formations (figure 4.1).

A quel point estimez-vous que les idées abordées dans cette formation sont proches de vos besoins et convictions ?



Parfaitement en phase Assez proches Pas trop concerné Plutôt éloignées Totalement éloignées

Quel a été, d'après vous, le point **fort** de cette formation ?

Quel a été, d'après vous, le point **faible** de cette formation ?

Figure 4.1 Enquête proposée aux participants à l'issue des formations

Les réponses à la première question sont regroupées dans le tableau (tableau 4.1) ci-dessous. Ces chiffres correspondent à la totalité des réponses obtenues, sur les 5 services formés des 3 hôpitaux finalement concernés. La répartition des réponses entre Québec et Belgique est présentée ensuite (tableau 4.2) :

Tableau 4.1 Détail de répartition des réponses à la première question de l'enquête sur l'ensemble des 5 services formés

Niveau de compréhension et de proximité avec les principes et besoins individuels	Nombre de réponses totales	Proportion des notes en fonction des réponses
Parfaitement en phase	82	60%
Assez proches	48	35%
Pas trop concerné	7	5%
Plutôt éloignées	0	0%
Totalement éloignées	0	0%
Nombre de retours total	137	100%
Moyenne (en notant de 1 à 5)	4,55	
Nombre de personnes formées	151	
Taux de réponse à l'enquête	90,73%	

Tableau 4.2 Détail de répartition des réponses à la première question de l'enquête entre Québec et Belgique

Niveau de compréhension et de proximité avec les principes et besoins individuels	Proportion des notes en fonction des réponses au Québec	Proportion des notes en fonction des réponses en Belgique
Parfaitement en phase	59%	65%
Assez proches	35%	35%
Pas trop concerné	6%	0%
Plutôt éloignées	0%	0%
Totalement éloignées	0%	0%

Tous les chiffres et proportions analysés ici se basent uniquement sur l'ensemble des réponses obtenues, ils ne considèrent donc ni les personnes ayant été formées n'ayant pas répondu (14), ni celles qui n'ont pas été formées (8). Ces dernières ne l'ont pas été majoritairement par impossibilité de se libérer, mais il est possible que d'autres ne voulaient simplement pas y assister. Il nous est impossible de quantifier précisément ces éléments, c'est pour cela que seules les réponses obtenues

sont considérées. La même logique s'applique pour les personnes n'ayant pas répondu à l'enquête à l'issue de la formation.

Parmi les personnes formées ayant répondu à l'enquête, 95% considèrent que les idées et principes abordés sont proches de leurs besoins et convictions, et 60% d'entre elles estiment même qu'ils sont parfaitement en phase. Seulement 5% ne se sentent pas vraiment concernés et personne ne ressent d'éloignement entre la démarche et leurs besoins. La répartition respective de ces réponses est homogène entre les établissements de santé québécois et belges : 94% et 59% à Montréal, 100% et 65% pour les hôpitaux bruxellois. En considérant une notation de 1 à 5, 1 étant la réponse « totalement éloignées » des valeurs et besoins et 5 « parfaitement en phase », on obtient une moyenne générale de 4,55/5, avec 4,53 au Québec et 4,65 en Belgique. Ces premiers résultats sont encourageants sur plusieurs points. Premièrement, il semble que les personnes formées aient un bon niveau de compréhension des principes abordés, sans quoi il leur serait difficile de les mettre en lien avec leurs besoins et convictions. Nous pouvons alors penser que la préparation minutieuse des formations a porté ses fruits et que nous avons réussi à attirer leur attention, à les intéresser pour les motiver à comprendre et donc à s'impliquer. Également, les chiffres belges et québécois ne semblent pas présenter d'écart statistiquement significatif aux yeux des tests de comparaison des variances et des moyennes, ce qui nous amène à considérer que les idées proposées et les méthodes employées répondent aux besoins des équipes d'un côté comme de l'autre de l'Atlantique. Ce résultat est à prendre avec précaution, car l'écart d'effectif entre les 2 pays est important, avec 128 personnes formées au Québec et seulement 23 en Belgique. Troisièmement, la démarche et les idées nouvelles semblent correspondre aux besoins des équipes dans le contexte hospitalier belge et québécois actuel.

Nous avons également demandé aux personnes ayant suivi la formation de relever un point fort et un point faible de celle-ci comme vu sur la figure 4.1 plus haut. Cette seconde partie d'enquête avait plusieurs objectifs. Le premier était de s'ajuster et de s'améliorer en direct entre chaque formation. Deuxièmement, la nécessité de relever un point fort de la formation pousse les équipes à mentionner ce qui leur a vraiment plu dans l'animation ou ce qui a réellement retenu leur attention. À l'inverse, l'exercice du point faible oblige les employés à réfléchir sur ce qu'ils auraient changé ou amélioré dans le déroulement de la séance. L'esprit critique étant un élément central de la démarche, cela nous semblait d'autant plus pertinent de le travailler en évaluant la formation elle-même *à posteriori*. Tous les commentaires nous permettent de mieux cerner les

facteurs auxquels les équipes attachent le plus d'importance et donc d'enrichir la base de préparation utilisée au fur et à mesure, puis pour des démarches futures. Les commentaires ont été compilés dans les tableaux 4.3 et 4.4 ci-dessous :

Tableau 4.3 Répartition des points forts de la formation relevés par les participants

Points forts relevés sur les 5 services	Nb de commentaires	Proportion
Communication - Clarté et simplicité de l'information, communication efficace, précise et concise	48	32%
Animation - Interaction, formation dynamique, équipement visuel, connaissance du sujet	28	19%
Résolution de problèmes - Analyse et résolution de problématiques, amélioration du quotidien, expression et écoute de l'opinion	25	17%
Coopération - Travail et réflexion en équipe	21	14%
Outil - Utilité, intérêt et facilité de STARS, ciblage des besoins	11	7%
Contenu - Préparation de la formation, ex adaptés au service	6	4%
Non prononcés	9	6%
Total	148	100%

Parmi les points forts les plus relevés par les équipes (tableau 4.3), les deux plus importants concernent la forme des séances à travers notamment la clarté de la communication et le dynamisme de l'animation. La communication sort du lot avec 32% des commentaires en sa faveur. Il est positif de constater que les gros efforts de préparation pour l'efficacité de la communication, la conduite des formations et leurs animations ont été utiles et autant relevés. L'animation vient en effet en seconde position avec 28 commentaires, pour un total de 51% de retours favorables en faveur de la forme des sessions proposées. La préparation et l'adaptation des exemples a néanmoins été que peu relevé en ces termes précis (6), mais la présence majoritaire des facteurs de communication et d'animation en font prévaloir l'impact et la valeur. Le second pôle de points positifs relevés concerne le fond des formations, à travers notamment les principes de résolution de problèmes, de coopération et d'utilisation de l'outil STARS. Ces atouts ont été soulignés par 38% des commentaires. Ce second constat est encourageant, car il semble appuyer à nouveau la

bonne compréhension des employés concernant les principes de l'amélioration continue et l'utilisation de l'outil. Enfin, 6% des personnes ayant répondu à l'enquête ne se sont pas prononcées pour la question du point fort. Il est à noter que 11 personnes ont relevé 2 points forts à la fois sur leur feuillet de réponse, ce qui explique le plus grand nombre de réponses pour les points forts que les points faibles (Tableau 4.4).

Tableau 4.4 Répartition des points faibles de la formation relevés par les participants

TOTAL : Points faibles relevés sur les 5 services	Nb de commentaires	Proportion
Formation trop courte	24	18%
Horaire de la formation sur le temps de travail / le temps de pause	10	7%
Temps et difficulté pour mise en place de l'outil, réflexion, animation et mise en place des solutions	5	4%
Réalisme du projet et solvabilité (locale) des problèmes, difficulté pour proposer une solution pertinente	4	3%
Trop peu de participants à la formation	2	1%
Quantité d'informations transmise	1	1%
Pense qu'il serait plus intéressant d'informatiser l'approche	1	1%
Pas de mélange des différents quarts	1	1%
Durée prévue dépassée	1	1%
Aucun	51	37%
Non prononcés	37	27%
Total	137	100%

Intéressons-nous alors à cette troisième et dernière partie de l'enquête (tableau. 4.4). Sur les 137 réponses, 37% des personnes n'ont pas relevé de point faible à la formation. Ce chiffre est évidemment à questionner et nous y reviendrons, mais il demeure toutefois encourageant, car amène à penser que plus d'un tiers des participants sont ressortis satisfaits de la séance. Également, 37 personnes (27%) ne se sont pas prononcées sur cette question. Cela peut être vu de nombreuses manières. Une non-réponse peut marquer un désintéressement pour la question ou la formation, mais cela peut aussi vouloir dire que la personne n'a pas relevée de point faible ou encore qu'elle ne souhaite pas s'exprimer à ce sujet. La différence faite ici entre « aucun point faible relevé » et « non prononcé » repose sur le fait que le premier est signifié à l'écrit par les personnes, par le mot

« aucun » ou le symbole de l'ensemble vide, alors que la ligne est restée blanche dans le second cas. Nous ne pouvons évidemment pas considérer qu'une ligne vide exprime une volonté de ne relever aucun point faible, d'où la nécessité de différenciation, même si cela laisse un doute d'interprétation sur plus d'un quart des réponses.

Le premier vrai pôle de points faibles relevé concerne les facteurs organisationnels et contextuels. Nous considérons entre autres les 24 commentaires relevant une durée trop courte de la formation et les 10 critiquant l'horaire des formations, sur les heures de travail ou de pause. Le premier et le plus important des facteurs organisationnels relevés est en fait assez positif pour nous, car valorise indirectement notre travail de préparation. Si les participants estiment devoir passer plus de temps sur une telle formation ou tout du moins auraient préféré que ce soit le cas, c'est qu'ils ont été intéressés par la démarche et qu'ils voudraient en savoir davantage. Cette volonté d'apprentissage peut témoigner d'une motivation intrinsèque des employés à s'engager dans la démarche proposée. D'autres faiblesses relevées concernent le nombre trop faible de participants à la formation (2) et un manque de mélange des différents quarts de travail pour les formations et l'utilisation de l'outil (1). La question du mélange des différents quarts de travail a été évoquée avec les gestionnaires, mais il en est ressorti qu'il est, dans les faits, très difficile, voire impossible de pouvoir combiner une animation régulière de l'outil avec le croisement des équipes, et quand bien même il serait impossible de réunir des membres des 3 équipes. La problématique est la même pour les formations. La question était donc résolue en amont, à savoir que le tableau STARS serait commun pour tout le service, mais que le suivi et l'animation s'effectueraient équipe par équipe. Les employés sont tout à fait libres de consulter les cartes rédigées par les autres quarts et d'en faire un objet de discussion formel ou informel au croisement des équipes. Enfin, certaines formations de mars 2020 en Belgique se sont faites à 1 ou 2 personnes uniquement. Les 2 commentaires le mentionnant sont donc tout à fait pertinents, car trop peu de personnes amène à un manque de dynamisme et de synergie de groupe, mais l'absence de personnel en ce contexte de crise n'était malheureusement pas de notre ressort. Ces 2 retours ont été faits par des employés de l'USI d'Érasme.

Parmi le reste des réponses, 10 évoquent des problèmes de principes liés à la démarche alors que seulement 2 soulignent des faiblesses sur la forme des séances. Concernant le fond de l'approche présentée, 7% des réponses se rapportent aux difficultés liées à la mise en place de l'outil et à l'animation régulière de celui-ci (5 réponses) ainsi qu'à la solvabilité locale des problématiques soulevées et la difficulté de trouver une solution pertinente (4). Il s'agit ici en fait du cœur de

l'approche et d'un de ses enjeux majeurs, la pérennisation, et il est très intéressant de voir que certains ont effectivement bien cerné ces principales difficultés d'implantation. Nous espérons néanmoins que ces inquiétudes et/ou résistances s'estomperont avec le temps et l'adoption progressive de l'outil par les équipes. Enfin, une personne pense qu'il aurait été plus intéressant d'informatiser l'approche, considération que nous avons déjà abordée en amont. Nous avons effectivement fait le choix du support physique pour le côté pratique d'utilisation et le coût minimal de matériel. Il faut rajouter à cela le fait que les équipes n'ont pas forcément accès facilement ou ni même le temps d'être devant un poste informatique, et aussi que la technologie peut être source de nombreuses complications même pour un système de fonctionnement très simple. La solution physique apparaissait comme bien plus adaptée et le plus grand nombre de commentaires en faveur de la facilité d'utilisation de l'outil qu'en sa défaveur semble nous confirmer que nous avons fait le bon choix.

Enfin, le peu de points faibles relevés concernant la forme des formations est pour nous un nouvel encouragement sur les fruits de notre travail de préparation. Une personne a relevé une durée dépassée et une autre une quantité d'informations transmises trop importante. Il est vrai que certaines formations ont légèrement dépassé le temps imparti. Les sessions étant notamment basées sur le dynamisme de groupe des équipes et leur participation, la durée se devait logiquement d'être variable. Nous avons tâché par l'animation de nous en tenir à quelques minutes de dépassement sans briser la dynamique. Également, l'exercice de synthèse de toute l'information à passer dans un contexte temporel contraint est en effet particulièrement difficile. Néanmoins, la majorité des participants témoignant d'une bonne compréhension des principes expliqués et relevant une bonne communication, il est difficile de considérer un unique commentaire en sens inverse.

Dans le prochain chapitre, nous discutons des résultats vis-à-vis des hypothèses et objectifs de recherches prévus ainsi que des limites de l'étude. Nous proposerons ensuite 2 pistes d'améliorations en lien avec les constats fait avant de conclure ce travail.

CHAPITRE 5 DISCUSSION, LIMITES ET AMÉLIORATIONS

5.1 Discussion et retour sur les hypothèses

Les résultats étant présentés, revenons sur nos 3 hypothèses formulées initialement et rappelons-les :

H1 : L'utilisation de méthodes persuasives et des enseignements tirés de la littérature pour la préparation des formations permettraient d'encourager l'engagement des équipes hospitalières dans l'utilisation de l'outil d'amélioration continue STARS. Cela aurait alors un impact positif sur les processus et performances quotidiennes des équipes formées.

H2 : La mise en place d'une démarche d'amélioration continue comme STARS dans le contexte hospitalier belge et québécois pourrait permettre de passer d'une culture de contrôle à une démarche proactive ouverte et non-stigmatisante pour la gestion et le contrôle des infections nosocomiales.

H3 : La démarche d'ouverture proposée par la mise en place de l'outil d'amélioration continue STARS en milieu hospitalier peut avoir un impact positif sur les performances des équipes en termes de PCI. L'outil pourrait aider à réduire les risques de transmission d'infections nosocomiales en sensibilisant les équipes soignantes aux problématiques d'hygiène et en les amenant à s'impliquer davantage grâce à leur motivation intrinsèque.

Les hypothèses 2 et 3 nécessitant une utilisation de l'outil STARS par les équipes et un relevé d'indicateurs *a posteriori*, il est clair que nous ne pouvons pas y apporter de réponse. Elles ne sont ni confirmées ni réfutées, mais comme détaillé dans la partie précédente traitant des résultats et des impacts du contextes sur leur disponibilité, nous n'avons simplement pas les éléments pour conclure. Concernant la première, la réponse apportée semble partielle. Notre travail de préparation des formations et les retours des équipes y faisant attrait semblent en effet en faveur de la validation de la première partie de l'hypothèse. Nous avons réussi à susciter l'intérêt des équipes, qui est la première marche vers leur engagement. Le message concernant l'importance de mettre les processus au cœur des réflexions est également passé, mais il nous a été encore une fois impossible de vérifier que l'utilisation de STARS puisse vraiment avoir les impacts positifs attendus sur les performances des services, d'où le fait que la réponse n'est que partielle. L'intérêt et l'attention portés à la démarche par les équipes formées semblent malgré tout indiquer que les enseignements

tirés de la littérature et utilisés pour la préparation des formations ont été utiles. L'appel aux émotions à travers des situations connues, l'effort fait sur la communication, la cohérence globale du message, la structure de l'animation ou encore les notions de participation et d'autonomie mises au centre du projet semblent donc avoir été des paramètres essentiels au bon déroulement des formations et à l'acceptation des équipes. L'hypothèse 1 est ainsi partiellement validée, pour la dimension touchant à la préparation des formations et à l'intérêt des équipes, alors que les hypothèses 2 et 3 restent sans réponse par manque de résultats et de mesures.

D'autre part, le manque d'implication des gestionnaires constaté avant le déclenchement mondial de l'épidémie nous invite à nuancer la validation partielle de l'hypothèse 1. Par exemple au CHUM, les deux services ont été formés en décembre 2019, mais les chefs d'unité n'ont pas donné suite au projet durant les 2 mois qui les séparaient du déclenchement mondial de la crise sanitaire. À l'image de cette période de creux, tant dans l'action sur place que dans la communication avec les infirmiers-chefs, l'engagement des gestionnaires dans le projet est resté limité et celui-ci ne fait pas partie de leur priorité. Nous avons pourtant tâché d'anticiper cela en mettant l'accent sur la communication, sur l'argumentation pour les convaincre ou encore sur le fait de minimiser notre présence pour les laisser prendre en main l'approche. Il n'en reste pas moins que les gestionnaires s'intéressaient en premiers abords au projet, car ils y étaient contraints et accompagnés par un support externe plutôt que par intérêt personnel et professionnel pour les fondements de la démarche (Deschamps, 2018). Les chefs d'unité faisant eux-mêmes partie des équipes, les notions d'intérêt et d'engagement mentionnées en H1 restent très limitées.

Malgré tous nos efforts pour prendre en compte tous les enseignements de la littérature à ce sujet, il semble donc que nous n'ayons pas réussi à susciter assez d'intérêt chez les gestionnaires pour qu'ils fassent du projet une priorité. Plusieurs éléments sont ici en cause, dont par exemple la structure générale au lancement du projet. Les premiers contacts avec les équipes et gestionnaires n'avaient assurément pas été assez travaillés et surtout pas dans le sens de la préparation présentée dans ce travail. Le plan de communication doit être préparé pour l'ensemble du projet en amont et débiter dès la première rencontre avec les destinataires. Également, nous avons constaté un manque d'implication de la hiérarchie supérieure pour le projet. D'une part, les infirmiers-chefs étaient livrés à eux-mêmes pour prévoir l'organisation des interventions tout en devant assurer le fonctionnement normal de leur service. Étant déjà surchargés, il était difficile pour eux d'en faire une priorité, surtout sans accompagnement interne. D'autre part, la question des ressources doit

également se poser. L'apprentissage d'une organisation est largement enrichi par la disponibilité de ressources spécialement allouées, comme le temps et l'argent. Jusqu'à maintenant, l'engagement dans les démarches d'amélioration continue de la part des organisations en termes de ressources reste néanmoins très limité (Ahmed et al., 1999). C'est le cas ici pour notre projet, où les ressources financières étaient uniquement prévues pour financer les équipes support du projet et non les services à qui il était destiné. Ainsi, aucune ressource n'était allouée à l'achat du matériel ou à la libération du personnel pour les formations. La question du matériel a pu être gérée lors de la phase de préparation, mais celle de la disponibilité des équipes a demeuré plus difficile à traiter, surtout pour les gestionnaires. Nous l'avons vu, les facteurs organisationnels liés à l'organisation temporelle des formations ont souvent été relevés comme des points faibles aux formations.

5.2 Limites

L'ensemble des résultats présentés permettant de conclure à une validation partielle de l'hypothèse 1 nécessitent également d'être discutés. Ils ne constituent pas une preuve complète et nous ne pouvons pas aller plus loin que des interprétations. Le principe même de l'interprétation des réponses aux questions posées induit un biais. Les personnes n'osent pas forcément dire ce qu'elles pensent vraiment et les réponses sont uniquement le résultat de leur propre projection vis-à-vis de l'outil. Par exemple, 37% n'ont pas relevé de point faible et 27% ne se sont pas prononcés sur la question. Cela se traduit-il par le fait que plus de 60% des participants n'avaient aucune critique à faire ? Une personne satisfaite par la formation ne cherchera pas forcément à trouver un point faible, de même qu'une personne complètement désintéressée ne voudra pas nécessairement réfléchir pour répondre aux questions. Également, rappelons que le contexte initial de notre étude est caractérisé par le contrôle et l'appréhension d'un jugement. Il est fort probable que certains participants n'osaient pas donner leur avis pour ces raisons. Un biais d'objectivité se trouve donc entre la réalité de pensée des employés et ce qu'il se trouve finalement sur les feuillets de réponse. Même si les résultats de cette enquête sont positifs et semblent montrer que les participants ont accordé beaucoup de valeur à la formation et à l'implantation de l'outil à venir, il nous est impossible de tirer des conclusions complètes avec ces seuls éléments.

Il est d'autre part certain que les questionnaires d'enquête doivent être plus détaillés pour pouvoir tirer des conclusions, mais l'impératif de durée de la formation limitait beaucoup le temps pouvant

être dédié à l'enquête. De plus, l'expérience n'était pas prévue pour que les réponses à l'enquête soient les seuls résultats disponibles. Pour faire face à la crise du Covid-19, les équipes sont divisées et/ou composées de personnes qui ne travaillent pas à l'année sur le service. Le lancement de l'outil ne peut pas être une priorité, ni pour les équipes, ni pour les gestionnaires, et aucune continuité ne peut être assurée avec une forte proportion d'équipe volante. Nous pouvons ici faire un lien avec le travail de Shagholi et son équipe qui identifient trois types de barrières à l'amélioration continue : contrôlables, incontrôlables et influençables (Shagholi et al., 2010). La crise sanitaire mondiale rentre en premier abord dans les incontrôlables, mais elle vient aussi impacter ce que nous pensions influencer initialement. Le travail de la présente étude s'attache majoritairement à anticiper toutes les barrières pouvant être contrôlables et influençables, mais on considère ici un contexte incontrôlable qui vient impacter la capacité des gestionnaires à s'engager dans la démarche et à la prioriser, ainsi que la capacité des équipes à s'impliquer. Ce contexte particulier a également participé à creuser le déséquilibre d'effectifs impliqués dans le projet entre Canada et Belgique, rendant encore plus difficile les conclusions comparatives. En effet, les établissements de santé québécois participants sont plus importants en taille que les établissements belges, les services y sont plus grands et il y avait donc plus de québécois que de belges à former. Mais vient s'ajouter à cela le fait que les 2 services de l'HUDERF (Belgique) aient été abandonnés contre 1 seul service laissé de côté à Montréal, et que les dates des formations en Belgique étaient plus proches du cœur de la crise que celles des formations canadiennes. De ce fait, les effectifs des deux services de l'hôpital Érasme étaient limités et seules 23 personnes ont été formées en Belgique, contre 128 au Québec. Enfin, pour conclure sur l'impact du contexte de crise, nous revenons sur un des enjeux majeurs de la démarche souvent mis en avant dans la littérature : la pérennisation. Comme le soulignent plusieurs écrits, cet enjeu repose beaucoup sur la présence du support facilitateur (Lindquist, 2011; Zink et al., 2008). Malheureusement dans notre cas, ce n'est pas par sous-estimation des besoins des équipes que le suivi au lancement n'a pas pu se faire, mais par contrainte. Nous parlons ici des contraintes de déplacement, de voyage ou encore de mise en quarantaine au retour de voyage, autant d'éléments contradictoires avec le fait d'être auprès des équipes pour les accompagner. À la lumière de cela, il serait intéressant d'explorer dans l'avenir du projet une autre approche de gestion plus centrée sur l'autonomisation que l'accompagnement.

Finalement, les premiers résultats semblent nous indiquer que les équipes sont intéressées par la démarche et que notre travail de préparation a été pertinent, tant sur le fond que sur la forme. Cela permettrait donc de valider la première partie de nos hypothèses, soit que l'emploi simultané de méthodes persuasives, de recommandations théoriques et d'enseignements pratiques a un impact positif sur l'acceptation et la volonté d'implication des équipes dans un processus d'AC. Néanmoins, notre étude présente à l'état actuel de nombreuses limites. De ce fait, nous n'apportons pas vraiment de preuves pour répondre aux autres hypothèses. Il apparaît clairement la nécessité d'aller plus loin en tirant des leçons de cette première phase d'expérimentation, puis en relançant le projet auprès des services après la crise afin d'obtenir des résultats plus concrets. Pour la marche à suivre, il faudra certainement commencer par des rencontres avec les infirmiers-chefs pour prévoir la temporalité du déploiement et voir s'il est nécessaire de redonner des formations ou de proposer un support de remise à niveau auprès des équipes. L'implantation de l'outil étant effectuée, la période de suivi pourra débuter dans la continuité de ce qui n'avait pas pu être fait. Il faudra alors relever les indicateurs prévus initialement pour avoir des résultats plus complets et pouvoir tirer de réelles conclusions sans oublier d'anticiper les possibles impacts court et moyen terme de la crise actuelle sur le fonctionnement des services et donc de les prendre en compte dans l'interprétation de ces futurs résultats.

5.3 Améliorations

À la suite des divers constats soulevés par les résultats et dans la discussion, nous revenons dans cette partie sur la conception des formations et l'approche de gestion avec un nouveau regard afin de proposer des améliorations à notre travail. En effet, nous avons conçu une première version de l'approche et des formations, et nous en avons vu les limites. La grande majorité des personnes étaient intéressées, convaincues, mais la transition dans les faits n'a pas eu lieu et les gestionnaires n'en ont pas fait une priorité. La démarche et les formations proposées, dans un contexte comme celui du COVID-19, n'étaient donc pas suffisantes pour arriver à une volonté d'utilisation de l'outil par les équipes et les gestionnaires. Bien que ce contexte soit exceptionnel, le milieu hospitalier n'est jamais d'un calme plat, il faut donc arriver à initier des démarches même en cas de tempête. Nous proposons ainsi d'aller plus loin en intégrant deux nouvelles notions à notre étape de conception. La première correspond à la prise en compte de manière plus approfondie des besoins des destinataires, en particuliers ceux les gestionnaires. Nous verrons alors dans cette première

partie que la notion d'expression des besoins est une problématique bien plus large qu'un simple oubli de considération. Ensuite, nous proposerons une piste d'amélioration pour les formations en elles-mêmes autour de la notion de séquençage de l'apprentissage.

5.3.1 Les besoins

5.3.1.1 Partie théorique : problème d'expression et d'écoute du besoin

Dans notre société actuelle, une très grande majorité de personnes agissent et communiquent avec un comportement que le Dr Marshall Rosenberg appelle le comportement du chacal. Celui-ci est opposé au comportement de la girafe, dont l'image est utilisée, car c'est le mammifère terrestre avec le plus gros cœur. Le statut de chacal sera décrit et généralisé dans ce paragraphe à la première personne, car nous en faisons partie. Nous donnons ainsi trop de valeur à la punition, aux notions de biens et de mal, et nous jouons sans cesse au jeu de « qui a raison ». Tout ce que nous faisons par peur de la punition, de la honte ou par obligation se retournera contre nous un jour. Nous sommes éduqués dans la violence et ne pensons qu'en termes de jugement issus de morales, de ce que nous pensons bon ou mauvais. Très souvent, l'autorité représente la connaissance de ce qui est juste ou non, et ne pas s'y soumettre est mal. Notre langage se base sur le fait de nier la possibilité de choisir et rejette la responsabilité de nos actions. L'auteur utilise ici l'exemple des procès de Nuremberg, où les anciens responsables nazis affirmaient « qu'ils devaient le faire, qu'ils n'avaient pas le choix ». Nous avons en fait toujours le choix, même s'il est certain que nous ne pouvons pas les apprécier à chaque fois. Nous ne faisons rien que nous n'avons pas choisi (Rosenberg, 2000). Miguel Ruiz va plus loin dans son livre en affirmant que l'Homme est domestiqué par lui-même, il s'impose une vision de la vie et de ses rêves. Ce qui est souligné ici est le fait que nous donnons notre accord à des concepts pour effectuer des actions, mais nous n'en sommes que plus ou moins conscients. C'est pourtant ces concepts et accords qui définissent notre priorité d'action. Ce que nous pensons être une norme de fonctionnement nous empêche de voir les autres possibilités, et nous acceptons de manière tacite ces pratiques (Ruiz, 1997). La crise mondiale dont nous commençons à peine à sortir en est un très bon exemple. Tout ce que nous pensions bien faire a été modifié, énormément d'acquis ont été remis en question. De la même manière, un grand nombre de gestionnaires contrôlent les employés, car « c'est comme ça qu'il faut faire » pour s'assurer de leur performance. Ils donnent ainsi leur accord à la notion de contrôle et intrinsèquement à celle de réprimande en cas de mauvais résultats.

Nous sommes alors invités à considérer l'importance de la parole. Celle-ci est en effet le vecteur de l'éducation, de la connaissance imposée, du « moule » dans lequel on nous façonne depuis la naissance. Thomas D'Ansembourg décrit le comportement de chacal par la gentillesse de façade dans laquelle nous avons été élevés, celle où l'on dit « oui » au lieu de dire « non » et où le « tout va bien » est une réponse universelle sans considération pour notre propre réalité. La parole est un outil puissant, pouvant être tant créateur que destructeur. Pour éviter le second cas et privilégier le premier, il est important d'apprendre à communiquer sur ses besoins, d'être à l'écoute de ceux des autres et de faire preuve de compréhension. Il est alors important d'apprendre à dire les choses, à parler de soi, et à écouter les autres. L'auteur indique qu'un mal entendu est le résultat de 2 choses :

- Une mauvaise expression d'un besoin, très souvent présenté sous forme de critique ;
- Une mauvaise écoute ou compréhension de l'expression de ce besoin, alors également perçu comme une critique, ne pouvant résulter que par la fuite ou la surcritique (D'Ansembourg, 2017).

Les questions qui se posent alors sont : Comment mieux s'exprimer et comment mieux écouter pour recentrer les considérations sur ce qui compte vraiment (les besoins) ? Nous apportons ici des éléments de réponses avec l'approche de Communication Non Violente (CNV) développée par M. Rosenberg.

Comment s'exprimer ?

Avant toute chose, il est essentiel de saisir l'importance de la séparation entre les jugements et les faits concrets. Il ne faut pas essayer de changer quelqu'un, et si l'on pense que la personne a fait quelque chose de faux, nous avons déjà grandement réduit nos chances d'obtenir ce que nous souhaitons d'elle. Tout le monde agit pour répondre à des besoins, et ce modèle de communication se base sur le fait d'essayer de s'y rattacher en tout temps. La CNV est ainsi décrite en 4 étapes pour l'expression :

1. Observer sans évaluer : décrire les faits concrets sans émettre de jugement ;
2. Exprimer le sentiment ressenti suite à ces faits : « quand tu fais cela, je me sens... » ;

3. Exprimer un besoin. Attention, il est différent d'exprimer un besoin et de dire comment l'on veut l'obtenir. Ici il s'agit clairement de se focaliser sur le besoin que nous recherchons à satisfaire, par sur comment le faire ;
4. Exprimer une requête de manière positive. La requête ne doit pas être une exigence, c'est une demande d'action concrète et positive : « j'aimerais que tu fasses cela » plutôt que « j'aimerais que tu arrêtes de faire cela » qui n'est pas assez précis. Une exigence n'amène qu'à la rébellion ou la soumission, d'où l'importance de la requête. Il faut avoir du pouvoir avec les autres, et non sur les autres (Rosenberg, 2000). Faire preuve de discernement envers les besoins en jeu avant de formuler la demande concrète et précise est alors essentiel. Si celle-ci n'est pas assez précise, le besoin apparaît comme trop important et insurmontable pour l'autre, qui sera plus à même de refuser (D'Ansembourg, 2017).

Comment écouter ?

« Avec des oreilles de girafes », il ne faut entendre que 2 choses : les sentiments et les besoins. Un reproche est l'expression négative d'un « s'il te plaît », d'un besoin caché. Il ne faut plus entendre « ce n'est pas la manière de faire » dans un reproche, mais plutôt chercher à comprendre l'expression d'un sentiment et d'un besoin. L'attention doit porter sur le fait de se connecter à « ce qui est vivant dans l'autre », puis d'exprimer l'interprétation du besoin entendu. Même si l'on se trompe, cela permet de montrer que l'on s'intéresse sincèrement à ce qui compte pour l'autre, et nous lui donnons ainsi l'occasion de corriger notre lecture de son besoin. Le processus d'écoute passe avant tout par le fait de montrer suffisamment d'empathie, sans quoi l'autre ne recevra jamais ce que nous avons à dire. L'objectif est ici d'essayer de rendre clair ce qui se passe dans l'autre personne sans s'impliquer dans ses sentiments et besoins. Il ne faut surtout pas parler de stratégie ou de solution avant d'avoir établi une connexion emphatique, soit que chacun ait compris les besoins de l'autre (Rosenberg, 2000).

Également, M. Rosenberg et T. D'ansembourg nous alertent sur l'importance de savoir dire et entendre « non ». Il est vital de savoir écouter ses émotions, sentiments et besoins pour savoir dire non quand cela est nécessaire. Une accumulation de « faux oui » ne peut que nous nuire au long terme, de la même manière qu'une cocotte-minute sur le feu explose si l'on y laisse trop longtemps. Nous sommes sans cesse pollués par nos émotions refoulées, caractérisées par tous ces moments

où nous disons « oui » sans nous consulter nous-mêmes. Nous sommes élevés dans une logique de nous couper de nos sentiments et de nos besoins. Nous faisons ce que l'autre attend de nous et non pas ce que l'on croit juste, nous nous occupons de l'autre avant de nous occuper de nous-mêmes. Il faut avant tout accepter ses propres doutes avant de pouvoir envisager de s'occuper des autres (D'Ansembourg, 2017). Aussi, du point de vue formulation, une fois que nous avons réussi à nous écouter et à considérer le fait de dire « non », il sera plus productif d'exprimer le refus en termes de besoin insatisfait nous empêchant de dire « oui » plutôt que de s'en tenir à un simple non. Nous éviterons ainsi la position défensive de l'autre. Pour l'écoute, il est important de chercher à comprendre ce à quoi l'autre dit oui quand il dit non (Rosenberg, 2000).

5.3.1.2 Partie pratique : pistes d'amélioration des formations

Comme nous l'avons vu ci-dessus, la considération des besoins est en fait un large problème de communication et de comportements personnels profondément ancré dans notre société et nos pratiques. Les situations évoquées théoriquement plus haut se retrouvent également dans le quotidien des services hospitaliers. Par exemple, un employé rencontrant un problème ou constatant un dysfonctionnement de processus est gêné, préoccupé par la situation. Il a besoin de pouvoir faire son travail en toute conscience et efficacité, et donc que le problème soit résolu. Néanmoins, l'appréhension liée au fait de soulever un problème, l'anticipation de la réaction des autres et/ou de la hiérarchie peuvent empêcher cette personne d'écouter ses besoins et sentiments. De la même manière, une remarque des gestionnaires peut être interprétée comme une critique des pratiques par les équipes, qui adopteront alors une position défensive. Sans chercher à citer toutes les situations d'application des cas mentionnés, il est clair que le système hospitalier n'est pas épargné par cette problématique globale. Il nous faut maintenant nous demander comment utiliser ces constats et conseils pour faire en sorte que notre plan de formation prenne réellement en compte les besoins des destinataires, et plus particulièrement ceux des gestionnaires. Nous l'avons vu lors de notre conception, les besoins du personnel ont été considérés dans une logique d'intégration du changement, mais il est clair que nos résultats indiquent un manque de considération pour ceux des infirmiers-chefs, qui n'ont ainsi pas pu faire du projet une priorité. Nous espérons que, en proposant cette nouvelle approche sur l'analyse et l'intégration de leurs besoins, la démarche connaîtra un plus grand succès par la suite et leur permettra surtout de l'intégrer à leurs priorités.

Comme le dit V. Lang dans son travail, quel que soit le domaine d'application, l'analyse des besoins est un préalable très utile pour l'établissement d'un plan de formation. Celle-ci peut être grossièrement découpée en 3 parties :

1. Étude des exigences de fonctionnement de l'organisation ;
2. Prise en considération des intérêts propres à chaque groupe concerné par la situation professionnelle visée dans les formations ;
3. Connaissance des attentes, aspirations et désirs de chacun (Lang, 1987).

L'ensemble de la théorie sur la CNV et les conseils d'expression et/ou d'écoute pourraient alors être très utiles, tant pour aider les gestionnaires à exprimer leurs besoins que pour les sensibiliser à l'importance de la manière dont les choses sont dites et perçues. Nous pourrions alors leur proposer, en amont de la conception de nouvelles formations, un exercice de réflexion et d'expression basé sur des situations vécues dans lesquelles ils se reconnaîtront suite à une première phase d'explication de la philosophie CNV. Cet exercice pourrait ressembler à ceux proposés par le Dr M. Rosenberg lors de ces conférences, basé donc sur des questions guidées pour arriver à l'expression d'un besoin en lien avec une situation choisie (Rosenberg, 2000). Néanmoins, l'analyse des besoins ne passe pas uniquement par l'expression des destinataires. Ceux-ci ne perçoivent pas forcément objectivement l'ensemble de leurs besoins et leur vision est limitée à leur propre projection dans la situation visée. L'expression des besoins est donc nécessaire, mais pas suffisante. Même si l'organisation définit des objectifs et cadres de fonctionnement, la mise au point d'un plan de formation nécessite une adaptation aux besoins particuliers du personnel ciblé, et corrélativement une concertation entre les parties prenantes. Chacune a une représentation de la situation, et donc un projet ou une demande précise. « Le plan de formation doit être à la rencontre de ces points de vue » (Lang, 1987). Il nous faudrait donc, en plus d'amener les destinataires à exprimer leurs besoins, nous équiper d'oreilles de girafes lors des observations et entretiens afin de percevoir les besoins qu'ils n'ont pas eux-mêmes évoqués. L'écoute et la perception des besoins est une étape essentielle si l'on veut proposer aux destinataires d'envisager d'autres solutions pour y répondre, soit de sortir de la « vision auto-imposée » sur comment faire les choses.

D'autre part, « l'élaboration d'un plan de formation consiste en une transformation des attentes et problèmes en objectifs pédagogiques de formation. » L'analyse des besoins s'inscrit alors dans un schéma plus global, où l'auteur nous conseille de partir des besoins exprimés, avant de les

interpréter et de les réélaborer en termes de besoins de formations, qui seront ensuite organisés et opérationnalisés pour construire le plan de formation final. Attention cependant à s'assurer que les besoins analysés soient toujours d'actualité, ou que l'apparition de nouveaux besoins soit intégrée à la conception. Une analyse des besoins n'est en effet qu'un diagnostic d'une situation à un instant T dans des conditions déterminées : « elle ne permet pas de construire un plan de formation définitif ». Les actions et formations proposées doivent donc réévaluer sans cesse les besoins de l'ensemble des destinataires pour s'y adapter en permanence (Lang, 1987).

Nous concluons ce premier paragraphe de réflexion avec une liste des améliorations proposées en lien avec la nécessité de considérer davantage les besoins des destinataires, surtout des gestionnaires. Nous l'avons dit, l'analyse des besoins apparaît comme une voie privilégiée pour la construction d'une formation adaptée aux pratiques réelles sur le terrain. Voilà comment nous pourrions améliorer la démarche et les formations proposées en lien avec cette notion :

1. Mettre des oreilles de girafes lors des observations libres et des échanges avec les équipes. Utiliser la CNV pour amener les équipes à parler de leurs besoins ;
2. Expliciter les principes de la CNV aux gestionnaires, les sensibiliser à l'importance de la parole ;
3. Proposer aux gestionnaires des exercices personnalisés de réflexion et de projection pour les amener à parler de leurs besoins et à considérer d'autres manières dont ils pourraient y répondre ;
4. Proposer deux plans de formations distincts : un pour les employés, un pour les gestionnaires. Chaque groupe de destinataires a des besoins propres, les plans de formations doivent y être adaptés. Les gestionnaires peuvent suivre le plan de formation des employés, mais ils doivent également être formés pour répondre à leurs besoins de gestion, de délégation et d'encadrement des équipes ;
5. Consulter chaque groupe de destinataires avec une première version des plans de formations et les adapter si nécessaire. Surveiller l'évolution des besoins de chacun pour être sûr d'y répondre avec le plan de formation final.

Nous avons donc vu dans cette partie que la nécessité de considération et d'analyse des besoins nous offrait des pistes d'améliorations pour la phase en amont des formations, soit les observations et la conception. Dans la partie suivante, nous explorerons la possibilité d'améliorer le plan de formation avec la notion de séquençage de l'apprentissage.

5.3.2 Découpage de l'apprentissage

Ces dernières années, les technologies se développent de plus en plus dans le domaine de l'apprentissage. À l'image des nombreuses applications mobiles conçues par exemple pour l'adoption d'un nouveau comportement ou la maîtrise d'une nouvelle langue, le séquençage de l'apprentissage semble être une des clés pour inciter les utilisateurs à appliquer et pratiquer ce qu'ils ont appris. De manière globale, cela correspond à la définition d'objectifs simples et courts termes, enchaînés de manière logique, couronnés de récompenses toujours plus encourageantes. Même si dans le cas des technologies ces récompenses ne s'inscrivent que dans un système virtuel de progression, nous nous intéressons ici au fonctionnement global de ce mécanisme pour l'apprentissage. Nous parlons alors de tutoriel pour définir les étapes d'apprentissage guidées pas à pas visant par la suite une autonomie complète. Initialement réservés au domaine informatique, les tutoriels se sont vite répandus à tout type de domaine où l'apprentissage autonome est possible. Plus le comportement visé est complexe, plus le découpage de l'apprentissage sera important et donc plus le tutoriel devra présenter d'étapes. Bien qu'utilisé dans de très nombreux domaines aujourd'hui, ce mécanisme de séquençage de l'apprentissage n'est pas nouveau et se retrouve dans une très grande majorité de jeux vidéo. Afin de mieux imaginer les propos, nous présentons dans le prochain paragraphe des exemples de tutoriels tirés de notre propre expérience sur les jeux en ligne de type MMORPG (*Massively Multiplayer Online Role-Playing Game*).

Ce type de jeux se définit par le fait qu'ils se jouent en ligne dans un monde virtuel où se retrouvent des milliers voir des millions de joueurs. Chacun développe un avatar, le fait progresser, l'équipe, apprend des métiers, etc. Les 2 tutoriels que nous souhaitons aborder ici concernent l'apprentissage des bases du jeu à la création d'un nouveau personnage, puis l'apprentissage d'un métier. Dans ce type de jeu, le séquençage de l'apprentissage est symbolisé par un enchaînement de quêtes, reliées entre elles de manière logique et narrative, dont chacune présente un objectif clair et une récompense. Dès qu'un nouveau personnage est créé, celui-ci apparaît dans un niveau spécialement dédié à l'apprentissage des bases du jeu. Ce passage est obligatoire pour chaque nouveau joueur et

restera toujours accessible par la suite. On y apprend ainsi comment se déplacer, puis nous sommes récompensés pour avoir parcouru 100m. Nous apprenons ensuite à effectuer une roulade pour éviter un piège, ou à sauter pour éviter un ravin, avec à chaque fois une récompense à la clé. Se trouvent alors devant nous une épée de mauvaise qualité et un monstre basique à vaincre, lequel nous donnera des récompenses hors norme par rapport au reste du jeu pour nous féliciter d'avoir suivi les consignes pour le combat. Ce qu'il faut retenir ici est qu'en sortant de ce monde de débutant, nous sommes déjà niveau 3 sur 50, et surtout autonomes et prêt à affronter le vrai monde qui nous attend. Peu de temps après, nous découvrons l'importance des métiers d'artisanat. Il nous faut alors nous former. Un personnage non joueur y est spécialement destiné, et celui-ci nous offre le choix du métier à apprendre. Le choix fait, une première mission nous envoie alors chercher des matériaux bruts dans un lieu spécialement indiqué. De retour avec nos matières premières trouvées sans difficulté, nous voilà déjà récompensés gracieusement. Le second objectif est alors de raffiner ces matériaux, puis de fabriquer un objet et enfin de le démonter. Chaque étape est bien sûr guidée par un objectif simple et chaque petit accomplissement est largement valorisé par du contenu virtuel qui nous sera utile par la suite. Il faut comprendre que dans la vie d'un joueur, des milliers d'objets seront fabriqués et démontés, de la même manière que des millions de monstres seront vaincus par l'avatar, mais aucun n'apportera autant que ceux des tutoriels, toutes proportions gardées. Cette logique de découpage de l'apprentissage semble inciter les joueurs à adopter les comportements routiniers ciblés. D'autres mécaniques existent en ce sens à travers par exemple les quêtes quotidiennes ou hebdomadaires. Nous ne les développerons pas plus ici car ces mécanismes semblent plus difficiles à adapter à notre situation, même si leur conception reste particulièrement intéressante.

Revenons justement à notre situation de formations à l'hôpital. Comment adopter cette philosophie d'apprentissage pour améliorer les formations que nous proposons aux équipes soignantes et aux gestionnaires ? Commençons avec les formations destinées au personnel. Les formations que nous avons proposées sur une plage de 30min sont déjà découpées en quelques courtes étapes. L'idée serait ici d'utiliser ces divisions logiques de l'ensemble de la formation pour proposer des petites séances hebdomadaires ou bi-hebdomadaires d'environ 5min avec un objectif clair de séance, un exercice simple de réflexion autonome entre les séances, et pourquoi pas une récompense. Nous proposons ainsi les étapes de séquençage suivantes pour améliorer la forme du plan de formation actuel. Chaque étape correspondrait à une séance de quelques minutes, séparées de quelques jours

de la précédente et de la suivante. Le contenu de chaque séance reprend le contenu des formations initialement préparées (annexe F) et pourrait par exemple se présenter comme suit :

1. **Introduction générale au projet** : présentation du contexte, des établissements impliqués, des objectifs, de l'animateur, et du déroulement en courtes séances à venir.
 - Objectif de la séance : Comprendre les enjeux globaux de la démarche, être capable de nommer le projet et au moins 3 objectifs ;
 - Exercice pour la semaine suivante : Réfléchir à un problème souvent rencontré qui mériterait d'être considéré et résolu ;
 - Récompense : une boîte de chocolats offerte à l'équipe pour leur simple participation.

2. **Identification de problèmes et conscientisation** : réflexion sur des exemples de situations problématiques préparées à des fins pédagogiques et adaptées à chaque service.
 - Objectif de la séance : Apprendre à repérer les problèmes dans l'environnement professionnel quotidien et savoir les décrire ;
 - Exercice pour la semaine suivante : Reprendre l'exemple de problème envisagé suite à l'exercice personnel de la séance 1 et essayer de le décrire selon le modèle appris ;
 - Récompense : une boîte de biscuits remplie proportionnellement aux éléments de description du problème trouvés par les participants. La « déduction » pourra être faite de manière amusante avec l'animateur qui se sert en premier en le justifiant ainsi.

3. **Utilisation de l'outil STARS** : présentation physique de l'outil STARS et des étapes d'utilisation de manière théorique.
 - Objectif de la séance : Découvrir l'outil de résolution de problème STARS, savoir nommer les étapes et les visualiser sur les supports (tableau, carte) ;
 - Exercice pour la semaine suivante : Commencer à remplir une carte STARS jusqu'à la partie analyse avec la problématique personnelle choisie depuis la séance 1 ;

- Récompense : Gourmandise ou récompense quelconque récompensant l'attention des participants.
4. **Application aux exemples du service** : présentation de la résolution des 2 exemples pédagogiques avec STARS, utilisation du support d'animation (grande carte STARS avec textes attachés au velcro).
- Objectif de la séance : Valider la compréhension de chaque étape du processus et être capable de l'appliquer à un problème du service ;
 - Exercice pour la semaine suivante : Compléter la carte STARS débutée suite à la séance précédente et traitant de la problématique choisie par chacun ;
 - Récompense : Gourmandise ou récompense quelconque récompensant l'écoute et la participation aux exercices inter-séances.
5. **Animation et suivi des idées** : présentation des principes, paramètres et objectifs de l'animation.
- Objectif de la séance : Comprendre l'utilité de l'animation, savoir la prendre en main et savoir effectuer le suivi d'une carte ;
 - Exercice pour la semaine suivante : S'entraîner à présenter la carte personnellement rédigée à des collègues ;
 - Récompense : Gourmandise ou récompense quelconque récompensant l'écoute et la participation aux exercices inter-séances.
6. **Première mise en pratique en équipe** : création de groupes de travail et mise en pratique du processus sur un problème choisi par le groupe.
- Objectif de la séance : Valider la compréhension de chaque étape du processus et être capable de l'appliquer en groupe à un problème du service choisi ;
 - Exercice pour la semaine suivante : Compléter en groupe la carte STARS débutée dans cette séance ;
 - Récompense : Gourmandise ou récompense quelconque récompensant l'écoute et la participation aux exercices inter-séances.

7. **Séance d'ajustement** : seconde mise en pratique avec une autre idée de problématique ou continuité de la précédente si besoin.
8. **Retour sur la mise en pratique et conclusion** : Présentation du travail de chaque groupe aux autres et débriefage final.
 - Objectif de la séance : Valider la mise en pratique de chaque groupe, savoir présenter en équipe les idées développées, poser des questions et distribuer les livrets récapitulatifs ;
 - Récompense : Gourmandise ou récompense quelconque récompensant l'écoute et la participation aux exercices inter-séances.

Au début de chaque séance, un bref temps de 30sec pourrait être dédié à faire un retour sur ce qui a été dit à la séance précédente et sur l'exercice personnel qui y avait été proposé. D'autre part, le système de récompense n'est ici indiqué qu'à titre d'exemple et mériterait d'être un peu plus travaillé pour être réellement intégré au mécanisme d'apprentissage proposé. Il ne faudrait cependant pas que le système des récompenses donne lieu à des frustrations chez des participants, c'est pourquoi les conditions d'obtention de celles-ci sont très simples, comme dans les tutoriels de jeux vidéo. Les premières séances peuvent déboucher sur des récompenses simples comme une boîte de chocolat, et nous pourrions penser pour la suite à un système d'avancement cumulatif donnant diverses récompenses à l'atteinte de paliers préalablement définis. Les récompenses peuvent évidemment avoir d'autre forme qu'une gourmandise, mais cette idée permet d'illustrer les améliorations que nous proposons. Tous ces éléments ne sont donc pas définitifs et nécessitent évidemment d'être plus travaillés. Nous cherchons ici simplement des pistes d'améliorations à explorer afin d'établir un nouveau plan de formation en se basant sur l'approche de séquençage de l'apprentissage pour faciliter l'adoption d'un nouveau comportement. L'idée développée ici ne se base que sur les éléments de formations préparées précédemment, il serait donc nécessaire de les faire évoluer en fonction des besoins des destinataires comme suggéré dans la partie ci-dessus. Au final, le temps total de formation sera presque le même et il sera certainement plus simple d'organiser les interventions par courtes sessions. Qu'en est-il des formations que nous pourrions proposer aux gestionnaires ?

La formation des gestionnaires devra se centrer davantage sur le fait de déléguer, de changer les habitudes liées au contrôle, de communiquer de manière plus positive et sur les principes de

gestion de l'outil STARS. Cette liste d'objectif de formation évoluera en fonction de l'étape préalable d'analyse des besoins. Le même modèle de découpage pourrait être appliqué pour le plan de formations destiné aux infirmiers-chefs. À noter qu'il serait plus bénéfique d'effectuer ce plan de formation avant celui des employés, de manière à ce que les gestionnaires soient déjà prêts à accueillir l'utilisation de l'outil quand les formations termineront. L'enchaînement de quelques séances de formations destinées aux gestionnaires est proposé ci-dessous de manière à illustrer la piste d'amélioration qui pourrait être explorée :

1. **Différence entre gestion centralisée et décentralisée** : expliciter 2 situations de gestions et proposer une réflexion quant à l'identification du mode de supervision et les différences ;
2. **Mise en situation du point de vue gestionnaire** : proposer une mise en situation où le gestionnaire doit se projeter dans chacun des modes de gestions présentés à la séance précédente pour en saisir les enjeux, avantages et inconvénients ;
3. **Mise en situation avec le point de vue d'un employé** : reprendre les situations de la séance 2 et proposer de se projeter cette fois-ci dans la peau de l'employé. Mettre en avant les impacts des actions de contrôles ;
4. **Présentation condensée de l'outil STARS** : même contenu explicatif que pour les équipes concernant l'utilisation de l'outil STARS ;
5. **Mise en pratique condensée de l'outil STARS** : même logique que pour les équipes, faire choisir une problématique et passer à travers une résolution guidée ;
6. **Approche de gestion de l'outil STARS** : comment gérer l'outil STARS en tant que gestionnaire, comment déléguer pour inciter les équipes à l'utiliser, quels sont les liens avec les modes de gestions étudiés aux séances 1, 2 et 3 ;
7. **Mise en situation finale** : proposer une situation réaliste où le gestionnaire doit se projeter et tenter d'appliquer ce qu'il a retenu jusqu'à maintenant. La situation pourra être choisie et préparée spécifiquement pour être proche d'un cas où les anciennes habitudes seraient plus susceptibles de revenir.

La formation des infirmiers-chefs pourrait se faire de manière individuelle ou en duo pour plus d'interaction suivant les possibilités d'organisation. Concernant le format et la durée, nous

resterions dans la même logique de séquençage que précédemment, soit autour de 5min par séance hebdomadaire. Les objectifs particuliers de chaque séance et le système de récompense pour les gestionnaires pourront être plus approfondis si cette idée d'amélioration est retenue à l'avenir.

En conclusion, nous avons vu dans cette partie deux pistes d'amélioration pour faire évoluer le plan de formation actuel afin d'augmenter les chances d'adoption de l'outil et du nouveau comportement par les destinataires. La première concerne l'importance de considérer les besoins de chacun et d'y adapter en permanence les plans de formations. Nous avons ainsi découvert que l'expression et l'écoute des besoins étaient en fait une large problématique inhérente à la société. L'approche de CNV pourrait alors permettre d'intégrer l'analyse des besoins aux étapes d'observations et de conception des formations pour le milieu hospitalier. D'autre part, le modèle des tutoriels de jeux vidéo nous amène à proposer des plans de formation centrés sur le séquençage de l'apprentissage en courtes séances. Chacune aura alors un objectif clairement défini et pourquoi pas un système de récompense motivant la participation. Finalement, ces améliorations du plan de formation pourraient être couplées aux idées de conception du précédent travail (utilisation de méthodes persuasives et des enseignements de la littérature, etc), mises en pratique et testées dans des conditions similaires au test alors mené. Nous pourrions alors espérer obtenir un meilleur engagement des équipes, et surtout arriver à effectuer la transition entre la formation et l'utilisation autonome de l'outil en aidant les gestionnaires à faire du projet une priorité.

CHAPITRE 6 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En conclusion de ce travail, plusieurs points importants sont à retenir. Premièrement, les infections nosocomiales touchent à la morbidité et la mortalité des patients hospitalisés à travers le monde entier, à raison d'au minimum 10% des admissions. Ce problème, donc réparti à l'échelle internationale, fait partie des priorités de l'OMS. Celle-ci émet alors des recommandations sous forme de règles d'hygiène et de comportements à respecter par l'ensemble des équipes médicales et soignantes. Néanmoins, la diffusion des bons gestes et bonnes pratiques dans les établissements de santé, souvent basée sur la comparaison à une norme et la stigmatisation des erreurs, semble aujourd'hui fortement marquée par une « culture de culpabilisation, de blâme, d'échec et d'humiliation », ce qui éloigne l'atteinte des objectifs sanitaires (Francoeur et al., 2001). Suite à ces constats et à l'approfondissement de la littérature en termes d'amélioration continue et d'impacts du contrôle sur la motivation du personnel soignant, il apparaît qu'une démarche d'implantation d'un outil comme STARS en milieu hospitalier semble pouvoir aider à la gestion de ces difficultés. En effet, la mise en place et l'adoption d'un outil d'AC peut encourager une participation régulière du personnel dans une révision des processus des services et ainsi susciter d'avantage leur motivation à être attentifs et impliqués au quotidien. Un tel outil pourrait ainsi aider les services hospitaliers et leurs équipes à améliorer leurs performances sanitaires tout en faisant évoluer constamment leurs processus quotidiens. Cependant, l'implantation et l'adoption d'une telle démarche n'est pas chose aisée. Le développement d'une habitude d'utilisation de l'outil nécessite du temps, un apprentissage, et surtout de l'intérêt, qui constituent alors autant d'enjeux clés pour la réussite de l'implantation. C'est avec la plus grande attention pour ces enjeux que nous avons proposé dans ce travail une adaptation de l'outil à l'environnement hospitalier et une préparation minutieuse des formations proposées aux équipes.

Malheureusement, le contexte particulier de l'année 2020 nous empêcha de mener à bien ce projet. Les hôpitaux, débordés par la gestion de la crise sanitaire du COVID-19, n'ont pas pu donner suite aux formations proposées, malgré le fait que celles-ci aient pu avoir lieu. L'impossibilité de relever les indicateurs de suivi nous empêche de conclure pour la majorité des hypothèses et objectifs prévus. Les réponses à l'enquête proposée à l'issue des formations constituent alors les seuls résultats disponibles. Ces premiers résultats semblent nous indiquer que les équipes sont intéressées

par la démarche et que notre travail de préparation a été pertinent, tant sur le fond que sur la forme. Cela permettrait donc de valider la première partie de nos hypothèses, soit que l'emploi simultané de méthodes persuasives, de recommandations théoriques et d'enseignements pratiques pour la préparation de la démarche et des formations a un impact positif sur l'acceptation et la volonté d'implication des équipes dans un processus d'AC.

Les limites de l'étude et les facteurs d'échecs relevés ci-dessus nous incitent alors à repenser la démarche en tirant parti des constats effectués, et à la continuer lorsque le contexte hospitalier y sera plus favorable. C'est dans cette logique que deux pistes d'amélioration sont proposées à la fin de ce travail, l'une portant sur la communication et la prise en compte des besoins de tous les acteurs, et l'autre proposant une exploration de la notion de séquençage de l'apprentissage.

RÉFÉRENCES

- Ahmed, P. K., Loh, A. Y. E., & Zairi, M. (1999). Cultures for continuous improvement and learning. *Total Quality Management*, 10(4-5), 426-434. <https://doi.org/10.1080/0954412997361>
- Alluhaidan, A., Chatterjee, S., Drew, D., & Stibe, A. (2018). Sustaining Health Behaviors Through Empowerment : A Deductive Theoretical Model of Behavior Change Based on Information and Communication Technology (ICT). In J. Ham, E. Karapanos, P. P. Morita, & C. M. Burns (Éds.), *Persuasive Technology* (Vol. 10809, p. 28-41). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78978-1_3
- Ariely, D. (2016). *What makes us feel good about our work?* https://www.ted.com/talks/dan_ariely_what_makes_us_feel_good_about_our_work
- Auger, D., Direction générale de la santé publique, Arruda, H., & Tremblay, M. (2006). *Les infections nosocomiales : Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009*. Santé et services sociaux Québec.
- Beer, M., & Eisenstat, R. A. (2000). The Silent Killers of Strategy Implementation and Learning. *Sloan Management Review*, 41(4), 29.
- Blanson Henkemans, O., Paradies, G., Neerinx, M., Looije, R., & Emepelen, van, P. (2015). Lost in persuasion A multidisciplinary approach for developing usable, effective, and reproducible persuasive technology for health promotion. *Proceedings of the 9th International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare*. 9th International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare, Istanbul, Turkey. <https://doi.org/10.4108/icst.pervasivehealth.2015.259161>
- Cason, T. N., & Mui, V.-L. (1997). A Laboratory Study of Group Polarisation in the Team Dictator Game*. *The Economic Journal*, 107(444), 1465-1483. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.1997.tb00058.x>
- Catry, B., Pauw, H. D., & Benhammedi, N. (2018). *Sciensano (ex- Institut Scientifique de Santé Publique) Campagne nationale d'hygiène des mains*. 22.

Charron-Latour, J. (2014). *Facteurs clés d'une démarche d'amélioration continue durable dans les établissements de santé du Québec* [Masters, École Polytechnique de Montréal]. <https://publications.polymtl.ca/1552/>

Charron-Latour, J., Restrepo, D., Pourmonet, H., & Bassetto, S. (2016). Seizing opportunities for change at the operational level. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(3). <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-02-2015-0022>

Collerette, P. (2008). Pour une gestion du changement disciplinée dans l'administration publique. *Télescope*, 17.

Combes, M., & Lethiellieux, L. (2008). Comment prédire et expliquer l'échec des changements organisationnels. *Revue française de gestion*, 34(188-189), 325-339. <https://doi.org/10.3166/rfg.188-189.325-339>

Dagenais, M. (2012). *Analyse exploratoire des impacts et des facteurs de succès de l'implantation de l'approche Lean dans deux centres hospitaliers universitaires québécois* [Masters, École Polytechnique de Montréal]. <https://publications.polymtl.ca/803/>

D'Ansembourg, T. (2017). *Cessez d'être gentil soyez vrai*. <https://www.youtube.com/watch?v=oZWOYtVHpkY>

De Jong, J. P. J., & Den Hartog, D. N. (2007). How leaders influence employees' innovative behaviour. *European Journal of Innovation Management*, 10(1), 41-64. <https://doi.org/10.1108/14601060710720546>

Deschamps, C. (2018). *Support aux gestionnaires : Outil d'accompagnement pour l'implantation d'amélioration continue opérationnelle* [Masters]. École Polytechnique de Montréal.

Drexler, D., & Bassetto, S. (2016). *Application of Implicit Association Test (IAT) in Control Perception* [Masters]. Polytechnique Montréal.

Francoeur, J., Garon, A., & Lefebvre, P. (2001). *La gestion des risques, une priorité pour le réseau : Rapport du Comité ministériel*. Ministère de la santé et des services sociaux.

Gould, D. J., Hale, R., Waters, E., & Allen, D. (2016). Promoting health workers' ownership of infection prevention and control: Using Normalization Process Theory as an interpretive

framework. *Journal of Hospital Infection*, 94(4), 373-380. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2016.09.015>

Gram-Hansen, S. B., Rabjerg, M. F., & Hovedskou, E. K. B. (2018). What Makes It Persuasive? In J. Ham, E. Karapanos, P. P. Morita, & C. M. Burns (Éds.), *Persuasive Technology* (Vol. 10809, p. 16-27). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78978-1_2

Groene, O., Botje, D., Suñol, R., Lopez, M. A., & Wagner, C. (2013). A systematic review of instruments that assess the implementation of hospital quality management systems. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(5), 525-541. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt058>

Hoogendoorn, G., Sütterlin, B., & Siegrist, M. (2019). When good intentions go bad : The biased perception of the environmental impact of a behavior due to reliance on an actor's behavioral intention. *Journal of Environmental Psychology*, 64, 65-77. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2019.05.003>

Jacobson, G. H., McCoin, N. S., Lescalette, R., Russ, S., & Slovis, C. M. (2009). Kaizen : A Method of Process Improvement in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 16(12), 1341-1349. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00580.x>

Jancarik, A.-S., & Vermette, L. (2013). RECENSION DES ÉCRITS RELATIFS À DES MÉTHODES DE TYPE LEAN. *Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie*, 130.

KCE. (2008). *Les infections nosocomiales en Belgique, volet 1 : Étude nationale de prévalence.* /fr/les-infections-nosocomiales-en-belgique-volet-1-%C3%A9tude-nationale-de-pr%C3%A9valence

KCE. (2009). *Les infections nosocomiales en Belgique, volet 2 : Impact sur la mortalité et sur les coûts.* /fr/les-infections-nosocomiales-en-belgique-volet-2-impact-sur-la-mortalit%C3%A9-et-sur-les-co%C3%BBts

Ku, H.-H., Yang, P.-H., & Chang, C.-L. (2018). Reminding customers to be loyal : Does message framing matter? *European Journal of Marketing*, 52(3/4), 783-810. <https://doi.org/10.1108/EJM-09-2016-0516>

- Lam, M., O'Donnell, M., & Robertson, D. (2015). Achieving employee commitment for continuous improvement initiatives. *International Journal of Operations & Production Management*, 35(2), 201-215. <https://doi.org/10.1108/IJOPM-03-2013-0134>
- Landry, S., Chaussé, S., & Paris, Y. (2014). La démarche Lean au centre hospitalier universitaire de Sherbrooke : Un déploiement par « contamination ». *Gestion*, 39(3), 97. <https://doi.org/10.3917/riges.393.0097>
- Lang, V. (1987). De l'expression des besoins à l'analyse des pratiques dans la formation des enseignants. *Recherche & formation*, 2(1), 37-49. <https://doi.org/10.3406/refor.1987.899>
- Langley, A., & Denis, J.-L. (2008). Les dimensions négligées du changement organisationnel. *Télescope*, 20.
- Lindquist, R. (2011). The SECRET to Sustainment. *Quality Progress*, 44(8), 40-45.
- Lodgaard, E., Ingvaldsen, J. A., Aschehoug, S., & Gamme, I. (2016). Barriers to Continuous Improvement : Perceptions of Top Managers, Middle Managers and Workers. *Procedia CIRP*, 41, 1119-1124. <https://doi.org/10.1016/j.procir.2016.01.012>
- Mayon-White, R. T., Ducel, G., Kereselidze, T., & Tikomirov, E. (1988). An international survey of the prevalence of hospital-acquired infection. *Journal of Hospital Infection*, 11, 43-48. [https://doi.org/10.1016/0195-6701\(88\)90164-8](https://doi.org/10.1016/0195-6701(88)90164-8)
- Monin, B., Sawyer, P. J., & Marquez, M. J. (2008). The rejection of moral rebels : Resenting those who do the right thing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(1), 76-93. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.1.76>
- Mylonopoulou, V., Väyrynen, K., Stibe, A., & Isomursu, M. (2018). Rationale Behind Socially Influencing Design Choices for Health Behavior Change. In J. Ham, E. Karapanos, P. P. Morita, & C. M. Burns (Éds.), *Persuasive Technology* (Vol. 10809, p. 147-159). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78978-1_12
- Oldham, G. R., & Cummings, A. (1996). Employee Creativity : Personal and Contextual Factors at Work. *The Academy of Management Journal*, 39(3), 607-634. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/256657>

- Rajon, M. (2019). *Développer des habitudes en milieu de travail – une approche par la conception* [Masters, Polytechnique Montréal]. <https://publications.polymtl.ca/3893/>
- Rondeau, A. (2008). *L'évolution de la pensée en gestion du changement : Leçons pour la mise en œuvre de changements complexes*. 12.
- Rosenberg, M. (2000). *Communication non violente*. <https://www.youtube.com/watch?v=bIjRxdN-kL8>
- Ruiz, M. (1997). *The four agreements : A practical guide to personal freedom*. Amber-Allen Pub.
- Schmaltz, J. (2019). *Etude de la maturité et de la capacité à chhanger en milieu hospitalier* [Masters]. Polytechnique Montréal.
- Senge, P. (2015). *La cinquième discipline*. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1098846>
- Shagholi, R., Hussin, S., Siraj, S., Naimie, Z., Assadzadeh, F., & Al-Hejaili, H. (2010). Investigation on participatory management and identify the constraints. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 378-382. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.029>
- Site internet OMS. (2020a). *OMS | Pourquoi un Défi mondial sur les infections nosocomiales*. WHO; World Health Organization. <https://www.who.int/gpsc/background/fr/>
- Site internet OMS. (2020b). *OMS | SAUVEZ DES VIES : Pratiquez l'hygiène des mains*. WHO; World Health Organization. <http://www.who.int/gpsc/5may/fr/>
- Spelt, H., Westerink, J., Ham, J., & IJsselsteijn, W. (2018). Cardiovascular Reactions During Exposure to Persuasion Principles. In J. Ham, E. Karapanos, P. P. Morita, & C. M. Burns (Éds.), *Persuasive Technology* (Vol. 10809, p. 267-278). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78978-1_22
- Warda, R. P. (2009). *Know Thyself*. <http://asq.org/quality-progress/2009/04/continuous-improvement/know-thyself.html>
- Wendel, S. (2013). *Designing for Behavior Change : Applying Psychology and Behavioral Economics*. O'Reilly Media, Inc.

Zhang, C., Starczewski, A. P., Lakens, D., & IJsselsteijn, W. A. (2018). A Decision-Making Perspective on Coaching Behavior Change : A Field Experiment on Promoting Exercise at Work. In J. Ham, E. Karapanos, P. P. Morita, & C. M. Burns (Éds.), *Persuasive Technology* (Vol. 10809, p. 87-98). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78978-1_7

Zink, K. J., Steimle, U., & Schröder, D. (2008). Comprehensive change management concepts. *Applied Ergonomics*, 39(4), 527-538. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2008.02.015>

ANNEXE A : PRÉSENTATION DE L'OUTIL STARS

STARS est un outil de résolution de problème s'inscrivant dans une démarche globale d'amélioration continue. STARS est un acronyme définissant chacune des 5 étapes de la manière suivante : **Store** (Enregistrer) - **Tag** (Assigner) - **Analyze** (Analyser) - **Resolve** (Agir) - **Sustain** (Pérenniser). Celles-ci sont détaillées ci-dessous.

- **Store** : On observe un problème et on l'enregistre en le matérialisant par une nouvelle carte. Il s'agit ici de définir la situation problématique. Quel est le problème ? Pourquoi en est-ce un ?
- **Tag** : Constitution de l'équipe qui va prendre en main la résolution du problème. Qui est concerné ? Qui veut participer à la réflexion et à la résolution ?
- **Analyze** : Analyse de la situation, ciblage des enjeux, brainstorming, proposition de solution. Recherche de l'origine du problème. Que pourrait-on faire pour éviter la situation problématique ? Comment le mettre en place ? Si la solution retenue n'est pas validée par la hiérarchie ou est impossible à mettre en place, prendre le temps d'expliquer pourquoi. Donner les éléments nécessaires pour mener une réflexion approfondie. Chercher les données nécessaires à la réflexion ;
- **Resolve** : Mise en place de la solution. Action concrète de changement et moyens pour la mettre en œuvre. Communication sur les nouveautés ;
- **Sustain** : Pérennisation de l'amélioration. La situation finale (après quelques semaines/mois) est-elle meilleure que la situation initiale ? Le problème est-il toujours existant ? La situation s'améliore-t-elle avec le temps ? Ne pas avoir peur de constater l'échec pour le comprendre et aller de l'avant. La carte STARS de la problématique peut à cette étape soit être retirée du tableau si le suivi est positif, soit rétrogradée à l'étape d'analyse pour reprendre la réflexion à partir de la compréhension de l'échec.

Dans les faits, l'outil STARS est représenté par un tableau, divisé en 5 colonnes. Chaque colonne correspond à une étape du processus de résolution présentée ci-dessus. Chaque nouveau problème sera enregistré sur une carte vierge et placé dans la 1^{ère} colonne. À chaque évolution dans le processus, le groupe responsable de la problématique fait avancer la carte à la colonne suivante. La localisation de chaque carte symbolise la progression globale dans le processus de résolution du

problème associé. Les cartes seront à utilisation unique, de manière à pouvoir les garder et les archiver. Elles permettront de revenir sur la réflexion menée précédemment si un problème resurgit, ou encore de garder trace de toutes les avancées et améliorations qui ont eu lieu en fonction du temps. Les visuels du tableau et de la carte vierge utilisés pour ce projet sont présentés ci-dessous :

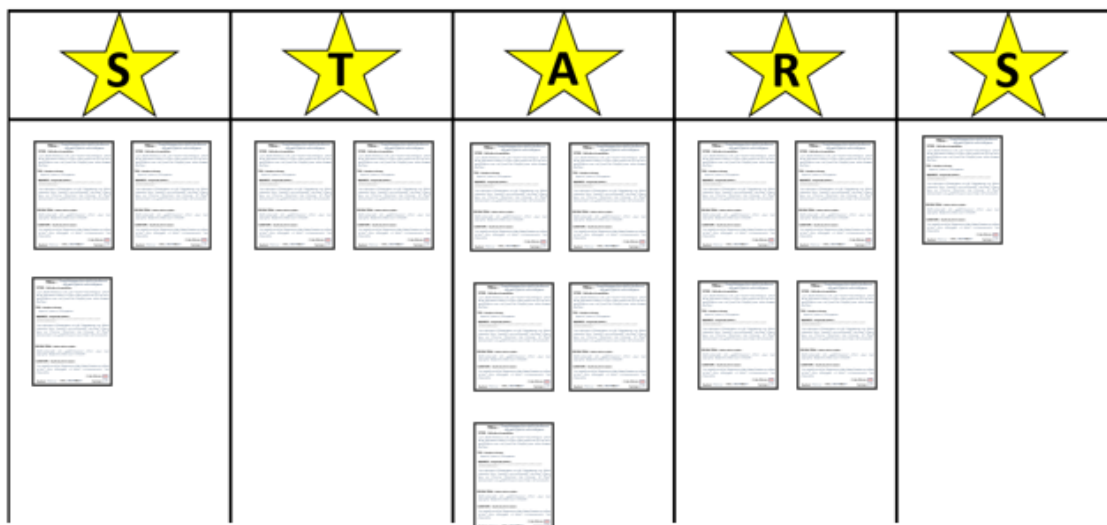


Figure A. 1 Exemple d'un visuel du tableau STARS en utilisation

Titre :		
STORE – Définition du problème		
TAG – Equipe en charge		
ANALYSE – Origine & Solution <i>Origine du problème, Enjeux, Proposition de solution</i>		
RESOLUTION – Action mise en place		
SUBSTAIN – Audit de pérennisation		
<div style="text-align: right;">Carte clôturée <input type="checkbox"/></div>		
Auteur :	Date : / /20	Service & quart :

Figure A. 2 Visuel d'une carte STARS vierge

ANNEXE B : GRILLE D'ÉVALUATION DE LA MATURITÉ EN AMÉLIORATION CONTINUE DES SERVICES

Niveaux de maturité : désengagement (1), volonté (2), communication & mise en œuvre (3), Compréhension (4)

Tableau B.1 Grille d'évaluation de la maturité – Grands projets

Gestion des grands projets				
	Désengagement	Volonté	Communication/Mise en œuvre	Compréhension
Structure des projets	Il n'y a pas de gestion de projet.	La gestion de projets n'est pas standardisée. Les projets sont faits de manière informelle sans structure apparente.	Une démarche de gestion de projets est privilégiée, mais non-standardisée en tant que démarche formelle.	La démarche entourant la gestion de projets est standardisée, comprise de tous et utilisée par tous dans la totalité des projets.
Alignement	Les objectifs ne sont pas définis.	Les objectifs sont définis, mais ne font pas l'unanimité entre les gestionnaires.	Les objectifs sont définis, mais ne sont pas utilisés de manière proactive pour orienter le travail fait dans l'organisation. Ils ne sont pas communiqués.	L'alignement de l'organisation est clair, les objectifs court terme et long terme sont définis, communiqués et compris par tous. Les projets sont orientés par rapport à ces objectifs.
Suivi	Il n'y a pas de suivi des projets. Chaque projet est mené de manière indépendante et n'est pas suivi par les gestionnaires.	Le suivi des projets est fait par le gestionnaire de chaque projet de manière indépendante. Les informations ne sont pas communiquées à tous.	Le suivi des projets est fait de manière globale en équipe. Le processus peut être visuel mais il n'est pas standardisé ni compris de tous	Le suivi des projets est fait par groupe et animé de manière régulière et standardisée. Il est visuel dans le temps et permet d'avoir une vue d'ensemble des projets. Il est accessible et compris de tous.

Tableau B.2 Grille d'évaluation de la maturité – Suivi opérationnel

Suivi opérationnel				
	Désengagement	Volonté	Communication/Mise en œuvre	Compréhension
Visualisation des données	Les données ne sont pas visualisées. Elles sont disponibles sans traitement, elles sont donc brutes.	Les données sont visualisées sans traitement, sans évolution temporelle et sans comparaison possible.	Les données sont affichées avec une évolution temporelle.	Les données sont visualisées pour avoir une idée rapide de l'état de la situation au moment présent. Des marqueurs clairs permettent d'identifier les irrégularités rapidement.
Réactivité face aux données	Les données ne sont pas utilisées pour évaluer la situation opérationnelle.	Les données sont utilisées pour évaluer l'état de la situation et faire des bilans des situations opérationnelles.	Les données sont utilisées en temps réel pour observer les situations. Aucune action réelle n'est prise pour adresser les variations de la situation opérationnelle.	Les données sont utilisées pour adresser en temps réel les changements de situation opérationnelles. Les actions prises sur le terrain reflètent la variation des données présentées.
Accessibilité des données	Les données ne sont pas présentées visuellement et les démarches pour y accéder sont difficiles.	Les données sont présentées visuellement pour les gestionnaires et ne sont pas accessibles par l'équipe terrain.	Les données sont présentées visuellement dans un endroit satellite au plancher de travail, mais pas facilement accessible par tous.	Les données sont présentées visuellement sur le plancher de travail et accessibles à tous en tout temps.
Communication des données	Il n'y a pas d'animation et de communication par rapport aux données.	L'animation est faite exclusivement par les gestionnaires de manière sporadique. Elle est incomplète et non standardisée.	L'animation est menée par les gestionnaires et les employés sont à l'aise avec la démarche.	L'animation est une habitude dans la routine opérationnelle. Elle est standardisée et peut être effectuée par tous les membres de l'équipe. Elle ne dépend pas de la présence des gestionnaires.
Compréhension par les employés	Il y a une incompréhension de l'utilité venant d'un tel outil, l'équipe terrain ne peut pas expliquer la raison et le potentiel de la démarche.	L'équipe terrain prend connaissance des concepts reliés à l'outil.	L'équipe terrain est confortable avec la démarche qui doit encore faire ses preuves. Elle voit le potentiel de l'outil.	L'équipe terrain comprend l'utilité, est capable d'expliquer et de comprendre les différents indicateurs et leurs impacts.

Tableau B.3 Grille d'évaluation de la maturité – Suivi des améliorations

Suivi des améliorations				
	Désengagement	Volonté	Communication/Mise en œuvre	Compréhension
Engagement des employés face aux améliorations	Les employés voient les améliorations comme un changement négatif dans leur environnement.	Les employés voient les améliorations comme un changement constant qui empêche une stabilité dans leur travail.	Les employés voient les améliorations comme un moyen de résoudre les irritants de leur travail quotidien.	Les employés voient l'amélioration comme un incontournable et l'état organisationnel est en constante évolution. L'amélioration fait partie de la culture de l'entreprise.
Identification des erreurs et/ou des opportunités	Les erreurs et opportunités d'améliorations ne sont pas identifiées par l'équipe terrain. La peur du jugement prime	Les erreurs et/ou opportunités d'améliorations sont communiquées aux gestionnaires de manière informelle sans que le processus soit clair pour tous.	Les erreurs sont considérées comme des opportunités d'amélioration et sont communiquées de manière standardisée aux gestionnaires de façon écrite.	Les erreurs sont considérées comme des opportunités d'amélioration et sont communiquées de manière standardisée par tous les membres de l'organisation sur une plateforme accessible à tous à tout moment.
Prise en charge des changements	Les améliorations ne sont pas prises en charge par les gestionnaires sauf si la situation est critique.	Les changements sont pris en charge par les gestionnaires seulement, et sans standardisation de la technique.	Les améliorations sont assignées aux employés, mais la prise de décisions est faite par les gestionnaires. Les employés ne font que mettre en place des solutions.	Les améliorations sont prises en charge par tous les membres de l'organisation suivant un processus standardisé, de l'identification des problématiques à l'implantation des solutions. Les employés sont conscients de l'importance de leur implication dans le processus.
Communication des améliorations	Il n'y a pas de communication directe à l'équipe de terrain par rapport aux améliorations.	La communication des améliorations est faite de manière informelle sans suivi régulier. Tous les membres de l'équipe ne sont pas au courant des améliorations mises en place.	La communication des améliorations est faite de manière régulière.	La communication des améliorations se fait de manière standardisée et régulière. Tous les membres de l'équipe sont au courant et comprennent les améliorations mises en place.
Suivi	Le suivi des améliorations n'est pas effectué avec l'équipe terrain.	Le suivi des améliorations est fait sans support visuel, de manière ponctuelle par les gestionnaires.	Le suivi des améliorations est fait à l'aide d'un outil visuel, de manière régulière avec la présence du gestionnaire.	Le suivi des améliorations est fait grâce à un outil visuel permanent qui illustre le processus permettant de synthétiser les améliorations. Il est animé de manière régulière par tous les membres de l'équipe et ne dépend pas des gestionnaires pour fonctionner.

Tableau B.4 Grille d'évaluation de la maturité – Évaluation de la culture

Évaluation de la culture				
	Désengagement	Volonté	Communication/Mise en place	Compréhension
Contrôle décisionnel	Chaque décision est prise une à une par les gestionnaires de manière indépendante en faisant du cas par cas.	Les décisions sont prises une à une par les gestionnaires en ayant une vision d'ensemble.	Les décisions sont prises en équipe avec l'accord des gestionnaires et sont traitées comme un ensemble.	Les décisions sont prises en équipe par l'équipe. Les gestionnaires contrôlent le processus et s'assurent que l'orientation choisie est respectée.
Vision des employés par les gestionnaires	L'équipe terrain est opérationnelle et effectue leur travail au quotidien.	L'équipe terrain est opérationnelle et est consciente de son environnement de travail.	L'équipe terrain est opérationnelle et s'assure de la qualité de leur travail.	L'équipe terrain sont les experts du contenu sur le processus et sur les idées d'amélioration.
Volonté de s'améliorer/d'essayer	Il n'y a pas de volonté présente chez les gestionnaires par rapport à l'amélioration.	La volonté de s'améliorer est présente individuellement chez les gestionnaires.	La volonté de s'améliorer est un message communiqué entre les gestionnaires, mais n'atteint pas clairement l'équipe terrain.	La volonté de s'améliorer et d'essayer de s'améliorer est un message clairement communiqué et compris dans l'organisation.
Communication entre les gestionnaires	La communication entre les gestionnaires est absente et ils travaillent de manière isolée.	La communication est faite individuellement de manière isolée sans transmission de l'information sauf pour les 2 personnes concernées.	La communication entre les gestionnaires est présente de manière informelle. L'information est transmise sans que le processus soit standardisé.	La communication entre les gestionnaires de tous les niveaux se fait suivant un travail standard où tous les gestionnaires se rencontrent de manière régulière pour échanger.
Communication entre les gestionnaires et les employés	La communication entre les gestionnaires et les employés est indirecte par un intermédiaire quelconque et ils ne sont pas présents sur le terrain.	La communication est présente dans les situations critiques où il faut transmettre de l'information de haut en bas. Les gestionnaires ne sont pas présents sur le terrain.	La communication est présente de manière régulière, mais informelle. Les gestionnaires sont présents sur le terrain de manière irrégulière.	La communication est standardisée avec les équipes où il y a un échange entre les gestionnaires et l'équipe terrain. Les gestionnaires sont présents sur le terrain de manière quotidienne et standardisée.
Culture de la parole	Les employés terrain ne communiquent pas avec les gestionnaires par peur d'être jugés et réprimandés. L'environnement de travail est stigmatisant	Les gestionnaires communiquent de l'information à l'équipe terrain sans standardisation, les employés ne se sentent pas nécessairement écoutés	Les gestionnaires et l'équipe terrain communiquent de manière informelle en échangeant leurs opinions. Les erreurs ne sont plus nécessairement pointées du doigt, mais restent peu soulevées	Les employés comme les gestionnaires sont à l'aise de communiquer en échangeant leurs opinions sans peur ni jugement. Une plateforme y est dédiée. L'environnement de travail ouvert permet d'exploiter les opportunités que présentent les erreurs.
Place/vision de l'erreur et de l'amélioration	L'amélioration n'est pas un concept mis en avant dans l'organisation. L'erreur est stigmatisée et cause une peur du jugement	L'amélioration est ponctuelle et utilisée par les gestionnaires pour résoudre les grands problèmes. Elle est vue comme un changement nécessaire, mais n'est pas mise en lien avec les erreurs sur le terrain	L'amélioration est un concept présent dans l'équipe. Il est vu comme un changement pour adresser les problèmes rencontrés dans le travail quotidien. Les erreurs sont parfois exploitées comme source d'apprentissage	Le concept de l'amélioration est compris comme un incontournable et accepté par l'ensemble de l'équipe. Il est intégré dans le travail quotidien pour répondre aux irritants. Les erreurs sont toutes partagées et exploitées grâce à un processus standard régulier

ANNEXE C : GABARIT D'OBSERVATION POUR LE SUIVI DES ÉQUIPES

Personnes suivies / interrogées

Nom & prénom	Poste

Animation de l'équipe

Fréquence	Durée	Animateur	Objet

Système de transfert d'informations + avis du personnel :

Besoin d'animation plus régulier d'après le personnel ?

Amélioration continue (avis du personnel sur ce qui se fait)

Salle de pilotage (lisibilité ? utilisation ? intérêt ?)

Indicateurs utilisés et pertinence pour le personnel :

Mécanisme de résolution de problèmes (efficacité ?)

Effectifs

Nb patients/infirmier :

Ressenti vis-à-vis de la charge de travail :

Implication apparente du personnel (avis subjectif perçu par l'observateur) :

PCI (hygiène médicale)

Formations hygiène : Ateliers ? formations ? Actions de sensibilisation ? (Pertinence et perception par le personnel) :

Facilité d'accès du personnel d'hygiène (PCI) et nature de l'interaction :

Gestion des isolements

Perception du système visuel pour la gestion et la communication sur les isolements (suffisant ? efficace ? connu de tous ?)

Respect des consignes ? Éléments rendant difficiles le respect des consignes :

Personnel d'entretien

Perception du travail du personnel d'entretien par le personnel soignant :

Nature des interactions :

Exemples de problématiques rencontrées par le personnel (préparer la formation)

ANNEXE D : GABARIT D'OBSERVATION POUR LES DISCUSSIONS AVEC LES GESTIONNAIRES

Contacts importants

Nom	Poste	Coordonnées

Animation de l'équipe

Fréquence	Durée	Animateur	Objet

Système de transfert d'informations :

Besoin d'animation plus régulier du personnel ?

Amélioration continue

Salle de pilotage :

Indicateurs utilisés :

Localisation possible (si absence) ou relocalisation nécessaire ?

Mécanisme de résolution de problèmes :

Capacité du service

Nb de lits :

Taux moyen d'occupation :

Effectifs

Personnel total du service :

Répartition :

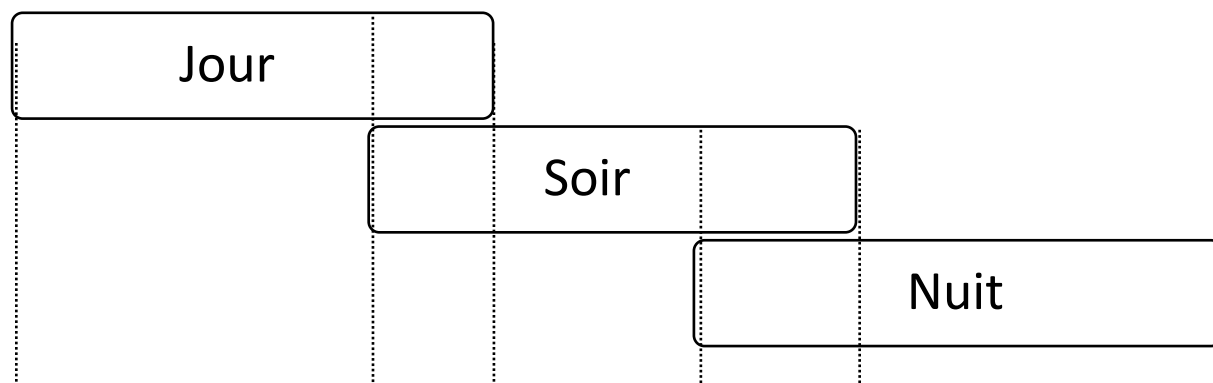
Corps de métier	JOUR	SOIR	NUIT

Détermination des horaires de repas :

Nb patients/infirmier :

Nombre patients/PAB :

Horaires des quarts de travail :



PCI

Interaction avec le personnel (Ateliers ? formations ? actions de sensibilisation ?) :

Nature et localisation de l'équipement de prévention de base :

Gestion des isolements

Système visuel pour la gestion et la communication sur les isolements :

Exemples de problématique (préparer la formation)

ANNEXE E : CONTEXTE HISTORIQUE DU PROJET ORCHESTRA

E. 1. Objectif initial du projet : FOCALÉ

Orchestra a été lancé en 2018 avec pour objectif premier de tester l'outil FOCALÉ et possiblement démontrer l'efficacité d'une telle méthode dans le cadre des programmes de prévention des infections en milieu hospitalier. FOCALÉ est une méthode d'analyse et de réflexion visant à assurer la pérennité des solutions proposées à tout type de problème à travers la conception de celles-ci. Cet outil a été développé par Mathilde Rajon, qui était alors responsable du projet Orchestra dans le cadre de sa maîtrise recherche au CIMAR-Lab à Polytechnique Montréal (Rajon, 2019). Elle a soutenu sa thèse à l'hiver 2019 et m'a donc passé le relais pour la gestion du projet.

Il est essentiel de comprendre que FOCALÉ est bien trop complexe dans l'état actuel des choses et ne peut pas fonctionner de manière autonome dans les services. Non seulement l'outil doit être amélioré et simplifié pour être à la portée de tous, mais il doit reposer sur une base de culture d'amélioration continue rodée, alors absente des services de soins. Cette base correspond au support d'amélioration continue, de résolution de problème et d'ouverture d'esprit que propose de fournir la démarche STARS. Il est donc nécessaire que STARS soit bien en place et adoptée par les équipes avant de penser à l'amélioration de FOCALÉ et à son déploiement dans les services hospitaliers. La démarche STARS encourage le développement d'une habitude de passage à l'action et d'implication des équipes, alors que FOCALÉ correspond plus à une habitude de développer des habitudes. Par analogie, on ne peut pas tester la voiture (FOCALÉ) sans avoir construit la route (STARS). L'objet de ce travail sera donc d'implanter la démarche STARS dans les services impliqués ainsi que d'y évaluer l'impact sur la culture organisationnelle et la place du contrôle / de l'erreur au sein des équipes. En cas de succès d'implantation, il sera tout à fait possible de revenir à la phase d'adaptation et de test de FOCALÉ pour le second volet du projet.

E. 2. Le volet socio-anthropologique

Le projet Orchestra présente, en plus du volet ingénierie dont ce travail fait l'objet, un volet socio-anthropologique. Chaque volet a la responsabilité de 2 unités de soin dans chacun des 4 hôpitaux. L'équipe d'anthropologues est composée d'Armelle Lorcy et d'Eve Dubé pour Montréal, ainsi que d'Amélie Planchon pour la Belgique. Les unités de soins suivies par cette équipe sont :

- La néonatalogie et la pédiatrie au CHU Sainte-Justine ;
- L'unité de soins intensifs et de médecine générale au CHUM ;
- La gériatrie et la gastroentérologie à Érasme ;
- L'unité de soins intensifs et l'hémo-oncologie à l'HUDERF ;

L'objectif général de ce second volet est de mesurer l'impact d'une approche multimodale sur le taux des infections nosocomiales, ou infections associées aux soins (IAS). L'étude part du constat suivant : une grande part des IAS est évitable. Malgré l'existence de recommandations basées sur les faits et la réalité du terrain ayant pour but de réduire l'incidence des IAS (ex : hygiène des mains), les pratiques des professionnels de la santé ne sont pas toujours conformes. Il semble donc nécessaire d'identifier et de comprendre les facteurs qui influencent la conformité ou non aux bonnes pratiques, ce qui constitue l'objet d'étude de ce volet socio-anthropologique. Il s'agira dans un premier temps d'évaluer les perceptions des professionnels concernant les IAS et d'identifier les défis, difficultés et obstacles à l'application des recommandations. Pour ce faire, l'équipe d'anthropologues utilise des approches qualitative et inductive. La première s'intéresse au Comment et au Pourquoi plutôt qu'aux chiffres tandis que la seconde consiste à explorer et approfondir la compréhension des phénomènes dans leur contexte et la complexité des problèmes impliquant le comportement humain.

Dans un second temps, des pistes d'amélioration appropriées pour des interventions concrètes, durables et adaptées à chaque unité de soins seront proposées dans le but d'agir au niveau local. Pour cela, un groupe de travail sera créé dans chaque unité afin de baser ces propositions sur l'échange et les discussions avec les soignants. C'est en effet eux qui sont les plus aptes à identifier et à soulever une variété d'amélioration.

E. 3. Maîtrise cours J. Schmaltz : exploitation des observations

Pour que le contexte et l'historique du projet soient complets, il est également nécessaire de mentionner le travail de Justine Schmaltz. Dans le cadre de sa maîtrise professionnelle à Polytechnique Montréal, cette dernière s'est intéressée à l'interprétation des données d'observation afin d'essayer de comprendre et de mieux appréhender les équipes concernées par un projet d'amélioration continue et leur acceptation de celui-ci. Pour ce faire, elle utilise d'une part la grille d'analyse de C. Deschamps (Deschamps, 2018) pour évaluer de la maturité organisationnelle des

services, et mène d'autre part des observations et entrevues avec le personnel pour mesurer la capacité à changer des équipes. Ces mesures sont « par la suite analysées et mettront ainsi en évidence que la capacité à changer d'une organisation » semble être liée à sa maturité en termes d'AC (Schmaltz, 2019). Ce sont ces données initiales de maturité et les échanges avec les équipes qui sont en communs dans le cadre de nos projets respectifs. La récolte de ces données a été faite en complète coopération.

ANNEXE F : DOCUMENT SUPPORT POUR L'ANIMATION DES FORMATIONS (EX DU SERVICE DE TRANSPLANTATION DU CHUM)

F. 1. Introduction

Projet Orchestra = Recherche visant à adapter et proposer des outils d'amélioration continue au milieu hospitalier pour :

- Réduire le risque de transmission d'infections nosocomiales ;
- Améliorer le quotidien des équipes de santé.

4 établissements partenaires

- CHUM et Sainte-Justine à Montréal ;
- L'hôpital universitaire Érasme et l'HUDERF à Bruxelles en Belgique.

Principe de base : C'est vous qui rencontrez les problèmes du quotidien, c'est vous qui connaissez les processus => Vous êtes les mieux placés pour avoir des solutions (base de STARS)

Objectifs :

- Petit effort d'adaptation au départ pour la prise en main (court terme)
- Immenses gains de temps au long terme
 - Réduction des irritants du quotidien qui traînent sans solution ;
 - Libération de la parole, vous serez écoutés et entendus ;
 - Les idées seront considérées ;
 - Pouvoir transformer les problèmes en opportunité ;
 - Amélioration de processus de résolution de problème [Remplacement de processus, pas ajout] ;
 - Uniformisation de la communication (tous au courant de tout) ;
 - Diminution de la charge de travail et de la charge mentale ;
 - Gain en temps, efficacité et satisfaction.

F. 2. Phase 1 [Conscientisation]

Exemples de situations problématiques [Distribuer les feuilles de problématique (annexe G)]

- Que voyez-vous ?
- Quel est le problème ?
- Comment le définir ?

Situation problématique 1 : *Claire travaille au 11S. Comme dans tous les autres services, les linges propres sont entreposés sur les 4 chariots distribués dans le service, le long des couloirs principaux. Les chariots de linge propre semblent être en libre accès dans ces couloirs car l'affiche d'interdiction est cachée à chaque fois derrière une pile de linge. Les patients et/ou visiteurs se servent eux-mêmes pour « éviter de déranger » ou pour ne pas attendre qu'un membre du personnel vienne les servir. Rien ne semble donc les y interdire, alors Claire et ses collègues doivent se répéter sans cesse.*

Problème (=store) 1 : *Il est difficile de contrôler l'hygiène des mains des patients qui se servent seuls. Ces manipulations peuvent présenter des risques infectieux pour tous les patients. Le linge est un vecteur important de bactéries, c'est pourquoi il est normalement interdit aux patients de se servir. De plus, le manque d'indication fait perdre du temps au personnel qui doit surveiller les chariots et se répéter auprès des patients.*

Situation problématique 2 : *Hervé travaille au 15N. Comme dans tous les services, certains traitements sont reçus par enveloppe. Une fois vide, ces enveloppes réutilisables doivent être regroupées dans un bac disponible prêt de l'entrée, au niveau du poste d'accueil. Hervé à l'habitude de récupérer le médicament avec l'enveloppe aux postes infirmiers aux extrémités du service, de le ranger dans le tiroir du patient et de ramener l'enveloppe. Mais il trouve de plus en plus que ces allers-retours pour une simple enveloppe sont nombreux et fatiguant à la longue.*

Problème (=store) 2 : *La transmission des traitements avec enveloppe aux infirmières induit de nombreux déplacements inutiles pour les équipes médicales, et donc une perte de temps ainsi que de la fatigue physique.*

F. 3. Phase 2 [Présentation de l'outil + exemple guidé]

STARS = outil d'amélioration continue basé sur 2 principales idées :

1. Une carte = une idée, un problème
2. Résolution de problème visuelle, tableau divisé en 5 colonnes = 5 étapes.

[Conduire un exemple en fil rouge avec chaque étape en utilisant la grande carte STARS et les textes de l'exemple prêt (annexe H)]

Situation problématique réutilisée : 1 (chariots de linge)

Store : Observer et décrire le problème sur carte vierge. Quel est le problème ? Pourquoi en est-ce un ?

- Ex part.1 : Il est difficile de contrôler l'hygiène des mains des patients qui se servent seuls. Ces manipulations peuvent présenter des risques infectieux pour tous les patients. Le linge est un vecteur important de bactéries, c'est pourquoi il est normalement interdit aux patients de se servir. De plus, le manque d'indication fait perdre du temps au personnel qui doit surveiller les chariots et se répéter auprès des patients.

Tag : Constitution de l'équipe qui va prendre en main la résolution du problème. Qui est concerné ? Qui veut participer à la réflexion et à la résolution ?

- Ex part.2 : Formation de l'équipe avec les personnes intéressées

Analyze : Analyse de la situation ; Ciblage des enjeux ; Recherche l'origine du problème ; Brainstorming ; Recherche des données nécessaires ; Proposition de solution ; Comment éviter la situation problématique ? Comment le mettre en place ? IC = accompagnateur, ravis de vous répondre et d'expliquer.

- Ex part.3 : Enjeux = limiter les risques de transmissions de bactéries liés au linge propre. Comment mieux les empêcher de se servir ?

Solution = Faire une affiche plus évocatrice et la rendre plus visible et/ou opter pour une solution physique type bâche plastique ou paravent mobile (nécessité d'échange

avec l'équipe PCI sur ce point). Bien penser à rappeler cette règle à chaque admission. Idée bonus : éditer un livret d'admission qui présenterait toutes les règles du service

Resolve : Mise en place de la solution = action concrète de changement. Communication à toute l'équipe sur les nouveautés

- Ex part.4 : Design et affichage visible des nouvelles affiches, rappel à tous d'explicitement communiquer cette règle aux patients admis sans exception

Sustain : Audit de l'amélioration ; Situation finale est-elle meilleure que situation initiale ? Le problème est-il toujours existant ? La situation s'améliore-t-elle avec le temps ?

Si constat d'échec, retour à l'étape d'analyse pour reprendre la réflexion à partir de la compréhension de l'échec

- Ex part.5 : La nouvelle affiche est plus visible et utile, on observe une diminution du nombre de patients qui se servent tous seuls. Nécessite plus de temps/recul pour observer un impact sur les résultats des nombres d'infections du service.

F. 4. Animation de l'outil

L'animation de l'outil doit être **simple, rapide** et **régulière** (5 à 10 minutes par semaine) pour :

- Permettre un suivi des idées ;
- Partager, échanger et analyser vos améliorations ;
- Communiquer sur ses réflexions et être fier de sa participation à l'amélioration du quotidien de tous ;
- Faciliter les audits.

C'est votre outil => Tout le monde peut assurer l'animation :

- Remerciez les gens présents ;
- Donnez la parole aux équipes souhaitant présenter leurs réflexions ;
- Répartissez les durées d'intervention pour rester rapide.

But commun à tous = diminuer les irritants du quotidien tout en améliorant la satisfaction générale. Les gestionnaires seront donc là pour :

- Accueillir vos propositions avec bienveillance ;
- Vous accompagner dans votre démarche d'implication ;
- Vous offrir un support et soutien pour la progression des actions ;
- Effectuer une surveillance positive avec une rétroaction pédagogique sans aucun jugement.

N'oubliez pas :

Petit effort au court terme => immenses gains de temps au long terme. Avec cette méthode :

- Problèmes traités à la source et rapidement
- Facilitation du travail quotidien
- Charge de travail allégée et recentrée sur la vraie valeur ajoutée de vos métiers

F. 5. Phase 3 [Partie pratique - majeure partie de la formation]

[Formation petit groupes] [Distribuer des cartes vierges] [Faire travailler les groupes sur des problématiques auto-choisies] [Se placer en accompagnateur]

F. 6. Phase 4 [Debriefing général]

[Laisser la parole]

- Présentation des problématiques sur lesquelles vous avez travaillé
- Expression des impressions

- Feedback d'utilisation
- Questions ?

F. 7. Phase 5 [Conclusion]

[Distribuer les enquêtes à remplir de manière anonyme]

[Distribuer les livrets (annexe I)]

[Remercier les participants]

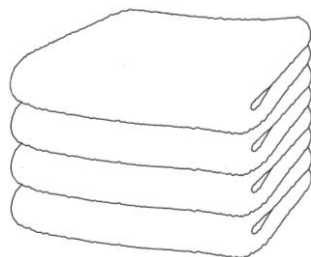
Durée de la formation : 30min

ANNEXE G : DOCUMENT DISTRIBUÉ AUX PARTICIPANTS DES FORMATIONS (EX DU SERVICE DE TRANSPLANTATION DU CHUM)

Recto

Situation problématique 1

Claire travaille au 11S. Comme dans tous les autres services, les linges propres sont entreposés sur les 4 chariots distribués dans le service, le long des couloirs principaux. Les chariots de linge propre semblent être en libre accès dans ces couloirs car l’affiche d’interdiction est cachée à chaque fois derrière une pile de linge. Les patients et/ou visiteurs se servent eux-mêmes pour « éviter de déranger » ou pour ne pas attendre qu’un membre du personnel vienne les servir. Rien ne semble donc les y interdire, alors Claire et ses collègues doivent se répéter sans cesse.



Situation problématique 2 :

Hervé travaille au 15N. Comme dans tous les services, certains traitements sont reçus par enveloppe. Une fois vide, ces enveloppes réutilisables doivent être regroupées dans un bac disponible prêt de l’entrée, au niveau du poste d’accueil. Hervé à l’habitude de récupérer le médicament avec l’enveloppe aux postes infirmiers aux extrémités du service, de le ranger dans le tiroir du patient et de ramener l’enveloppe. Mais il trouve de plus en plus que ces allers-retours pour une simple enveloppe sont nombreux et fatiguant à la longue.



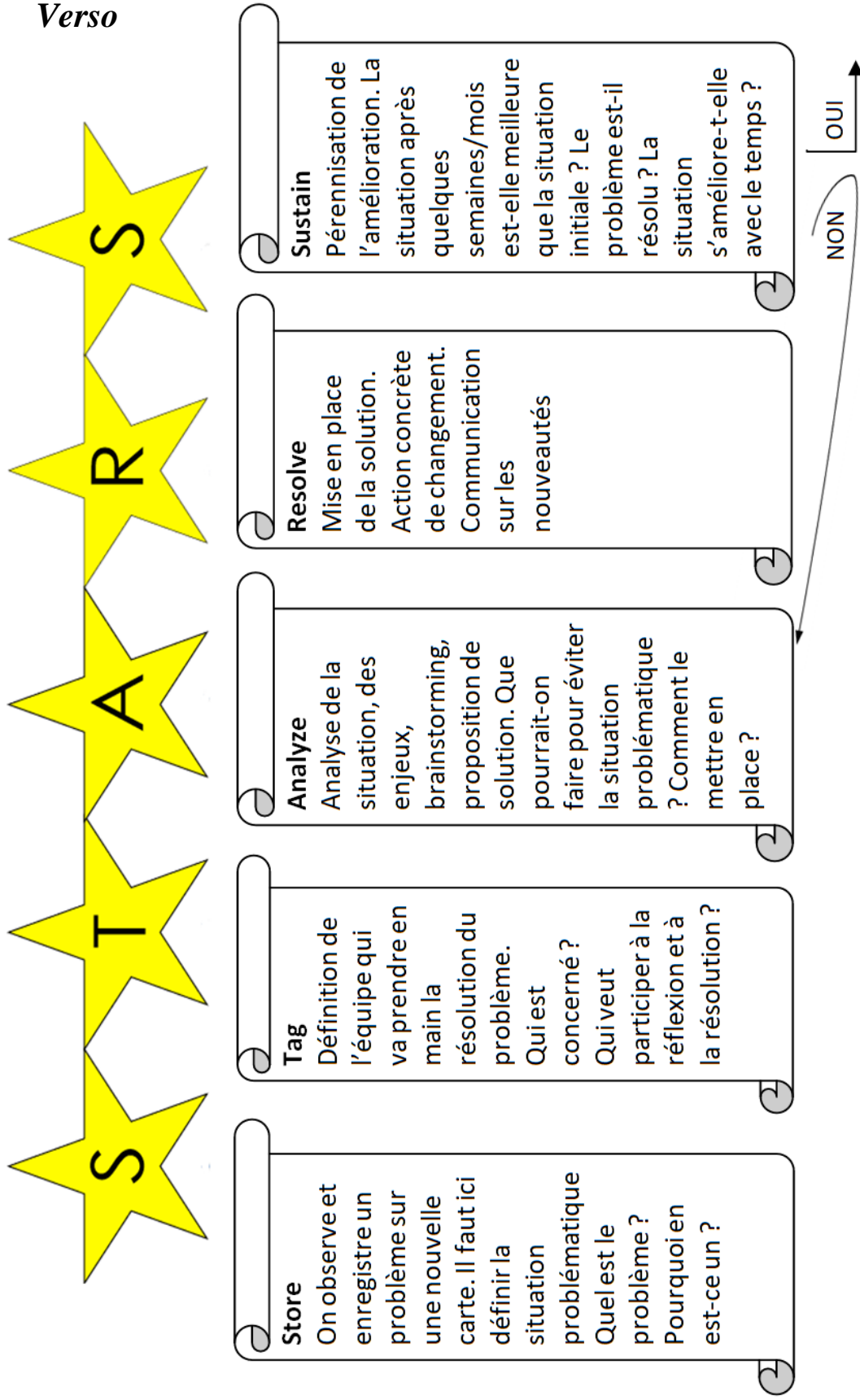


Figure G.1 Résumé des étapes STARS mis à disposition des équipes lors des formations

**ANNEXE H : CORRECTION DES EXEMPLES PÉDAGOGIQUES
PRÉPARÉS POUR LES SERVICES (EX DU SERVICE DE
TRANSPLANTATION DU CHUM)**


<p>Titre : <i>Chariots de linge propre</i></p> <p>STORE – Définition du problème <i>IL est difficile de contrôler l'hygiène des mains des patients qui se servent seuls. Ces manipulations peuvent présenter des risques infectieux pour tous les patients. Le linge est un vecteur important de bactéries, c'est pourquoi il est normalement interdit aux patients de se servir. De plus, le manque d'indication fait perdre du temps au personnel qui doit surveiller les chariots et se répéter souvent auprès des patients.</i></p> <p>TAG – Equipe en charge <i>Marc, Claire, Amélie</i></p> <p>ANALYSE – Origine & Solution <i>Origine du problème, Enjeux, Proposition de solution</i> <u>Enjeux</u> <i>Limiter les risques de transmissions de bactéries liés au linge propre. Comment mieux les empêcher de se servir ?</i> <u>Solution</u> <i>Faire une affiche plus évocatrice et la rendre plus visible et/ou opter pour une solution physique type bâche plastique ou paravent mobile (nécessité d'échange avec PCI). Bien penser à rappeler cette règle à chaque admission. Idée bonus : éditer un livret d'admission qui présenterait toutes les règles du service</i></p> <p>RESOLUTION – Action mise en place <i>Design et affichage visible des nouvelles affiches, rappel à tous d'explicitement communiquer cette règle aux patients admis sans exception</i></p> <p>SUBSTAIN – Audit de pérennisation <i>La nouvelle affiche est plus visible et utile, on observe une diminution du nombre de patients qui se servent tous seuls. Nécessite plus de temps/recul pour observer un impact sur les résultats des nombres d'infections du service.</i></p> <p align="right">Carte clôturée </p> <p>Auteur : <i>Marc</i> Date : <i>12/10/2019</i> Service & quart : <i>11S Soir</i></p>
--

Figure H.1 Exemple pédagogique corrigé n°1 pour le service de transplantation du CHUM

Titre : *Récup des enveloppes à médicaments*

STORE – Définition du problème

La transmission des traitements avec enveloppe aux infirmières induit de nombreux déplacements inutiles pour les équipes médicales, et donc une perte de temps ainsi que de la fatigue physique.

TAG – Equipe en charge

Hervé, Claire, Christine

ANALYSE – Origine & Solution

Origine du problème, Enjeux, Proposition de solution


Ces enveloppes réutilisables sont regroupées pour que le responsable du ramassage trouve sans hésitation le bac de collecte. Il est donc difficile d'en mettre d'autres dans le service. Rappel ou modification du processus : il faut que les médicaments soient transmis directement aux infirmières sans enveloppe. La personne en charge des réceptions doit être vigilante sur ce point.

RESOLUTION – Action mise en place

Communication auprès des responsables de réception des enveloppes, et demande au personnel infirmier de ne prendre que les traitements, quitte à le rappeler à l'intermédiaire de réception

SUBSTAIN – Audit de pérennisation

Le nouveau processus (ou rappel) est de plus en plus respecté, les enveloppes voyagent de moins en moins dans le service et personnel gagne du temps

Carte clôturée 

Auteur : *Hervé* **Date :** *27/10/2019* **Service & quart :** *15N Jour*

Figure H.2 Exemple pédagogique corrigé n°2 pour le service de transplantation du CHUM

ANNEXE I : LIVRET RÉCAPITULATIF PROPOSÉ AUX PARTICIPANTS À L'ISSUE DES FORMATIONS (EX DU SERVICE DE TRANSPLANTATION DU CHUM)




Manuel de formation

CHUM

15 Nord - Transplantation



Phase 2 Orchestra – Formations STARS 

Le projet Orchestra est un projet de recherche qui vise à adapter et proposer des outils d'amélioration continue au milieu hospitalier pour réduire le risque de transmission d'infections nosocomiales, et de manière générale améliorer le quotidien des équipes de santé.


4 établissements de santé sont partenaires et acteurs du projet : le CHUM et Sainte-Justine à Montréal, ainsi que l'hôpital universitaire Erasme et l'HUDERF à Bruxelles en Belgique.

Dans ce livret, vous trouverez des rappels du contenu de la formation STARS et les exemples d'utilisation proposés lors de la présentation. Vous y trouverez également un exemple guidé inédit ainsi qu'un exercice d'entraînement. A noter que les exemples présentés dans ce livret le sont à titre pédagogique et que toutes les solutions ne sont pas forcément applicables en situation réelle.

Sommaire



- Les 2 grands principes de l'outil..... 3
- Les 5 étapes de résolution 4
- L'animation de l'outil..... 6
- Un exemple guidé 7
 - Mauvaise version 8
 - Version corrigée..... 10
- Exemple 1 utilisé en formation 12
- Exemple 2 utilisé en formation 14
- Exercice d'entraînement..... 16

2







Phase 2 Orchestra – Formations STARS 

Les 2 grands principes de l'outil

STARS est une méthode d'amélioration continue basé sur 2 principales idées :

-  Une carte= une idée, un problème
-  La résolution de problème est visuelle, avec un grand tableau divisé en 5 colonnes. Chaque problème sera enregistré sur une carte vierge et placé dans la 1^{ère} colonne (=1^{ère} étape)

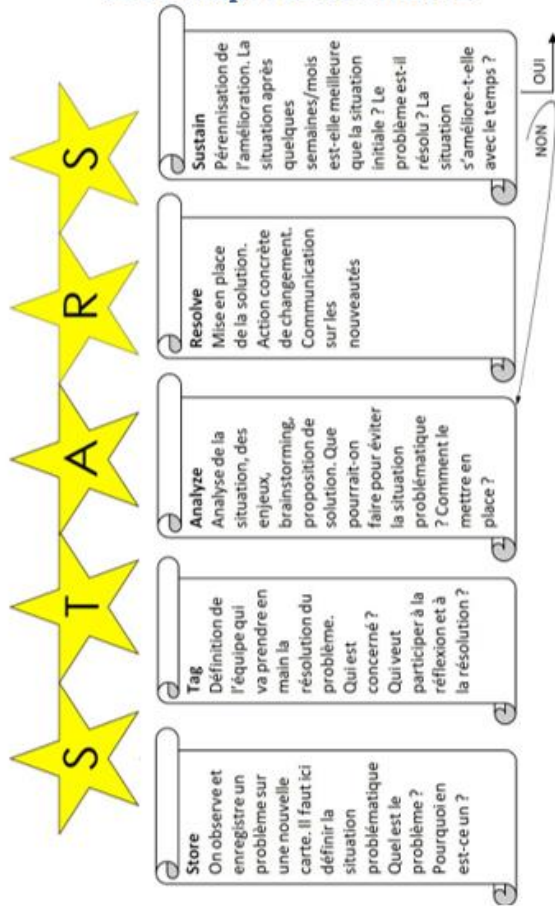
Chaque colonne représente une étape de résolution. Il y a donc 5 étapes de résolution, celles-ci sont présentées à la page suivante.

S	T	A	R	S
		 		

Visuel du tableau STARS à 5 colonnes

3

Les 5 étapes de résolution



Titre :

STORE – Définition du problème

TAG – Equipe en charge

ANALYSE – Origine & Solution

Origine du problème, Enjeux, Proposition de solution

RESOLUTION – Action mise en place

SUBSTAIN – Audit de pérennisation

Carte clôturée

Auteur :

Date : / /20

Service & quart :

Carte STARS vierge

L'animation de l'outil

L'animation de l'outil doit être simple, rapide et régulière (5 à 10 minutes par semaine) pour :

- Permettre un suivi des idées
- Faire évoluer les problématiques, participer et échanger
- Communiquer sur ses réflexions et être fier de sa participation à l'amélioration du quotidien de tous
- Faciliter les audits

C'est votre outil. Par conséquent, tout le monde peut assurer l'animation. Pour cela rien de plus simple : remerciez les gens présents, donnez la parole aux équipes souhaitant présenter leurs réflexions et répartissez les durées d'intervention pour rester rapide.

Le but commun à tous est de rapidement diminuer les irritants quotidiens tout en améliorant la satisfaction des patients. Les questionnaires seront donc là pour :

- Accueillir vos propositions avec bienveillance
- Vous accompagner dans votre démarche d'implication
- Vous offrir un support et soutien pour la progression des actions
- Effectuer une surveillance positive avec une rétroaction pédagogique sans aucun jugement

Un exemple guidé

Situation observée :

Marie est infirmière et elle sait qu'il lui arrive d'oublier de se laver les mains tellement le geste est fréquent ou parce qu'il y a urgence pour le patient. Heureusement, un panneau nouvellement installé sur les portes des chambres le lui rappelle. Néanmoins, il lui arrive souvent de faire face à des défauts de remplissage. Hier encore, lors de sa tournée du matin, Marie a trouvé le distributeur de gel hydro-alcoolique devant la chambre 30 vide. Le second, quelques mètres plus loin, l'est également. Marie doit donc aller 3 chambres plus loin pour pouvoir se laver les mains. Rien ne l'énerve plus que des distributeurs vides quand elle veut faire l'hygiène des mains !

Vous trouverez en pages suivantes deux exemples de rédaction d'une carte STARS correspondants à cette situation problématique. L'un comporte des travers et erreurs importants avec des explications, l'autre correspond plus à ce qu'il faudra faire en situation réelle.

Mauvaise version

Titre : *Remplissage des distributeurs de gel hydro-alcoolique*

STORE – Définition du problème

Les distributeurs de gel hydro-alcoolique sont trop souvent vides, ce qui nous pourrit la vie au quotidien car on perd du temps pour des choses futiles

TAG – Equipe en charge

Marie, Pierre, Christine

ANALYSE – Origine & Solution

Origine du problème, Enjeux, Proposition de solution

Les équipes d'entretien et de logistique ne font jamais leur boulot correctement, surtout Jean qui se tourne toujours les pouces. Il faut demander au gestionnaire qu'il les réprimande

RESOLUTION – Action mise en place

Réprimande du gestionnaire pour que les équipes fassent enfin leur boulot

SUBSTAIN – Audit de pérennisation

Le nombre et la fréquence des distributeurs vides n'ont pas changés, il faut recommencer les plaintes

Carte clôturée 

Auteur : *Marie* Date : 28/09/2019 Service : *ISV*

Explications

La carte STARS présentée ci-contre est un mauvais exemple d'utilisation de l'outil, dont les traits négatifs sont volontairement grossis à des fins pédagogiques. Voici quelques explications et conseils pour éviter de faire des erreurs qui pourraient nuire à l'adoption et au bon fonctionnement de l'outil STARS.

- La définition du problème n'est pas **objective**. Le parti pris est trop grand et exprimé de manière trop impulsive. Marie manque ici un peu de **recul** sur les **enjeux du problème**.
- L'étape 3 ne comporte ici aucune **analyse**. On ne sait pas qu'elle est **l'origine du problème**, sans quoi la faute est rejetée sans crier gare sur le dos de l'équipe d'entretien en charge du remplissage des distributeurs. Une bonne analyse doit s'intéresser à **l'origine du problème** et aux **solutions possibles**. Une analyse n'est pas un sermon, l'erreur doit être liée à un **processus** et non une personne.
- La solution à un problème n'est que très rarement un rappel à l'ordre d'employés. Ici, une **mauvaise analyse** de la situation mène à une **mauvaise solution**.
- La conclusion est intéressante car à double face. D'un côté, l'observation factuelle de la **non amélioration** du problème implique bien qu'il faut **revenir à l'étape d'analyse**. De l'autre, on ne note aucun **recul** de la part de Marie et ses collègues sur la solution retenue. Si les réprimandes n'ont pas marché la première fois, c'est qu'il s'agit peut-être de la **mauvaise piste**. Cela ne sert à rien de recommencer.

Version corrigée

Titre : Remplissage des distributeurs de gel hydro-alcoolique

STORE – Définition du problème

L'hygiène des mains est malheureusement fréquemment délaissée. Les distributeurs de gel hydro-alcoolique sont trop souvent vides, ce qui nous empêche de suivre les règles d'hygiène et nous fait perdre beaucoup de temps

TAG – Equipe en charge

Marie, Pierre, Christine

ANALYSE – Origine & Solution

Origine du problème, Enjeux, Proposition de solution

Les distributeurs vides sont trop difficilement identifiables. Il faudrait un système d'identification simple pour faciliter le repérage et le travail des équipes logistique. Demandons aux équipes PCI si le développement et la mise en place d'un système mécanique est envisageable, et utilisons un signalement de couleur autocollant en attendant.

RESOLUTION – Action mise en place

Communication avec les équipes PCI + utilisation d'un post-it ROUGE utilisable par tous pour signaler les distributeurs identifiés comme vides

SUBSTAIN – Audit de pérennisation

Un laboratoire de recherche travaille maintenant à développer une amélioration mécanique pour les distributeurs, et ces derniers sont moins souvent vides depuis l'utilisation de post-it

Carte clôturée 

Auteur : Marie Date : 28/09/2019 Service : ISN

Explications

La carte STARS présentée ci-contre est la version réelle de l'exemple d'utilisation précédant, dont les erreurs ont été corrigées pour vous proposer un vrai modèle. Voici quelques explications et conseils d'utilisation pour assurer l'adoption et le bon fonctionnement de l'outil STARS.

- La définition du problème est **objective**. La description de la situation problématique est complète et Marie fait preuve de **recul** sur les **enjeux du problème**.
- L'étape 3 débute ici par une **analyse profonde de l'origine du problème**. Comprenant mieux la situation, Marie et ses collègues sont plus à même de proposer une **solution adaptée**. Deux niveaux temporels de solution sont proposés pour prévoir une transition du court vers le long terme. La réflexion d'**amélioration** porte sur un **processus** et non une personne.
- Une solution rapide est apportée pour le court terme et une idée d'amélioration plus long terme est proposée. La **mise en place** de la première est très facile et la **communication** auprès des collègues se fera dans doute rapidement.
- La conclusion est bonne. Elle s'intéresse en effet à savoir si la **situation finale** est meilleure que la situation initiale, autrement dit à savoir si le problème est résolu. Il peut être parfois bénéfique d'évaluer l'**amélioration** avec des **chiffres** clairs. Enfin, la piste de solution long terme est réellement explorée, ce qui ne peut qu'être positif. La carte peut être clôturée.

Exemple 1 utilisé en formation

Situation observée :

Claire travaille au 11S. Comme dans tous les autres services, les linges propres sont entreposés sur les 4 chariots distribués dans le service, le long des couloirs principaux. Les chariots de linge propre semblent être en libre accès dans ces couloirs car l'affiche d'interdiction est cachée à chaque fois derrière une pile de linge. Les patients et/ou visiteurs se servent eux-mêmes pour « éviter de déranger » ou pour ne pas attendre qu'un membre du personnel vienne les servir. Rien ne semble donc les y interdire, alors Claire et ses collègues doivent se répéter sans cesse.

Ci-dessus se trouve une situation utilisée dans un exemple présenté lors de la formation. Vous trouverez ci-contre la carte STARS rédigée correspondante à cet exemple.

Titre : *Chariots de linge propre*

STORE – Définition du problème

Il est difficile de contrôler l'hygiène des mains des patients qui se servent seuls. Ces manipulations peuvent présenter des risques infectieux pour tous les patients. Le linge est un vecteur important de bactéries, c'est pourquoi il est normalement interdit aux patients de se servir. De plus, le manque d'indication fait perdre du temps au personnel qui doit surveiller les chariots et se répéter souvent auprès des patients.

TAG – Equipe en charge

Marc, Claire, Amélie

ANALYSE – Origine & Solution

Origine du problème, Enjeux, Proposition de solution

Enjeux Limiter les risques de transmissions de bactéries liés au linge propre. Comment mieux les empêcher de se servir ?

Solution Faire une affiche plus évocatrice et la rendre plus visible et/ou opter pour une solution physique type bâche plastique ou paravent mobile (nécessite d'échange avec PCI). Bien penser à rappeler cette règle à chaque admission. Idée bonus : éditer un livret d'admission qui présenterait toutes les règles du service

RESOLUTION – Action mise en place

Design et affichage visible des nouvelles affiches, rappel à tous d'explicitement communiquer cette règle aux patients admis sans exception

SUBSTAIN – Audit de pérennisation

La nouvelle affiche est plus visible et utile, on observe une diminution du nombre de patients qui se servent tous seuls. Nécessite plus de temps/recul pour observer un impact sur les résultats des nombres d'infections du service.

Carte clôturée 

Auteur : *Marc* Date : *12/10/2019* Service & quart : *11S Soir*

Exemple 2 utilisé en formation

Situation observée :

Hervé travaille au 15N. Comme dans tous les services, certains traitements sont reçus par enveloppe. Une fois vide, ces enveloppes réutilisables doivent être regroupées dans un bac disponible prêt de l'entrée, au niveau du poste d'accueil. Hervé à l'habitude de récupérer le médicament avec l'enveloppe aux postes infirmiers aux extrémités du service, de le ranger dans le tiroir du patient et de ramener l'enveloppe. Mais il trouve de plus en plus que ces allers-retours pour une simple enveloppe sont nombreux et fatiguant à la longue.

Ci-dessus se trouve une situation utilisée dans un exemple présenté lors de la formation. Vous trouverez ci-contre la carte STARS rédigée correspondante à cet exemple.

Titre : *Récup des enveloppes à médicaments*

STORE – Définition du problème

La transmission des traitements avec enveloppe aux infirmières induit de nombreux déplacements inutiles pour les équipes médicales, et donc une perte de temps ainsi que de la fatigue physique.

TAG – Equipe en charge

Hervé, Claire, Christine

ANALYSE – Origine & Solution

Origine du problème, Enjeux, Proposition de solution

Ces enveloppes réutilisables sont regroupées pour que le responsable du ramassage trouve sans hésitation le bac de collecte. Il est donc difficile d'en mettre d'autres dans le service. Rappel ou modification du processus : il faut que les médicaments soient transmis directement aux infirmières sans enveloppe. La personne en charge des réceptions doit être vigilante sur ce point.

RESOLUTION – Action mise en place

Communication auprès des responsables de réception des enveloppes, et demande au personnel infirmier de ne prendre que les traitements, quitte à le rappeler à l'intermédiaire de réception

SUBSTAIN – Audit de pérennisation

Le nouveau processus (ou rappel) est de plus en plus respecté, les enveloppes voyagent de moins en moins dans le service et personnel gagne du temps

Carte clôturée 

Auteur : Hervé Date : 27/10/2019 Service & quart : 15N, Jour

Exercice d'entraînement

Situation observée :

Hubert, qui travaille aux soins intensifs, aperçoit au détour d'un couloir la petite Perle, assise par terre et entourée de plusieurs personnes. Il s'arrête un moment. Cette petite de deux ans, en attente de greffe cardiaque, est assise par terre dans le couloir, pendant qu'une infirmière lui coupe les cheveux et que d'autres jouent avec elle. Curieux choix d'emplacement se dit-il. La mère est à côté et le père joue à la console dans l'espace qu'il s'est aménagé dans la chambre surencombrée de jouets. Marc sait que Perle a déjà contracté deux cas de bactériémies pendant son séjour dans le service. Il s'interroge alors sur les risques que présente la situation dont il est témoin ainsi que les améliorations qu'il pourrait y apporter.

C'est maintenant à vous de jouer. Comme tous les exemples présentés jusqu'à maintenant, vous disposez d'une situation initiale, observée lors de votre quotidien. Essayez de remplir une carte STARS vierge à partir de votre compréhension de l'outil et des explications données dans ce livret de formation. N'hésitez pas à en parler autour de vous, à vos collègues par exemple. Faites évoluer votre carte en fonction des retours qui vous sont faits et soyez satisfait de votre résultat. Vous êtes prêts à utiliser l'outil STARS et à améliorer le quotidien de votre service !

Je reste à votre disposition et votre écoute. En cas de besoin, n'hésitez surtout pas à me contacter, même pour une simple question ou remarque ! Un grand merci pour votre implication.

adrien.luu@polymtl.ca