

**Fondation canadienne de recherche sur les services de santé
Recherche, échange et impact pour le système de santé (REISS) 2008
Description de programme**

**Chef de projet : Johanne Roy, DGA, HSCM
Chercheur principal : Serge Gagnon, PhD, CRISO, CUSM¹**

Titre du programme

Stabiliser les équipes cliniques et améliorer la sécurité et la qualité des soins en intervenant directement auprès des leaders responsables d'assurer le développement d'environnement psychosociaux et de systèmes fonctionnels générateurs d'excellents soins de santé.

Résumé

Le programme de recherche action faisant l'objet de la présente demande se fonde sur l'hypothèse suivante : une amélioration de la qualité de l'environnement psychosocial de travail, couplée à une diminution du nombre de « défaillances opérationnelles de systèmes¹ » (se manifestant dans les processus interservices et affectant les équipes de soins) entraîneront la stabilisation des équipes de soins et l'amélioration de la sécurité/qualité des patients. Le but du présent programme consiste à évaluer l'efficacité et la durabilité des impacts de deux interventions simultanées, l'une visant le développement du leadership et des pratiques réflexives des cadres en matière de gestion du changement et l'autre, la maîtrise des systèmes opérationnels de livraisons de services diagnostiques, thérapeutiques et techniques aux unités de soins. Ce programme se caractérise par l'interdépendance des objectifs de production de connaissances transférables, de développement de compétences et de changements dans les pratiques individuelles et organisationnelles. Les résultats de ce programme fourniront aux décideurs politiques et aux administrateurs un nouvel éclairage quant aux moyens à mettre en place afin d'accroître la qualité des milieux de travail dans les centres hospitaliers tout en améliorant la sécurité/qualité des soins et la stabilité des équipes.

¹ Voir membres de l'équipe de recherche en annexe

Programme de recherche intervention

a. Quel est le thème de cette recherche?

Cette étude propose d'examiner le rôle de facteurs psychosociaux de l'environnement de travail dans l'explication de la stabilité des équipes de soins et de la sécurité/qualité des soins offerts par les équipes cliniques, tout en mesurant l'effet d'une intervention simultanée sur le leadership des cadres en matière de pratiques réflexives et de gestion du changement, ainsi que sur la correction des défaillances opérationnelles de systèmes.

b. En quoi ce thème est-il important du point de vue des administrateurs et des décideurs?

Assurer la qualité des milieux de travail de manière à ce que les systèmes de santé puissent s'attaquer aux maladies invalidantes tout en atteignant les objectifs nationaux et mondiaux dans le domaine de la santé est un impératif². Dans le contexte actuel de pénurie, « il est essentiel d'améliorer le milieu de travail pour être en mesure de retenir les effectifs actuels et d'en attirer de nouveaux³ ». Les difficultés d'attraction et de maintien en poste de l'effectif au centre hospitalier (CH) participant entraînent sans surprise une instabilité dans la composition des équipes de soins. Cette instabilité se manifeste par un accroissement du pourcentage d'heures travaillées par du personnel d'agences privées (7,3 % des « heures infirmières » et 12 % des « heures infirmières auxiliaires » en moyenne au cours de trois dernières années). Cette instabilité au niveau des équipes de soins comportent des risques au regard de la sécurité/qualité des soins : « la santé, la sécurité et le bien-être des patients dépendent au premier chef de la fiabilité et de la justesse des méthodes de dotation en personnel infirmier⁴ ». De plus, au regard de la qualité de soins, plusieurs indices laissent présager d'une détérioration. À titre d'illustration, les infirmières auxiliaires ont dû doubler le nombre d'heures supplémentaires comparativement à l'année précédente. Par ailleurs, on constatait après la neuvième période budgétaire de la présente année que le nombre d'erreurs de médication était supérieur au nombre d'erreurs de médication documentés au cours des 12 périodes de l'année dernière, et ce, dans 50 % des unités de soins de l'établissement. Enfin, des difficultés récurrentes avec certains services diagnostiques (ex : radiologie), thérapeutiques et techniques constituent des enjeux cruciaux face à la qualité des soins et la satisfaction du personnel soignant. En mobilisant tous les secteurs de l'établissement, cette recherche intervention est susceptible de permettre une transformation organisationnelle qui pourra servir d'exemple au nombre de plus en plus important d'établissements qui sont aux prises avec des problèmes analogues.

b. En quoi les résultats de ce programme peuvent-ils avoir un impact sur la gestion des politiques en matière de services ou de services de santé?

Il est maintenant reconnu que la dégradation de la qualité des milieux de travail dans le réseau de la santé constitue une cause importante des difficultés de recrutement et de maintien en poste de l'effectif. L'insatisfaction au travail des professionnels de la santé fait partie de la constellation des causes de la pénurie. Par contre, lorsque les décideurs consultent les données probantes disponibles

pour chercher à résoudre les problèmes décrits brièvement plus haut, ils sont guidés presque uniquement vers les solutions d'ordres sociotechnique, logistique et informatique et se concentrent par conséquent sur ce type d'avenues d'amélioration^{5 6}. Or, nos résultats de recherche⁷ montrent la pertinence d'intégrer à la fois les axes sociotechnique et psychosocial de recherche, ces approches ayant trop longtemps évolué en parallèle^{8 9}. Nous suggérons donc qu'il est impératif d'intégrer pour les décideurs de nouvelles données probantes conduisant à l'utilisation de leviers décisionnels plus complets, alignant les contributions de la qualité de l'environnement psychosocial à la stabilité des équipes de soins et à l'amélioration de la sécurité/qualité des soins¹⁰. Cette combinaison offrirait aux décideurs et aux administrateurs deux avenues complémentaires d'intervention susceptibles de corriger nombre de problèmes récurrents. Ce programme de recherche action examinera donc comment il est possible de transformer la culture et les pratiques d'un établissement de santé de manière à le rendre plus « attractif » pour les membres des professions de la santé et le personnel administratif. Les rapports successifs de commissions d'études mandatées par le gouvernement du Québec pour trouver de nouvelles avenues susceptibles d'assurer la pérennité du réseau public de santé et de services sociaux – par exemples les commissions Clair (2001) et Castonguay (2008) - ainsi que des universitaires de réputation internationale dans le domaine de la théorie des organisations appliquée aux grandes bureaucraties professionnelles que ce sont les centres hospitaliers, militent en faveur de la mise en place de nouvelles organisations où l'ajustement mutuel¹¹ devient l'un des principaux mécanismes de la coordination inter professionnelle. Mais pour qu'un tel mode de fonctionnement se développe, l'environnement psychosocial de travail doit favoriser chez les professionnels de la santé le sentiment de contribuer à un travail significatif, varié, source d'apprentissage et producteur d'un futur désirable.

d. Quelles sont les questions soulevées par la recherche et quels sont les objectifs de la recherche?

Ce programme met en application les principes de l'approche clinique en sciences humaines¹² et se fonde sur une épistémologie constructiviste¹³ de production de connaissances scientifiques et pratiques, typique de la recherche-action^{14 15 16 17 18 19 20}, et vise trois principaux objectifs. **Le premier objectif** consiste à mesurer le rôle de la perception qu'a le personnel du climat psychologique de travail^{21 22}, du ratio effort / reconnaissance^{23 24} et du soutien social²⁵ dans l'explication de deux résultantes : 1) la stabilité des équipes de soins (mesurée par le pourcentage de personnel d'agences composant les équipes, les taux d'absentéisme^{26 27 28 29} (courte durée et assurance salaire) et les taux d'heures supplémentaires^{30 31 32} et 2) la sécurité/qualité des soins (mesurée par les taux d'erreurs de médication^{2 33 34 35 36}, la satisfaction des patients^{37 38 39 40} à

² L'un des résultats du programme financé par Santé Canada lié à l'étude des impacts du climat psychologique sur les patients est le suivant : 40 % de la variabilité du ratio d'erreurs de médication est prédit en connaissant le score aux indicateurs du climat de travail liés au rôle, soit : clarté, conflits et charge de travail. Plus précisément, la perception de surcharge de travail contribue pour 36 % de la variance spécifique du ratio d'erreurs de médication, alors que les 4 % restants sont dus à l'effet combiné des trois variables indépendantes.

l'égard du personnel infirmier ainsi que le nombre et nature de plaintes). **Le second objectif** consiste à tester une stratégie d'intervention comportant deux volets principaux et s'échelonnant sur 36 mois. Le premier volet consiste en un programme de codéveloppement du leadership et des capacités réflexives en situation de gestion du changement des cadres de 40 unités cliniques et non cliniques du CH, mixés en petits groupes de huit et fondé sur la méthodologie de l'*Action Learning*^{41 42 43 44 45 46 47 48}. Le but de ce programme consiste à soutenir l'implantation de changements substantiels⁴⁹ qui auront un impact positif sur les qualités perçues de l'environnement psychosocial. Le deuxième volet de la stratégie consiste à mettre en place un dispositif de traitement des défaillances opérationnelles de système, selon l'approche des « systèmes complexes adaptatifs »^{50 51} (cybernétique de deuxième ordre⁵²), qui permettra de réduire significativement le nombre de défaillances opérationnelles interservices qui compromettent la sécurité/qualité des soins. **Le troisième objectif** consiste à vérifier la durabilité (transfert) des impacts des deux interventions sur la perception de l'environnement psychosocial de travail en recourant à une méthode de transfert des acquis de formation⁵³.

Les **questions** de recherche découlant de ces trois objectifs sont les suivantes :

1. Quel est le rôle de l'environnement psychosocial de travail (climat psychologique de travail, ratio effort/reconnaissance et soutien social) dans la prédiction de la stabilité des équipes de soins et la sécurité/qualité des soins?
2. Quelles sont les contributions d'un programme de codéveloppement des cadres sur les perceptions de l'environnement psychosocial de travail et quelle en est la durabilité ?
3. Quelles sont les contributions d'un programme de développement de la maîtrise des défaillances opérationnelles de systèmes sur les perceptions de l'environnement psychosocial de travail et quelle en est la durabilité ?

Le **cadre conceptuel** de cette recherche action peut se schématiser comme suit :

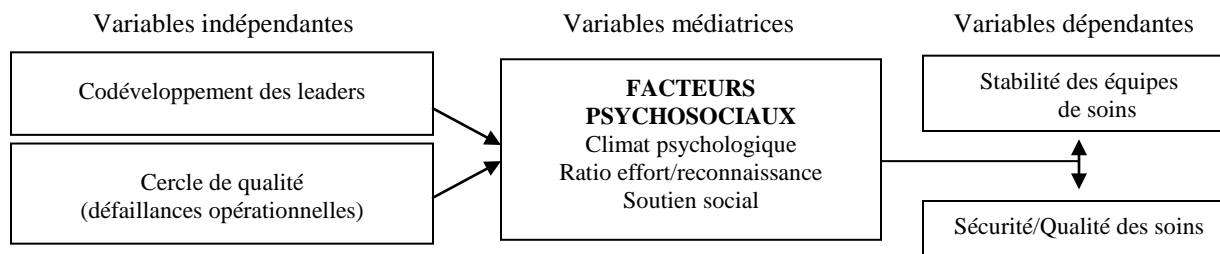


Figure 1. Leviers d'intervention et rôle médiateur de l'environnement psychosocial de travail sur la stabilité des équipes de soins et l'amélioration de la sécurité/qualité des soins

e. Quelle est la méthodologie à utiliser?

Ce programme de recherche action est constitué de trois projets inter reliés correspondant aux trois objectifs précités. Dans le cadre du **projet 1 (objectif 1, question 1)**, le CH participant a déjà procédé à un sondage sur le climat de travail et les pratiques de reconnaissances^{54 55} en février 2008

dans le cadre de sa participation au « Programme inter établissement de recherche action sur climat de travail » (Santé Canada). Sur un total de 3 862 employés visés par le sondage, 1 173 ont complété de façon anonyme le questionnaire. Nous verrons à mettre en place aux temps 2 et 3 de mesure un protocole de collecte de données qui assurera un taux de réponse plus important. Les participants ont reçu le questionnaire par leur supérieur immédiat et l'ont complété sur les lieux de travail. Ils l'ont par la suite fait parvenir à une firme externe de traitement de données. Une collecte de données archivées pour la même période portera sur les indicateurs de stabilité des équipes de soins et les indicateurs de sécurité/qualité des soins (voir « variables dépendantes » au tableau 1), ce qui permettra de compléter une première étude transversale (temps 1). Ces opérations de mesure et d'analyses se répéteront deux autres fois au cours du programme. Suivant la même procédure de distribution et de participation, les temps 2 et 3 sont prévus respectivement pour les mois de février 2010 et 2012. Il est à noter que les mesures du ratio effort/reconnaissance, du soutien social et de la satisfaction des patients à l'égard du personnel infirmier complèteront les deux derniers temps de mesure. Les outils de mesure qui seront utilisés sont introduits au tableau 1.

Tableau 1 – Variables et outils de mesures

Variables indépendantes

Codéveloppement

Processus par lequel les participants développent des capacités réflexives leur permettant de s'autoréguler plus efficacement lors d'intervention visant l'introduction de changements dans le milieu de travail.

« Défaillances opérationnelles »

Non-conformité et/ou retards des services diagnostiques, thérapeutiques et techniques livrés aux unités de soins par rapport aux standards établis.

Variables médiatrices

Environnement psychosocial

(voir questionnaire annexé, page 78)

Climat psychologique

Perception positive, neutre ou négative de sa tâche, de son rôle, du leadership de son superviseur, de son équipe immédiate de travail et l'organisation dans son ensemble.

Outils de mesure

- Questionnaire d'évaluation des séminaires
- Questionnaires auto-rapportés - modèle de Kirkpatrick⁵⁸
- Questionnaires d'évaluation du leadership de type 360 degrés (modèle Aronson).

- Données archivées du CH
- Données diagnostiques spécifiques produites par le cercle de qualité (conformité, délais)
- Mesure de croyance partagée en l'efficacité groupale utilisée en mode « 360 degrés » (CPEG)⁵⁹ (L'indicateur « potency » lié à cette mesure explique 36 % de l'efficacité effective d'une équipe)

- Groupes de discussion auprès d'échantillons stratifiés d'employés (temps 2 et 3).
- Questionnaire de climat psychologique (QCP⁶⁰) : 15 sous-dimensions³, 60 items, échelle en cinq points de type *Likert*.

³ Importance, défi, autonomie (tâche) ; clarté, peu de conflit de rôle, chargé équilibrée de travail (rôle) ; confiance, emphase sur les buts, facilitation du travail (leadership du superviseur) ; chaleur humaine, fierté d'appartenance, coopération (équipe de travail) ; innovation, justice procédurale, soutien (organisation). Le QCP a subi avec succès les tests statistiques relatifs à une validation psychométrique de type confirmatoire. Les niveaux de fidélité des cinq dimensions (alpha de Cronback) varient entre 0,73 et 0,94.

Déséquilibre effort/reconnaissance

Degré d'équilibre ou de déséquilibre perçu entre l'intensité de l'effort fourni au travail et la reconnaissance sociale, organisationnelle et salariale que l'on en retire.

Soutien social

Degré de présence perçu d'un soutien social dans la réalisation de son travail de la part de son superviseur et de ses pairs.

Variables dépendantes**Stabilisation des équipes de soins**

Dans le cadre de ce programme : équipes de soins composés à 100 % du temps de 95 % et plus d'infirmières et d'infirmières auxiliaires à l'emploi du CH (temps plein ou temps partiel).

Sécurité/qualité des soins

Dans le cadre de ce programme : conformité de la posologie indiquée par le médecin dans le dossier du patient (omission et/ou commission^{56 57}), taux de satisfaction élevé envers le personnel infirmier et pourcentage de plaintes liées aux relations interpersonnelles en dessous du taux régional moyen.

- Échelle de Siegrist (version courte)⁴ : 3 items pour le facteur effort ($\alpha = 0,72$) et 7 items pour le facteur reconnaissance ($\alpha = 0,68$).
- Échelle de Karazek (version courte)⁵ : 4 items pour le facteur soutien social du superviseur ($\alpha = 0,81$) et 4 items pour le soutien social entre pairs ($\alpha = 0,90$)
 - Pourcentage « d'heures infirmières » et « d'heures infirmières auxiliaires » travaillées par du personnel d'agences privés (données archivées)
 - Taux d'absentéisme (journées de maladie et absence imprévues (1 à 5 jours consécutifs maximum d'absence pour maladie) (données archivées)
 - Taux d'assurance salaire (6 jours à 104 semaines consécutifs de congé de maladie) (données archivées)
 - Taux d'heures supplémentaires
- Taux d'erreurs de médication (données archivées)
- Satisfaction des patients face aux soins infirmiers (temps 2 et 3)
- Nature et nombre de plaintes (données archivées).

Le projet 2 (objectif 2 et 3, question 2) consiste en une intervention auprès des 40 cadres cliniques (20) et non cliniques (20) de l'établissement. Cette intervention vise à soutenir les cadres dans la mise en place des actions correctives et préventives concernant les facteurs psychosociaux de l'instabilité des équipes de soins et des problèmes de sécurité/qualité des soins et, aussi, dans la mise en place, avec la direction de l'établissement, des 12 facteurs clés de l'amélioration du climat psychologique⁶¹. Prenant appui sur les données diagnostiques produites au moyen du projet 1 pour guider l'action des gestionnaires dans la mise en place d'un processus participatif de gestion du changement avec leur personnel – fondé essentiellement sur la résolution de problèmes en équipe, la prise de décision par consensus et la délégation de mandats spécifiques à des individus ou des

⁴ Cet instrument de mesure nous a été fourni dans sa version française par Michel Vézina, professeur au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, Québec, Québec, Canada.

⁵ La version française a été traduite par Chantal Brisson et Michel Vézina, professeurs au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, Québec, Québec, Canada.

groupes de tâches – , cette intervention, fondée sur les principes de l'*Action Learning*, permettra aux participants de développer une plus grande capacité de s'autoréguler dans l'action lors d'intervention visant l'introduction de changements dans le milieu de travail. Lors des séminaires de codéveloppement, les participants seront instrumentés pour faire des apprentissages à partir de cas réels vécus dans leurs unités. L'intervention comportera principalement les activités suivantes : (1) une formation intensive au « leadership efficace^{6 62 63} » qui inclura une évaluation de type 360 degrés⁶⁴ du leadership de chacun des 40 cadres participants, une session intensive de deux jours de formation, suivi d'une session de type bilan-rappel d'une journée 24 mois plus tard ; (2) 17 séminaires de codéveloppement et d'apprentissage par l'action de quatre heures chacun (cinq groupes composés chacun de quatre cadres cliniques et de quatre cadres non cliniques) et (3) deux entrevues individuelles de coaching. Le projet 2 comporte aussi une stratégie d'évaluation du transfert de connaissances (**objectif 3**), laquelle consistera à scinder les groupes de codéveloppement en trois sous-groupes afin de créer deux groupes expérimentaux et un groupe contrôle⁶⁵ : le groupe expérimental A sera constitué de deux sous-groupes qui continueront les séminaires au-delà de décembre 2010 et participeront donc à cinq autres séminaires de codéveloppement entre janvier 2011 et décembre 2011 ; le groupe expérimental B sera constitué de deux sous-groupes qui cesseront de participer aux séminaires de codéveloppement en décembre 2010 – ils auront donc participé à 12 séminaires de codéveloppement – et participeront plutôt une session de type bilan-transfert en décembre 2010 et ne seront revu qu'en décembre 2011 pour évaluer le maintien de leurs acquis (la formation des groupes expérimentaux se fera au début du programme, par tirage au sort) et (C) un dernier groupe sera constitué des gestionnaires et des unités ayant quitté le programme. En plus des données recueillies auprès des gestionnaires par questionnaire et groupes de discussions, les résultats au temps 3 de mesure serviront donc aussi à évaluer les différences entre ces trois groupes d'unités, ce qui contribuera à évaluer la durabilité des impacts du programme de codéveloppement.

Le **projet 3 (objectifs 2 et 3, question 3)** prend la forme d'une intervention visant à implanter dans la structure formelle de l'établissement un mécanisme dédié à la maîtrise des défaillances opérationnelles de systèmes. Ce comité sera composé des membres de la direction des opérations du CH participant et de tous les autres cadres de direction (directeurs adjoints) (n = 12). Ce groupe sera guidé dans la mise en place d'une structure de résolution de problèmes de type « cercle de qualité⁶⁶ ». En pratique, le comité de direction des opérations du CH créera un « comité de direction de opérations inter services » (CDOIS) qui aura le mandat de prioriser et de résoudre les « défaillances opérationnelles de systèmes ». Les 40 cadres participants aux groupes de codéveloppement seront consultés lors de l'établissement des priorités et de la recherche de solutions. Un mécanisme de

⁶ Le modèle utilisé est celui d'Edward Aronson (2001, 2004), lequel est centré sur le développement de quatre compétences clés des leaders, soit être axé sur les buts, être proactif et analytique, persévérer et garder son sang froid. Selon les travaux de recherche menés par le D^r Aronson (Thèse de doctorat, Faculté de management, Université McGill, 2004), l'exercice de ces quatre compétences clés produit les effets suivants chez les membres du personnel : attitude positive à l'égard des buts de l'organisation, intention de travailler à la réalisation des buts, satisfaction au travail et engagement envers le leader.

consultation entre le cercle de qualité et les cinq groupes de codéveloppement sera mis en place à cet effet. La première phase de l'intervention consistera en une formation pour le CDOIS aux outils conceptuels et aux méthodologies d'analyse des « systèmes complexes », selon une approche systématique et systémique, c'est-à-dire une approche qui intègre les conceptions positivistes et constructivistes des systèmes humains d'action, en accord avec la tradition développée par Chekland^{67 68}. La seconde phase consistera à procéder à une analyse rigoureuse des défaillances opérationnelles les plus critiques et à mettre en place un groupe de tâches par priorité et composé de cadres et de spécialistes qui auront le mandat d'entreprendre une démarche de résolutions de problèmes avec les acteurs concernés. Les instruments de mesure utilisés seront à la fois quantitatifs (données archivées, statistiques descriptives liées à la conformité, la fiabilité et aux délais) et qualitatives (observation participante, entretiens individuelles et de groupes). Le chercheur principal agira comme expert conseil auprès du CDOIS. À partir de janvier 2011, l'établissement devra gérer de façon autonome et en continu cette nouvelle structure de gestion. Les chercheurs agiront alors à titre d'observateurs au cours de la dernière année afin de documenter les étapes et les enjeux du transfert de connaissance (**objectif 3**).

f. Quelle approche sera utilisée pour l'analyse?

Les méthodes de recherche mixtes utilisées dans cette étude requièrent à la fois l'emploi d'analyses qualitatives et quantitatives. Pour les analyses quantitatives, nous prévoyons d'abord vérifier les postulats de base de l'analyse de régression multiple et du modèle linéaire général, puis vérifier les qualités des mesures psychométriques avec des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires. Ces vérifications faites, nous testerons de façon robuste le modèle présenté à la figure 1 (pouvoir de prédiction des variables médiatrices sur les variables dépendantes) à partir d'un modèle linéaire hiérarchique⁶⁹ basé sur une modélisation par équations structurales (SEM). Pour ce faire, nous aurons recours au logiciel EQS 6.1^{70 71}. Dans le cas où les conditions (postulats) de réalisation de ce test ne seraient pas rencontrées, nous prévoyons un devis alternatif. Celui-ci consisterait à évaluer l'impact des variables médiatrices sur chacune des variables dépendantes, à l'aide d'un modèle linéaire hiérarchique basé sur des tests de régression linéaire multiples. Nous prévoyons également mesurer l'impact des variables médiatrices au temps 1 et leur impact suite à la phase d'intervention aux temps 2 et 3 (devis transversal et longitudinal). Enfin, les données qualitatives recueillies au moyen de questionnaires écrits, d'entretiens individuelles et de groupes de discussion (enregistrées sur bande audio) seront triangulées aux données quantitatives après avoir été analysées selon la méthode GPS⁷² d'analyse de contenu à l'aide du logiciel d'analyse N-Vivo 7.

g. Quelle est la valeur ajoutée de l'approche du programme?

Nous utiliserons des méthodes qualitatives et quantitatives et combineront des mesures de changements sociotechniques (systèmes fonctionnels) et psychosociaux dans la même étude afin de vérifier l'apport de deux interventions novatrices sur la dynamique des relations entre des facteurs psychosociaux et la stabilité des équipes et la sécurité et la qualité des soins offerts aux

patients. Il est aussi à noter que ces deux interventions toucheront l'ensemble de l'établissement (et non seulement un département) et qu'elles seront coordonnées par une équipe de chercheurs, de consultants et de décideurs expérimentés, tous engagés et solidaires envers la réussite de ce projet. Ces deux interventions engendreront aussi une implication importante de tous les cadres cliniques et non cliniques de l'établissement dans la mise en œuvre et l'appropriation de changements personnels et organisationnels, ce qui constitue une condition optimale de succès du changement. En conséquence, ce programme permettra de produire des données probantes qui permettront aux décideurs politiques d'évaluer la pertinence de financer de nouvelles stratégies visant à la fois l'amélioration des facteurs sociotechniques et de facteurs psychosociaux sous-jacents à la création et au maintien de milieux de travail sources de satisfaction pour les professionnels de la santé et de qualité des soins pour les patients, tout en ayant pour effet d'en accroître le caractère « attractif » pour les nouvelles générations. Enfin, réaliser en conformité avec les règles de validité et de fiabilité des connaissances produites à l'aide de l'analyse de cas, les résultats seront généralisables aux grands centres hospitaliers du Canada aux prises avec les mêmes défis.

Renforcement des capacités

Mentionnons d'abord qu'une étudiante au doctorat en psychologie de l'Université de Sherbrooke aura la possibilité de réaliser son internat (1 600 heures sur deux ans) dans le cadre de ce programme de recherche action, notamment au plan du soutien aux gestionnaires dans l'implantation de changements de pratiques au sein de leurs unités. Le renforcement des capacités chez les décideurs du CH participant à utiliser les résultats de la recherche se fera aux plans individuels et organisationnels. Au plan individuel, 40 gestionnaires de l'établissement (20 cadres infirmiers et 20 cadres rattachés aux services diagnostiques, thérapeutiques et techniques) développeront une plus grande capacité à (1) utiliser des données probantes produites à partir d'instruments de mesure valides et fiables à propos de la qualité de l'environnement psychosocial de travail et des impacts sur la stabilité des équipes et la sécurité/qualité des soins, (2) à interpréter ces données et à les associer à leurs objectifs de performance et de qualité et (3) à mobiliser leur personnel dans la mise en place d'actions correctives et préventives. Le programme de formation au leadership permettra à ces 40 gestionnaires, ainsi qu'aux cadres de direction qui seront invités à participer à une session de formation (au frais de l'établissement), de développer les quatre compétences clés du « leadership efficace » décrites précédemment. Enfin, le programme de codéveloppement amènera chaque gestionnaire à développer des capacités réflexives qui le conduira à s'autoréguler plus rapidement et plus efficacement en situation de gestion de changement lorsque les résultats recherchés ne sont pas atteints ce qui, en soit, constitue un développement important des capacités de prévention des problèmes au sein de l'établissement. Au plan organisationnel, le programme aura des impacts à deux niveaux. D'abord, au moyen d'activités de formation et de coaching individuel et d'équipe qui seront réalisés avec le comité de pilotage du programme (qui est composé de tous les cadres de

direction de l'établissement) et chacune des équipes de gestion (l'équipe de gestion de chacun des services ou des directions) à la suite de chacun des trois temps de mesure, la direction de l'établissement développera la capacité de mettre en place et de maintenir les 12 facteurs clés d'amélioration continue de l'environnement psychosocial de travail, lesquels sont articulées autour des cinq conditions de succès du changement intentionnel dans les organisations précisées dans le modèle de Hunt⁷³. Le tableau 2 ci-après les définit brièvement.

Tableau 2 – Les 12 facteurs clés d'amélioration continue de l'environnement psychosocial de travail

Pressions au changement

1. Capacité à rendre plus crédibilité l'appel à la mobilisation : le DG et le comité de direction savent poser des gestes de communication indiquant clairement au personnel qu'ils sont pleinement engagés dans un processus d'amélioration continue de la qualité de l'environnement de travail en lien avec la qualité des soins. De plus, la DRH exerce un leadership de développement au sein du comité de direction face à la question du climat de travail et de la gestion du changement
2. Capacité à incarner les valeurs de qualité du milieu de travail dans les pratiques de direction : les pratiques décisionnelles et les politiques mises de l'avant par la direction indiquent sans équivoque que la santé du milieu de travail est une valeur centrale de l'établissement.

Leadership et vision

3. Capacité à utiliser les données probantes sur la qualité de l'environnement psychosocial en lien avec la stabilité des équipes de soins et la sécurité/qualité pour alimenter la planification stratégique : Les résultats de l'évaluation de l'environnement psychosocial de travail sont utilisés avec d'autres données internes par le comité de direction pour établir un diagnostic organisationnel d'ensemble permettant de cibler des priorités qui seront intégrées à la planification stratégique et présentées au Conseil d'administration.
4. Capacité à mettre en place des modes interactifs de communication favorisant l'engagement et le dialogue: Les modes de communication privilégiés pour diffuser les résultats du sondage et les intentions de changement aux employés sont majoritairement de type interactif et favorise le dialogue.

Personnes capables

5. Capacité des gestionnaires à implanter une démarche participative d'amélioration du climat de travail : Les gestionnaires sont mobilisés dans un réel effort d'amélioration du climat de travail et souhaitent développer leur capacité dans ce sens. Cette mobilisation est activement soutenue par la DRH qui met en place des ressources et des processus de développement des compétences et de soutien des gestionnaires dans les démarches qu'ils veulent entreprendre avec leurs équipes.
6. Capacité à susciter une dynamique patronale syndicale collaborative pour améliorer la qualité du milieu de travail : Les relations patronales syndicales sont généralement associatives de sorte que la démarche entreprise fait place à une participation importante des représentants syndicaux au processus.
7. Capacité à obtenir et allouer des ressources appropriées : Des ressources humaines et financières sont dégagées pour favoriser et soutenir les initiatives et les projets visant à structurer les capacités d'action. Le Conseil d'administration est saisi de l'importance de dégager les ressources nécessaires à l'amélioration de l'environnement psychosocial de travail.
8. Capacité de vigie stratégique interne : Les équipes de gestion procède régulièrement à une analyse des forces motrices et des forces restrictives du changement et s'assurent de faire en sorte que se maintienne un

équilibre favorable à la mobilisation.

Premiers pas concrets

9. Capacité à mettre en place des mécanismes structurants des comportements organisationnels: Les objectifs d'amélioration de la qualité de l'environnement psychosocial de travail sont intégrés aux objectifs stratégiques et donc, critères d'évaluation de la performance organisationnelle. Les efforts déployés par les gestionnaires à mobiliser leur personnel dans une démarche d'amélioration du climat de travail sont intégrés au système d'évaluation de rendement des cadres.
10. Capacité à déployer de façon synergique des initiatives globales et locales : Des initiatives globales, prises par la direction, et locales, prises par les équipes de gestion ainsi que par les gestionnaires et leurs équipes concourent à introduire des changements visibles pour les employés.

Récompenses efficaces

11. Capacité à assurer le suivi des progrès et à communiquer les résultats de façon à ce que le personnel fasse les liens avec le diagnostic initial : On met en place des mécanismes efficaces de suivi, de mesure et de communication des progrès. On s'assure de communiquer clairement les relations entre les actions et le diagnostic.
12. Capacité à mettre en place un programme efficace de récompenses: On s'assure de la présence de récompenses intrinsèques (ex : satisfaction de progresser, de développer un nouveau langage qui facilite la communication et la recherche concertée de solutions, satisfaction de voir se résoudre des problèmes, etc.) et/ou extrinsèques (ex : boni lié à l'amélioration du climat de travail).

Enfin, toujours au plan du développement des capacités de l'organisation, en mettant en place une structure de cercle qualité centrée sur la maîtrise des défaillances opérationnelles au moyen d'une formation et d'un coaching soutenu au regard de l'utilisation de méthodologies adaptées à l'analyse de problèmes fonctionnels dans les systèmes complexes adaptatifs, et en rendant permanente cette structure de direction des opérations inter services (CDOIS), l'établissement développera la capacité de prévenir et de corriger plus rapidement les défaillances opérationnelles de systèmes qui affectent le moral des troupes et la qualité des soins. Enfin, l'ensemble de ce programme de recherche action s'inscrit de plein pied dans les recommandations de la coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité⁷⁴ (Initiative de promotion de la santé des milieux de travail, programme national, financée par Santé Canada).

Transfert et échange des connaissances

Le processus de recherche action est articulée autour de cette préoccupation centrale du transfert et d'échange des connaissances. Au plan de la collaboration entre les chercheurs et les décideurs du CH participant, plusieurs éléments favorables déjà en place doivent être soulignés. Premièrement, les deux co-chercheurs principaux travaillent avec cet établissement depuis maintenant deux ans dans le cadre du programme inter établissement de recherche action sur le climat de travail financé par Santé Canada. La communication entre les chercheurs et les décideurs est donc enracinée dans une expérience de collaboration dont l'objectif principal consistait à fournir à l'établissement des

données probantes à propos du climat psychologique de travail, et d'animer à titre d'expert conseil des activités de sensibilisation auprès de la direction et des cadres concernant les impacts du climat sur les comportements organisationnels et la qualité des soins, ainsi que sur les conditions de succès de l'amélioration du climat de travail. Selon l'outil développé par la FCRSS pour aider les organismes à évaluer leur capacité de trouver d'utiliser des données de recherche⁷, cet établissement a donc déjà pu « acquérir des preuves », « évaluer les résultats » et « adapter la présentation ». Il a en effet obtenu par l'entremise du CRISO, dans le cadre de deux opérations de sondage sur le climat de travail (pré-test et post-test), des résultats de recherche probants dont il avait besoin, a pu en évaluer la fiabilité et la qualité et constaté qu'ils étaient pertinents et applicables et, enfin, il a pu présenter les résultats aux gestionnaires de l'établissement d'une façon utile en faisant la synthèse des recommandations, des conclusions et des points principaux. Cependant, le programme mentionné plus haut ne prévoyait pas d'activités pour « appliquer aux décisions ». C'est justement ce que le présent programme recherche-action propose de réaliser (tout en permettant de poursuivre aussi les trois premiers objectifs de développement des capacités d'utilisation de la recherche) : assurer le développement des compétences, la mise en place de structures de gestion et l'évolution vers une culture d'établissement qui sont nécessaires pour faire connaître et utiliser les résultats de recherche dans la prise de décision. Deuxièmement, tel que précisé dans la section « Réponses aux questions et préoccupations du comité d'examen du mérite » le présent programme de recherche action a été conçu en étroite collaboration avec les dirigeants du CH participant. Troisièmement, l'équipe de recherche (chercheurs et partenaires décideurs) se réunira deux fois par année (décembre et juin) pour prendre connaissance des résultats progressifs du programme. Le comité de pilotage du programme, co-présidé par la chef de projet et le chercheur principal, se réunira une fois par trimestre pour assurer l'atteinte des objectifs du programme, le maintien des conditions optimales de succès et le transfert de connaissances. Enfin, quatrièmement, la liste des activités de transfert et d'échange de connaissances est présentée au tableau 3.

Tableau 3 - Liste des activités de transfert et d'échange de connaissances

- 1) Suite à chacun des trois temps de mesure, ateliers de présentation des résultats du sondage avec le comité de direction de l'établissement et le comité de pilotage, dans un premier temps, et avec tous les cadres de l'établissement dans un deuxième temps.
- 2) Suite à chacun des trois temps de mesure, ateliers de formation et de planification d'une demi-journée en amélioration continue du climat de travail avec chacun des cadres de direction et leur équipe de gestionnaires. Au cours de cet atelier, l'équipe reçoit le soutien requis pour interpréter les résultats et élaborer un plan d'action pour l'ensemble de la direction. Cette activité vise aussi à former les gestionnaires à l'utilisation d'un outil d'auto-diagnostique qu'ils pourront utiliser avec les équipes de la base.
- 3) Une démarche d'évaluation du leadership de type 360 degrés avec chacun 40 cadres participants.

⁷ http://www.chsrf.ca/other_documents/working_f.php

- 4) Un séminaire de formation (2 jours) au « leadership efficace » : un séminaire avec les cadres de direction (facultatif) et cinq séminaires avec les 40 cadres participants au programme de codéveloppement (répartis en groupes de huit). Suivi d'une journée de type « bilan-rappel » 24 mois plus tard.
- 5) Entre 12 et 17 séminaires d'une demi-journée de codéveloppement (*Action Learning*) avec les 40 cadres participants (répartis en cinq groupes composés de quatre cadres cliniques et quatre cadres non cliniques).
- 6) Création sur notre site Internet www.criso.ca d'un forum de discussion pour chacun des cinq groupes de codéveloppement. Ces forums virtuels de discussion, que le chercheur principal et le consultant responsable des groupes de codéveloppement animeront, seront le prolongement des séminaires et un lieu d'échanges de connaissances selon l'évolution des questions et des besoins des participants.
- 7) Deux entrevues de coaching individuel (de type évaluation-orientation) avec chacun des 40 cadres participants.
- 8) Un séminaire de formation à l'analyse des systèmes complexes adaptatifs avec le comité de direction des opérations inter services (CDOIS).
- 9) Une réunion bimestrielle du CDOIS afin de piloter les groupes de tâches (cercles de qualité) affectées à la démarche de maîtrise des défaillances opérationnelles de systèmes.

Par ailleurs, nous mettrons en place des mécanismes de communication et de transferts de connaissance avec tous les établissements du réseau québécois qui ont évalué le climat de travail à l'aide du QCP. Nous sommes ainsi en contact avec près de 20 directeurs généraux et directeurs des ressources humaines d'établissements (CH et CSSS) regroupant plus de 60 000 employés. Ces communications se feront principalement par messagerie électronique et au moyen de notre site Internet (www.criso.ca) dans lequel nous rendrons accessible les rapports de recherche ainsi que des sommaires exécutifs sous formes de présentation power point. Nous créerons aussi un forum de discussion pour ces 20 partenaires (et d'autres établissements qui manifesteront leur intérêt) sur notre site Internet pour susciter les échanges à propos des impacts de la qualité l'environnement psychosocial de travail sur la qualité des soins et des services et communiquer les résultats progressifs obtenus au CH participant. L'objectif consistera à créer un effet de synergie au sein du réseau québécois à partir de cette étude de cas. Nous proposerons aussi de présenter nos résultats dans le cadre de colloques et congrès susceptibles de s'y intéresser (ex : *Society for Industrial and Organizational Psychology*, Congrès biennuel de l'Association internationale de psychologie du travail de langue française, Congrès des établissements de santé au Québec, dans les Maritimes, en Ontario et dans l'Ouest du Canada. De plus, nous produirons deux « guides de pratiques innovantes » qui permettront à d'autres établissements du Québec et du Canada de reproduire le processus de recherche action qui aura été réalisé et validé, tant au plan du processus d'*Action Learning* avec les gestionnaires, qu'au plan du traitement des défaillances opérationnelles de système selon l'approche des systèmes complexes adaptatifs. Au niveau canadien, nous proposons aux autorités des « *Regional Board* » de chacune des provinces d'aller présenter ces deux guides de pratiques innovantes (qui auront été traduit) et communiquer les résultats de la recherche dans le cadre d'ateliers conférences auxquels seront invités les cadres de direction des établissements rattachés à chacun d'eux. Nous proposerons trois articles à des revues professionnelles (ex : Objectif Prévention, *Health Care Management Forum*) susceptibles

de rejoindre les professionnels de la santé intéressés par nos résultats. Nous proposerons aussi à des revues de pairs trois articles de recherche concernant le modèle linéaire hiérarchique et les modélisations par équations structurales testées, ainsi que la nature et les impacts du programme d'intervention. Enfin, nous produirons une monographie éditée dans les deux langues qui rendra compte de l'ensemble des processus mis en place et des résultats atteints, de manière à mettre en évidence les processus typiques et les conditions de succès de la recherche action comme modèle de production de connaissances transférables, de développement des leaders et d'implantation de démarches de transformation organisationnelle.

Réalisations attendues

- 1) Trois rapports annuels d'étapes à la FCRSSS et le rapport final de recherche (1-3-25)
- 2) Trois rapports de sondage sur le climat de travail et les pratiques de reconnaissance et des recommandations permettant aux décideurs de l'établissement de mettre en place des mesures d'amélioration (incluant celui produit à l'hiver 2008).
- 3) 40 rapports d'analyse des forces et des enjeux de développement des gestionnaires participants du point de vue de leur leadership.
- 4) Un article scientifique et un article à caractère professionnel concernant l'impact du climat psychologique de travail sur la stabilité des équipes de soins.
- 5) Un article scientifique et un article à caractère professionnel concernant l'impact du climat psychologique de travail sur la sécurité et la qualité des soins.
- 6) Un article scientifique et un article à caractère professionnel à propos de la maîtrise des défaillances de système en milieu hospitalier.
- 7) Guide de pratique #1 : guide méthodologique détaillé du processus codéveloppement du leadership (*Action Learning*), incluant une bibliographie commentée.
- 8) Guide de pratique #2 : guide méthodologique détaillé au sujet de l'application des outils conceptuels et des méthodologies d'analyse des systèmes complexes adaptatifs aux défaillances opérationnelles de systèmes en milieu hospitalier, incluant une bibliographie commentée.
- 9) Actes de congrès et de colloques découlant de notre participation à ces événements.
- 10) Présentations *power points* faites dans le cadre de congrès et de colloques (versions pdf)
- 11) Une monographie éditée dans les deux langues.

Nous rendrons tout ce matériel disponible sur notre site Internet (sauf les rapports internes décrits au point 2 et 3)

Participation de différentes régions ou provinces

Rappelons que notre proposition incluse des activités de transfert et d'échange de connaissances

prévues avec les *Regional Board* des provinces canadiennes. Une partie importante du budget de communication est prévue à cet effet.

Échéancier

La demande d'approbation éthique sera soumise en août 2008 et la revue de documentation se poursuivra entre les mois d'août et de décembre 2008. L'équipe de recherche se réunira en septembre 2008 et, par la suite, à tous les mois de décembre et de juin de chacune des années couvertes par la subvention. Le comité de pilotage du programme se réunira quant à lui à tous les quatre mois à compter de septembre 2008. La collecte de données archivées relative au **TEMPS 1** de mesure sera faite à l'automne 2008 et un premier rapport de recherche sera déposé en mars 2009. Ceci conduira à une première diffusion de résultats par la production d'un article scientifique et un article à caractère professionnel concernant l'impact du climat psychologique de travail sur la stabilité des équipes de soins et une communication à un colloque à caractère professionnel. L'intervention de codéveloppement débutera en novembre 2008 et chacun des cinq groupes participera à un séminaire de 4 heures à tous les deux mois. L'intervenant réalisera deux entrevues individuelles de coaching avec chacun participant au cours du programme (septembre 2009 et septembre 2010). Tel que précisé plus haut, le groupe expérimental A participera à 17 séminaires jusqu'en décembre 2011, alors que le groupe expérimental B participera à 12 séminaires, un séminaire de transfert (janvier 2011) et un séminaire d'évaluation (décembre 2011). La formation au leadership efficace débutera par le processus de feedback 360 degrés (janvier et février 2009). Le séminaire intensif de formation de deux jours avec chacun des cinq groupes de codéveloppement aura lieu en mars et avril 2009 et il sera suivi des deux entrevues individuelles de coaching avec le formateur (en mai 2009 et en mai 2010). Une session de « rappel-relance » d'une journée aura lieu en mars et avril 2011. L'intervention « Cercle de qualité et maîtrise des défaillances de systèmes » et donc, les séances de travail avec le comité de direction des opérations inter services (CDOIS) et les deux groupes de tâches débiteront en octobre 2008. Le CDOIS, qui est appelé à devenir une structure permanente, se réunira à tous les deux mois jusqu'en décembre 2011. Le **TEMPS 2** de mesure (sondages auprès des employés, groupes de discussion, données archivées, questionnaire aux patients) aura lieu entre janvier et mars 10. À ce moment-là, huit séminaires de codéveloppement et huit séances de travail avec le CDOIS auront eu lieu. Cette seconde collecte de données sera suivi d'une production de rapports de sondage et d'activités de soutien à la diffusion des résultats à l'interne entre mars et juin 2010. Un deuxième rapport de recherche sera alors produit entre les mois d'août et octobre 2010 et sera suivi des activités de diffusion des résultats suivantes : un article scientifiques et un article à caractère professionnel concernant l'impact du climat psychologique de travail sur la sécurité/qualité des soins, une communication à un congrès scientifique et une communication à un colloque à caractère professionnel. Puis, après neuf séminaires de codéveloppement et neuf séances de travail avec le CDOIS supplémentaires (tout en tenant compte des design d'évaluation

de la durabilité des transferts avec les groupes de codéveloppement et le cercle de qualité), le **TEMPS 3** mesure aura lieu entre janvier et mars 12. Cette troisième collecte de données sera suivie d'une production de rapports de sondage et d'activités de soutien à la diffusion des résultats à l'interne entre mars et juin 12. Étant donné l'échéance du programme (juin 12). Nous produirons alors un troisième rapport de recherche et, par la suite, le rapport final (1-3-25). Enfin, dès janvier 11, au moment où les deux interventions seront rendues à leur phase finale, nous entreprendrons la production des deux guides de pratiques et de la monographie de manière à pouvoir les diffuser au printemps 12. Nous préparerons aussi au cours de cette période un article scientifique et un article à caractère professionnel concernant la maîtrise des défaillances opérationnelles de systèmes et proposeront une communication à un congrès scientifique. La tournée des *Regional Board* commencera dès septembre 2011 et s'échellonera jusqu'en juin 2012, et même au-delà de cette date si la demande le justifie (aux frais de cocommanditaires).

Travail connexe

Le CH participant faisait partie d'un groupe de huit établissements de santé et de services sociaux du Québec qui ont participé au « Programme inter établissement de recherche action sur le climat » (No. de dossier : OF01-3-33-3-10), financé par Santé Canada (Programme « Initiative de promotion de la santé des milieux de travail », 400 000,00 \$ pour 27 mois). Le chercheur principal qui soumet la présente demande était chargé de projet. Bien qu'une extension de six mois ait été accordée pour terminer les activités de diffusion des résultats, notamment l'organisation d'un colloque conjointement avec l'Association québécoise des établissements de santé et services sociaux du Québec (137 établissements membres), le financement s'est terminé le 31 mars 2008, Cette étude a permis de procéder à la validation de l'outil de mesure du climat psychologique qui sera utilisé dans le cadre du présent projet en utilisant des analyses confirmatoires (AFC). De plus, le sondage « post-test » réalisé par l'établissement participant dans le cadre du programme Santé Canada (janvier et février 2008) fournira les données probantes avec lesquelles nous pourrions procéder aux analyses prévues au TEMPS 1 et, aussi, à partir desquelles les 40 cadres intermédiaires participant au programme de codéveloppement seront invités à travailler pour élaborer un premier cycle d'actions d'amélioration de la qualité l'environnement psychosocial de travail. Par ailleurs, l'étude Santé Canada a permis de mettre en évidence 12 facteurs clés d'une démarche de mobilisation des cadres et du personnel d'un établissement de santé dans un processus d'amélioration continue de l'environnement psychosocial de travail, que nous avons intégrés au présent projet comme autant d'objectifs de développement des capacités (voir section D). Enfin, cette étude a aussi permis d'établir le rôle explicatif de plusieurs indicateurs de mesure du climat psychologique dans la prédiction de la qualité des soins, dont les variations des taux d'erreur de médication, ce qui constitue l'une des variables dépendantes retenue pour le présent programme. La principale valeur ajoutée de cette continuité réside dans le fait que l'établissement est déjà engagé dans des pratiques de direction qui intègre les préoccupations de qualité de l'environnement

psychosocial de travail et de la qualité des soins. De plus, tous les cadres de direction et les gestionnaires sont déjà sensibilisés aux outils de l'amélioration continue du climat de travail. Ces acquis créent un contexte très favorable à la mobilisation de l'ensemble de l'établissement dans le présent programme, ce qui constitue à notre avis une occasion unique d'expérimenter une démarche de transformation organisationnelle.

Pour terminer, il peut être aussi utile de mentionner que nous prenons aussi appui, notamment aux plans du programme de codéveloppement et de la structure de gestion de problèmes de défaillances opérationnelles qui sont inclus dans le présent programme, sur les apprentissages faits dans le cadre d'un programme de recherche action subventionné par la FCRSS que le chercheur principal a réalisé au département des soins infirmiers du Centre universitaire de santé McGill entre 2003 et 2006 (RC1-0823-05).

Références

- ¹ Tucker, AL. (2004) The impact of operational failures on hospital nurses and their patients. *Journal of Operations Management* 22: 152-169.
- ² OMS (2006). Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé [http:// www. who.int /whr/2006/fr/](http://www.who.int/whr/2006/fr/)
- ³ Priest, A. (2006). Les maux qui affligent nos infirmières. Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada. Rapport de recherche. Fondation Canadienne de recherche sur les services de santé. Mars 2006.
- ⁴ McCutcheon, A.S., MacPhee, M., Davidon, J.M., Doyle-Waters, M., Mason, S., Winslow, W. (2006). Allier dotation et sécurité : synthèse des données probantes sur la dotation en personnel infirmier et la sécurité du patient. Rapport de recherche. Fondation canadienne de recherche sur les services de santé.
- ⁵ Anton, C., Nightingale, P. G., Adu, D., Lipkin, G., & Ferner, R. E. (2004) Improving prescribing using a rule based prescribing system. *Quality & Safety in Health Care*, 13, 186-190.
- ⁶ Benjamin, D. M. (2003). Reducing Medication Errors and Increasing Patient Safety: Case Studies in Clinical Pharmacology. *Journal of Clinical Pharmacology*, 43, 768-783.
- ⁷ Programme inter établissement de recherche sur le climat de travail. Programme du départements des politiques en soins infirmiers intitulé « Initiative de promotion de la santé des milieux de travail », Santé Canada. Financement de 400 000,00 \$ obtenu entre septembre 2005 et mars 2008. Chercheur principal : Serge Gagnon, PhD, Centre de recherche intervention en santé des organisations, Centre universitaire de santé McGill. Rapports de recherche et articles scientifiques à être soumis en 2008 et 2009.
- ⁸ Harvey, S., Courcy, F., Petit, A., Hudon, J., Teed, M., Loiselle, O., et A. Morin. (2006). Intervention organisationnelles et santé psychologique au travail : une synthèse des approches au niveau international. Rapport « Études et Recherches ». Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
- ⁹ Aiken, L. H., Sochalski, J., & Lake, E. T. (1997). Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical Care*, 35(11), NS6-NS18.
- ¹⁰ Institute of Medicine. (2004). Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses. Washington, DC : *National Academics Press*.
- ¹¹ Globerman, S., Mintzberg, H., (1997). Managing the Care of Health and Cure of Disease. Part II – Integration. Faculty of Management, McGill University. *Manuscript*
- ¹² Enriquez, E., G. Houle, Rhéaume, J. et R. Sévigny (dir.) (1993) *L'analyse clinique dans les sciences humaines*. Éditions Saint-Martin, Montréal.
- ¹³ Le Moigne, J.L. (1995) *Les épistémologies constructivistes*. Que sais-je ? PUF, Paris
- ¹⁴ Reason, P., Bradbury, H. (2008). *The SAGE Handbook of Action Research. Participative Inquiry and Practice*. Sage Publications. Second Edition

-
- ¹⁵ Gronhaug, K., Olson, O. 1999. Action research and knowledge creation: merits and challenges. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 2 (10), 6-14.
- ¹⁶ Badger, T.G. 2000 Action research, change and methodological rigor. *Journal of Nursing Management*, 8, 201-207.
- ¹⁷ Waterman, H. 1998 Embracing ambiguities and valuing ourselves: issues of validity in action research. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 1001-1005.
- ¹⁸ Baburoglü, O., Ravn I. 1992. Normative Action Research. *Organization Studies*, 13 (1), 19-34.
- ¹⁹ Bate, P., Khan, R., Pyle, A.J. 2000. Culturally sensitive structuring: An action research-based approach to organization development and design. *Public Administration Quarterly*, 23 (4), 445-470.
- ²⁰ Mckay, J., Marshall, P. 2001. The dual imperatives of action research. *Information Technology & People*, 14 (1), 46-59.
- ²¹ Parker, C.P., Baltes, B.B., Young S.A., Huff, J.W, Altmann, R.A, LaCost et H.A, Roberts, J.E. (2003). Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 389-416.
- ²² Gagnon, S. 2005. Expérience subjective positive au travail, climat de travail et efficacité organisationnelle : l'équilibre des valeurs. *Revue québécoise de psychologie*. Printemps 2005.
- ²³ Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- ²⁴ Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine* 58 (2004) 1483-1499.
- ²⁵ Karasek, R. (1985). Job content questionnaire and user's guide. Department of industrial and systems engineering, University of Southern California.
- ²⁶ Ceria, C. D. (1992). Nursing Absenteeism and its effects on the quality of patient care. *Journal of Nursing Administration*, 22(12), 11, 38.
- ²⁷ Shamian, J. O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., Alksnis, C., & Kerr, M. S. (2003). Nurse Absenteeism, Stress and Workplace Injury: What are the Contributing Factors and What Can/Should Be Done About It? *The international Journal of Sociology and Social Policy*, 23, 8/9, 81-103.
- ²⁸ Gellatly, I. R. (1995). Individual and group determinants of employee absenteeism : test of a causal model. *Journal of Organizational Behavior*, 16(5), 469-485.
- ²⁹ Harter, T. W. (2001). Minimizing Absenteeism in the Workplace : Strategies for Nurse Managers. *Nursing Economic\$,* 19(2), 53-55.
- ³⁰ Washington, K. (2001). The Health Risks of Mandatory Overtime. The hidden costs of this all-too-common practice. *American Journal of Nursing*, 101(5), 96.
- ³¹ Rogers, A. E., Hwang, W.-T., Scott, L. D., Aiken, L. H., & Dinges, D. F. (2004). The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety. *Health Affairs*, 23(4), 202-212.
- ³² Berney, B., & Needleman, J. (2006). Impact of Nursing Overtime on Nurse-Sensitive Patient Outcomes in New-York Hospitals, 1995-2000. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(2), 87-100.
- ³³ Allan, E. L., & Barker, K. N. (1990). Fundamentals of medication error research. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47, 555-571.
- ³⁴ Benjamin, D. M. (2003). Reducing Medication Errors and Increasing Patient Safety: Case Studies in Clinical Pharmacology. *Journal of Clinical Pharmacology*, 43, 768-783.
- ³⁵ Antonow, J. A., Smith, A. B., & Silver, M. P. (2000). Medication Errors Reporting: A Survey of Nursing Staff. *Journal of Nursing Care Quality*. 15(1), 42-48.
- ³⁶ Wakefield, D. S., Wakefield, B. J., Uden-Holman, T., Borders, T., Blegen, M., & Vaughn, T. (1999). Understanding Why Medication Administration Errors May Not Be Reported. *American Journal of Medical Quality*, 14(2), 81-88.
- ³⁷ Atkins, P.M., Marshall, B.S., & Javalgi, R.G. (1996). Happy employees lead to loyal patients. *Journal of Health CareMarketing*, 16(4), 15-23.
- ³⁸ Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care. *Inquiry* 25, 25-36.
- ³⁹ Thi, P. L. N., Briançon, S., Empereur, F., & Guillemin, F. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science & Medecine*, 54, 493-504.
- ⁴⁰ Meterko, M., Nelson, E.C., Rubin, H.R., Batalden, P., Berwick, D.M., Hays, R.D., Ware Jr. J.E. (1990). Patient Judgments of Hospital Quality: Report of a Pilot Study. *Medical Care*. Vol. 28, No. 9.

- 41 Payette, A. et Champagne, C. (1997). *Le groupe de codéveloppement professionnel*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- 42 Argyris, C., Schön, D. (1974). *Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.
- 43 Argyris, C. (1990). *Overcoming Organizational Defenses*. Allyn and Bacon (Simon and Schuster). Needham Heights, MA.
- 44 Argyris, C. and Schön, D. (1995) *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. (2nd edition) Reading, MA. Addison-Wesley.
- 45 Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.
- 46 Schön, D. & Rein, M. (1994). *Frame Reflection: Towards the Resolution of Intractable Policy Controversies*. New York: Basic Books.
- 47 Schön, D. (1987). *Educating The Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass.
- 48 Kegan, R. & Lahey, L.L (2001). *How the way we talk can change the way we work*. San Francisco: Jossey-Bass.
- 49 Denis, J.L., Lamothe, L. & Langley, A. (2001). The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), 809-837.
- 50 Dooley, K.J. (1997). A complex adaptive system of organization change. *Nonlinear Dynamics, Psychology and Life Sciences*, 1(1) : 69-97
- 51 Le Moigne, J.L. (1995). *La modélisation des systèmes complexes*. Afect Systèmes, Dunod, Paris
- 52 Ison, R., (2008). *Systems Thinking and Practice for Action Research*. In : Reason, P., Bradbury, H. *Action Research. Participative Inquiry and Practice*. Sage Publications. Second Edition
- 53 Haccoun, R.R., Hamtiaux, T. (1994). Optimizing knowledge tests for inferring learning acquisition levels in single group training evaluation designs: the internal referencing strategy. *Personal Psychology*. 47: 593-604
- 54 Brun, J.P. & Dugas, N. (2005). La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens. *Revue Gestion*, 30(2), 79-88
- 55 Une échelle de mesure développée par le CRISO a été utilisée à cet effet. Un article est en préparation. Voir : <http://www.criso.ca/fr/attachments/100.pdf>
- 56 Ferner, R. E., & Aronson, J. K. (2006). Clarification of Terminology in Medication Errors. *Drug Safety*, 29(11), 1011-1022.
- 57 Taunton, R. L., Kleinbeck, S. V. M., Stafford, R., Woods, C. Q., & Bott, M. J. (1994). Patient Outcomes: Are they Linked to Registered Nurse Absenteeism, Separation, or Work Load? *Journal of Nursing Administration*, 24(4S), 48-55.
- 58 Kirkpatrick, D.L. (1977). Evaluating training programs: Evidence versus proof. *Training and development journal*, 31, 9-12.
- 59 Savoie, A., Beaudin, G. (1995). Les équipes de travail: que faut-il en connaître ? *Psychologie du travail et des organisation*, 1, 2, 1-19.
- 60 Paquet, M., Parker, C. P., LaFrenière, A., Gagnon, S., Gagné, M., & Courcy, F. (2007). Cross-Validation of the Psychological Climate Questionnaire. Manuscrit soumis pour publication.
- 61 Gagnon, S., Lavoie-Trembaly, M. (2008). Les facteurs clés de l'amélioration de climat de travail au sein des établissements de santé et de services sociaux du Québec : vers une nouvelle grille d'évaluation. Texte soumis pour les Actes du Congrès 2008 de l'Association internationale de psychologie du travail de langue française.
- 62 Aronson, E. (2001). Integrating leadership styles and ethical perspectives, 2001, 18 (4), 244-256.
- 63 Aronson, E. (2004). *Ethics and leader integrity in the health sector*. Ottawa : National Library of Canada.
- 64 Cacioppe, R., & Albrecht, S. (2000). Using 360° feedback and the integral model to develop leadership and management skills. *Leadership and Organizational Development*, 21(8), 390-404.
- 65 Haccoun, R.R., Hamtiaux, T. (1994). Optimizing knowledge tests for inferring learning acquisition levels in single group training evaluation designs: the internal referencing strategy. *Personal Psychology*. 47: 593-604
- 66 Kélada, Joseph (1991) *Comprendre et réaliser la qualité totale*, Dollard-des-Ormeaux, Éditions Quafec, pages 119-151.
- 67 Chekland, P.B. (1981) *Systems Thinking, Systems Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- 68 Chekland, P.B., Holwell, S. (1998). Action research: its nature and validity. *Systemic Practice and Action Research*, 11 (1): 9-21.
- 69 Raudenbush, S. W., & Bryk, A. (2002). *Hierarchical Linear Models. Applications and Data Analysis Methods, Second Edition*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

-
- ⁷⁰ Bentler, P.M. (1998). Causal modeling: New interfaces and new statistics. *In: Advances in psychological science*, Vol. 1: Social, personal, and cultural aspects. Adair, John G.; Bélanger, David; Dion, Kenneth L.; Hove, England: Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor & Francis, 1998. pp. 353-370. [Chapter]
- ⁷¹ Bentler, P.M.,(2005). Structural Equation Modelling EQS 6.1 for Windows (Version Build 86), Multivariate Software Inc., Enrico, LA, USA (2005).
- ⁷² L'Écuyer, R., (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi*. Presse de l'Université du Québec. Syllery, Québec.
- ⁷³ Hunt, J.W. (1992). Changing organizations, In J.W. Hunt (Éd.). *Managing People at Work* (pp. 259-300), 3e éd. London (UK) : McGraw-Hill International Limited.
- ⁷⁴ Rapport « À notre portée », Initiative de promotion de la santé des milieux de travail, Santé Canada, 2007.

Annexe : Équipe de recherche

Partenaires décideurs

- Johanne Roy, directrice générale adjointe, HSCM, chef de projet
- Jocelyn Boucher, directeur général adjoint
- Daniel Dubé, directeur des ressources humaines, HSCM
- Johanne Salvail, directrice des soins infirmiers, HSCM
- Dr. Jacques Laplante, directeur adjoint des services professionnels et hospitaliers, HSCM
- Gille Loiselle, directeur des services techniques, HSCM

Chercheurs intervenants

- Serge Gagnon, directeur associé, CRISO, CUSM, chercheur principal
- François Courcy, co-chercheur principal, professeur agrégé, département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, co-chercheur principal et directeur scientifique du programme
- Maxime Paquet, co-chercheur, professionnel de recherche au CRISO, CUSM, co-chercheur
- Mario Lucas, consultant senior DO et management, CRISO, CUSM
- Marie-Anick Duchesne, conseillère et assistante de recherche, CRISO, CUSM
- Ana Gavranic, stagiaire en psychologie organisationnelle au CRISO , Université de Sherbrooke
- Edward Aronson, consultant associé au CRISO, expert en leadership
- Dr. Michel Vézina, co-chercheur, professeur titulaire, département de médecine sociale de l'Université de Laval et chercheur à l'INSPQ, chercheur consultant
- Mélanie Lavoie-Tremblay, co-chercheuse, professeure adjointe, École des soins infirmiers, Université McGill.