

Innover ensemble : Construction des méthodes et outils pour améliorer des trajectoires de soins pour et avec nos personnes âgées

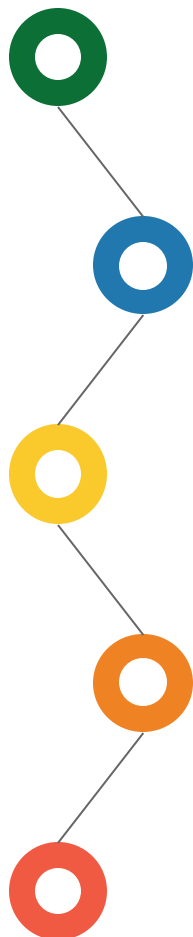
Midis-Maillage du Centre d'excellence en vieillissement du Québec

Jeudi le 13 mars 2025 de 12h00 à 13h00

André Côté, Professeur titulaire, Université Laval



Centre de recherche inter-facultaire en gestion des services de santé (CRGSS)



Mission

Épauler les gestionnaires dans l'appropriation des savoirs en gestion des services de santé et des services sociaux pour créer de la valeur au profit de la collectivité.

Vision

Être le phare en gestion des services de santé et des services sociaux au Québec et ailleurs

Valeurs

Partenariat

- Bienveillance
- Voies de collaboration
- Décloisonnement des savoirs
- Collaboration ouverte
- Accès équitable pour les parties prenantes
- Coconstruction

Pertinence

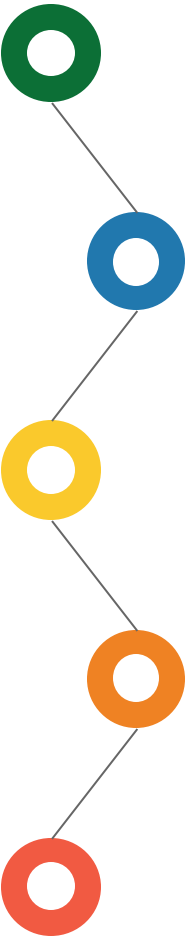
- Développer des solutions pertinentes
- Répondre concrètement aux besoins
- Retombées claires
- Contribuer à la mission des établissements

Excellence

- Inspirer et guider, être un modèle d'excellence
- Faire preuve d'innovation pour atteindre des niveaux supérieurs
- Agir avec intégrité, éthique, professionnalisme

Plan de la présentation

- ☐ Parcours académique
- ☐ Questionnement de recherche
- ☐ L'interactionniste symbolique comme posture épistémologique
- ☐ La confiance en tant que vecteur de transformation
- ☐ Le changement, fruit de détours inattendus
- ☐ Interaction entre les réalités opérationnelles et sociales
- ☐ Quelques cas pratiques
- ☐ Vers un pôle académique d'innovation en santé
- ☐ On termine par une question ?

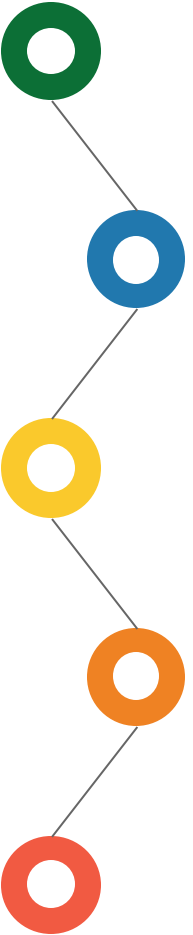


Mon parcours académique

- ❑ De la statistique appliquée à l'économie appliquée
- ❑ De l'économie appliquée à la gestion de projet
- ❑ De la gestion de projet à la gestion des opérations et des systèmes de décision (recherche opérationnelle)
- ❑ De la recherche opérationnelle à la sociologie de l'organisation

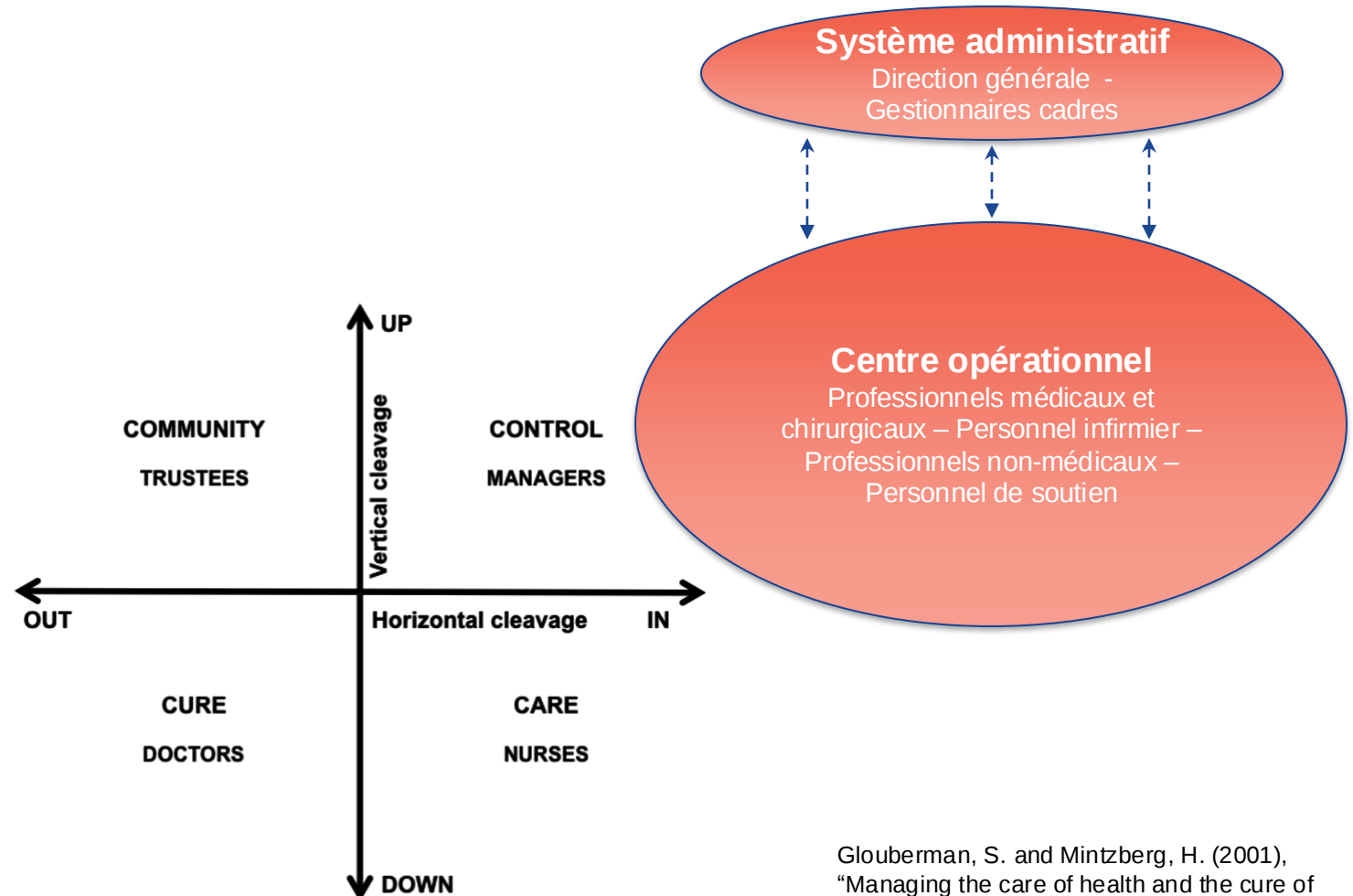


Comprendre les dynamiques qui expliquent la transformation des pratiques cliniques au sein d'un centre opérationnel d'un établissement de santé



Mon questionnement

- Comment s'opère le changement à l'intérieur d'un centre opérationnel d'un établissement de santé et de services sociaux?
- Peut-on dégager des tendances, des phénomènes ou des réalités particulières nous permettant d'intervenir de façon efficace dans un processus de transformation d'un établissement de santé ?
- Dans un objectif d'atteinte d'un changement effectif (réelle, tangible et durable) des pratiques cliniques ?



Glouberman, S. and Mintzberg, H. (2001), "Managing the care of health and the cure of disease-part I: differentiation", Health Care Management Review, Vol. 26 No. 1, pp. 56-69.

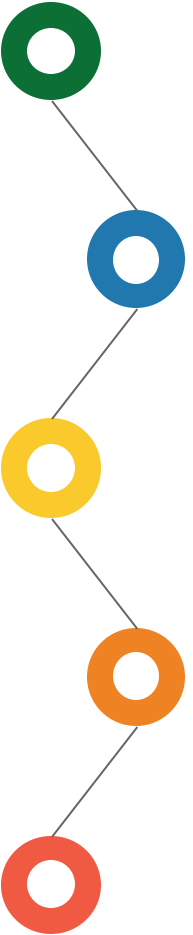
Mon positionnement épistémologique

Une posture positiviste (structuro-fonctionnaliste)

- ❑ **Approches techniques** : l'hôpital, vue comme un système hiérarchique ; des flux opérationnels comme trajectoire de soins ; une conception rationnelle, volontariste et imposée du changement ; l'efficacité comme préoccupation première ; l'autorité vient d'en haut
- ❑ **Approches sociotechniques** : Une bureaucratie professionnelle autonome ; un processus d'adaptation évolutif, cumulatif et planifié ; une adhésion libre et volontaire dans une optique d'atteindre les buts organisationnels ; l'autorité plutôt que le pouvoir ; l'importance des relations latérales.
- ❑ **Approches sociopolitiques** : Un construit social possédant à la fois un caractère pluraliste et politique ; l'acteur, un être compétent se réalisant à travers ses relations avec d'autres; le changement, vu sous l'angle de la résistance, de la confrontation, du conflit et du scepticisme.



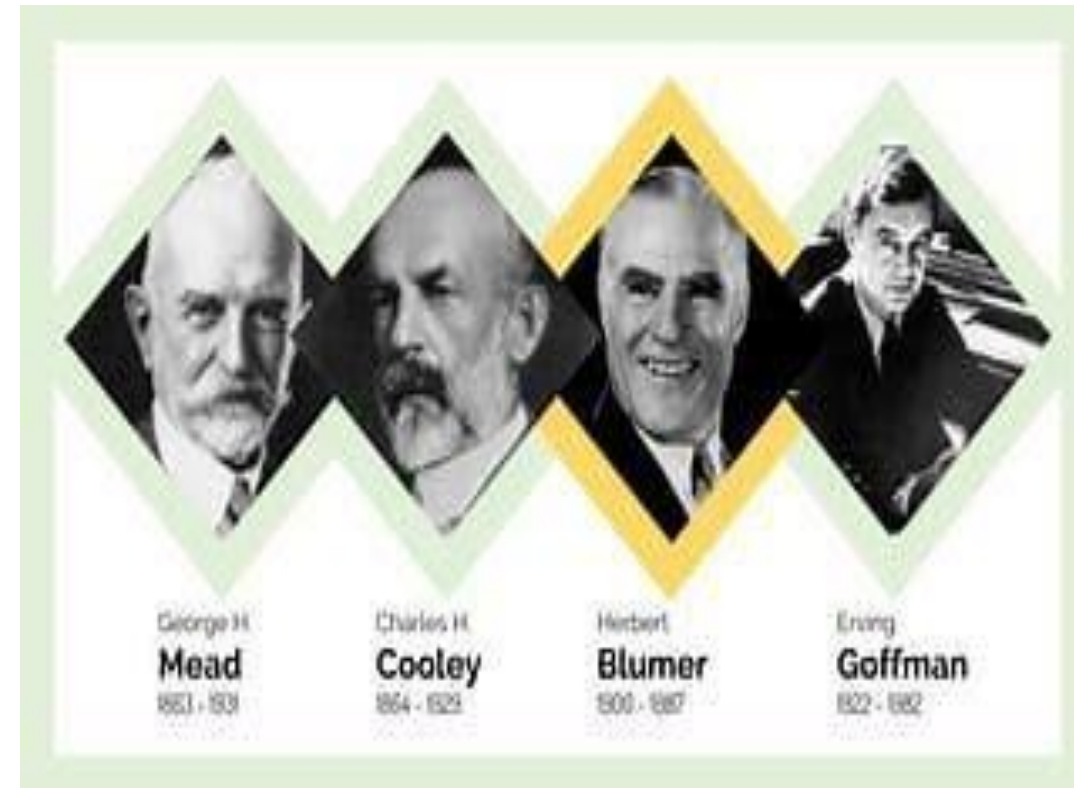
**Un paradigme
interprétatif, voire
constructiviste, pour
l'étude de la
transformation des
pratiques cliniques et
organisationnelles**



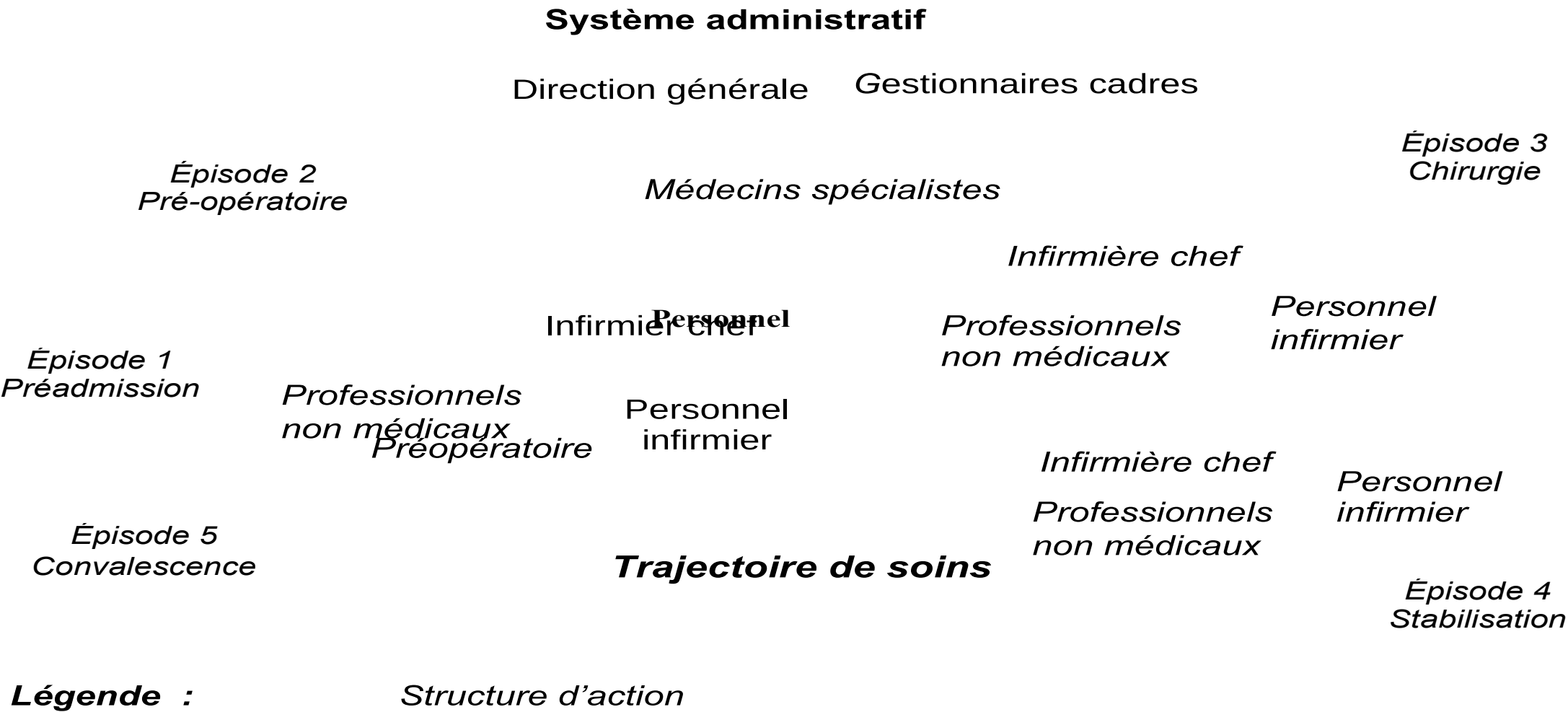
L'interactionniste symbolique comme posture épistémologique

Les concepts-clés

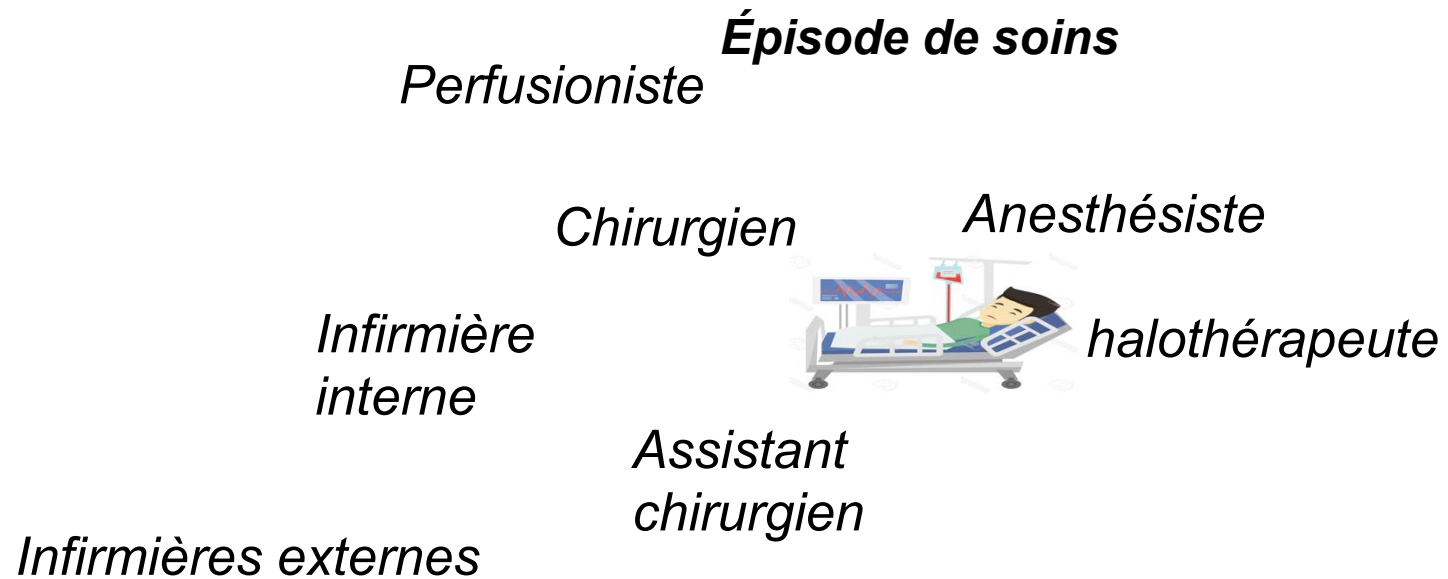
- Réalité intersubjective et socialement construite
- Organisation hospitalière comme assemblage de structures sociales avec finalité construite
- Acteur compétent donnant sens aux événements selon son identité et expérience
- Interaction motivée par appartenance, confiance et besoin de sécurité ontologique
- Autorégulation progressive des structures sociales
- Pouvoir issu de la perception interpersonnelle de l'autorité
- Confiance comme « lubrifiant du système »
- Complexité issue des particularités des rapports sociaux



Schématisation de l'hôpital en prenant comme exemple un pontage aorto-coronarien



Schématisation de l'hôpital en prenant comme exemple un pontage aorto-coronarien



Légende :

Structure d'action

Un exemple d'application (Cas 1)

Question de recherche

✦ *Comment expliquer la transformation ou l'absence de transformation à l'intérieur de structures d'action et d'interaction suite à un changement annoncé ?*

Méthodologie

✦ *Un centre hospitalier ultra spécialisé en région*

✦ *Une période de plus de cinq ans*

✦ *Deux cas :*

► *un processus de soins en chirurgie, les pontages aorto-coronariens (PAC);*

► *Un processus de soins en médecine, les accidents cérébro-vasculaires (ACV)*

✦ *Des changements annoncés importants au niveau des opérations cliniques*

Démarche ethnographique pour la collecte, la compilation et l'analyse des données

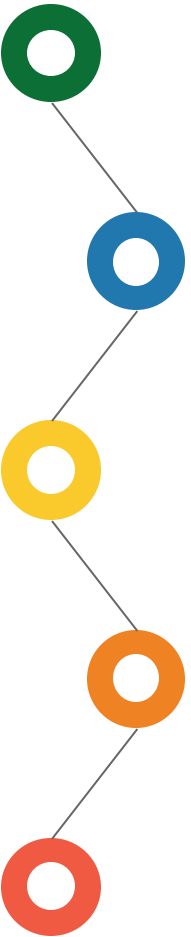
- *Entrevues semi-structurées*
- *Observations in situ*
- *Entrevues non structurées*
- *L'examen de la documentation*

Ce qui en résulte :

✦ **PAC : Un changement réussi**

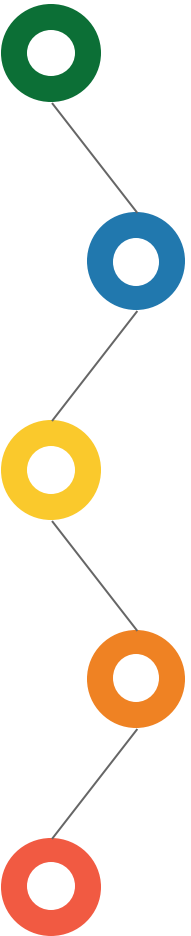
✦ **ACV : Un changement inachevé**

Pourquoi cette différence de résultats entre les deux situations?



Pouvoir, confiance et transformation des pratiques cliniques

Type de rapports sociaux	Jeu des acteurs	Résultante sur le processus de transformation
Méfiance sans pouvoir	Indifférence Résistance Retrait	• Absence de buts communs • Reproduction des séquences d'action et des routines d'interaction
Méfiance et pouvoir	Adhésion forcée	• Ambiguïté des buts poursuivis • Transformation des séquences d'action • Reproduction des routines d'interaction
Confiance partielle	Adhésion volontaire passive	• Génération de buts communs • Transformation des séquences d'action • Reproduction des routines d'interaction
Confiance totale	Adhésion volontaire active	• Présence de buts communs • Transformation des séquences d'action et des routines d'interaction



La confiance en tant que vecteur de transformation

La confiance :

- ▶ stimule le désir de coopérer;
- ▶ permet de mieux anticiper le comportement de l'acteur;
- ▶ rassure sur la compétence, la bienveillance et l'éthique de travail;
- ▶ se solde par la disposition à prendre un risque.

La méfiance crée le phénomène inverse :

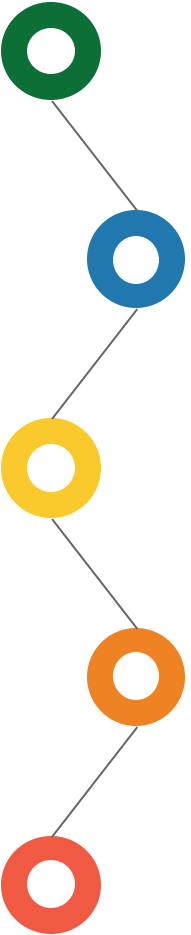
- ▶ Elle attise la suspicion.
- ▶ Elle incite les acteurs à faire preuve de réserve.
- ▶ Elle restreint le désir d'interagir.

La confiance simplifie l'action stratégique

La confiance se construit dans le cours des interactions

L'importance d'un contexte stable :

La permanence des acteurs et la stabilité des structures sociales favorisent le développement d'un climat d'échange propice à l'émergence du changement.



Le changement, fruit de détours inattendus

Synthèse du changement selon les interactionnistes

Fondements :

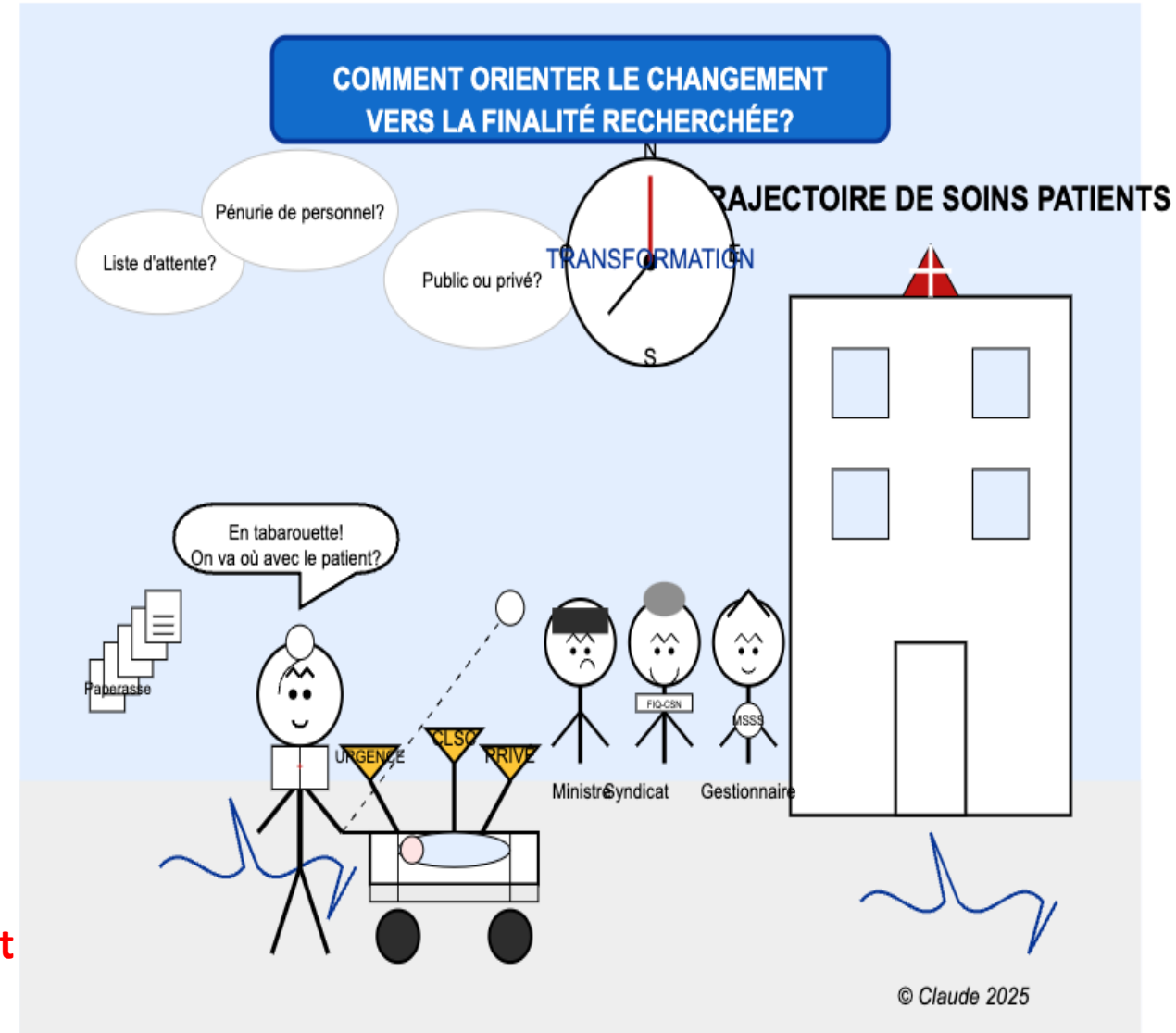
- Changement comme modification des règles ou attachements des acteurs
- Construction par interactions réciproques
- Processus adaptatif, évolutif et non planifié

Principes clés

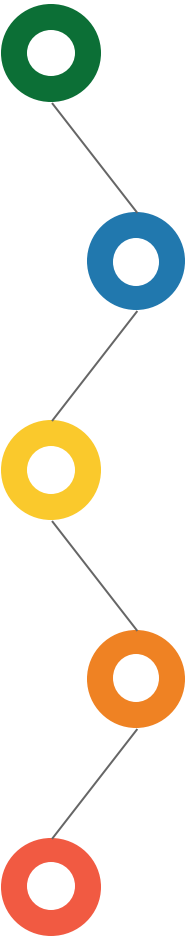
- Temporalité des structures sociales
- Rejet du déterminisme technologique
- Pragmatisme comme guide
- Coercition comme incitatif
- Tendance à l'assimilation avant transformation
- Recherche de stabilité contextuelle

Le problème

- **Possible d'expliquer la nature et le produit du changement**
- **Mais non de prévoir le type de transformation qui en découle**



Un coffre à outils conceptuel permettant d'interrelier les réalités opérationnelles et sociales



Les microsystemes cliniques pour décrire la réalité opérationnelle

Ses assises théoriques

- **L'organisation apprenante** (savoir, services et technologie) développée par et Peter Senge (1990) et James Brian Quinn (1992)
- **L'amélioration continue de la qualité** de W. Edouard Deming
- La **théorie générale des systèmes** et celle des **systèmes complexes** de Ludwing Von Butterfly.

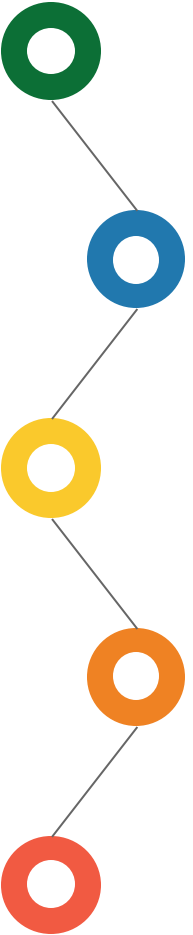
Les concepts-clés (Les 5 Ps)

- **Patients** - Our reason for doing
- **Professionals** - Our staff who work in the trenches to take care of patients
- **Processes** - Our system of inter-related events that constitute the microsystem
- **Patterns** - Our way of doing our work (Measurements, Data, Run Charts)
- **Purpose** - Our aim and mission

Ses éléments caractériels

- Une organisation en quête de **savoir**
- Dont la préoccupation première demeure **la qualité des actes prodigués** et **la sécurité des usagers**
- Centré sur **l'expérience patients**
- Le focus est mis sur les **pratiques professionnelles** et **interprofessionnelles**
- En donnant prépondérance à la **mesure** et aux **données probantes**
- Notamment par l'incorporation des **technologies de l'information** dans les processus opérationnels

Sources : Nelson & al. (2002 ; 2008)

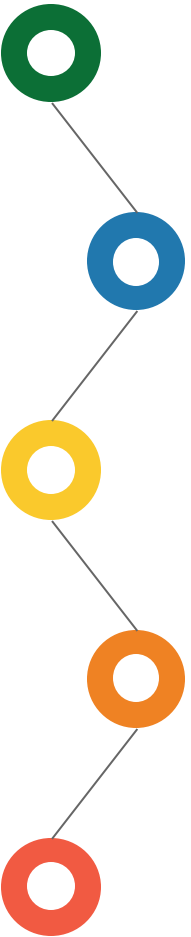


Cadre conceptuel tenant compte des réalités opérationnelles et sociales

Six préoccupations	Éléments retenus pour étude
A – La centralité des patients - et de leurs proches aidants –	• Particularité et caractéristiques des patients pour chacune des clientèles cibles • Les attentes et besoins particuliers pour chacune des populations/sous-populations cibles • Les préoccupations (motivations, craintes, angoisses, etc.) des patientes et de leurs proches
B – Le positionnement des acteurs interpellés dans la trajectoire de soins	• Les principaux acteurs cliniques interagissant dans la trajectoire de soin • La nature et les attentes à l'égard des activités qui leur sont assignées : Ce que l'on attend d'eux • La compréhension (interprétation) du clinicien aux besoins et aux attentes de la clientèle cible • La réponse du clinicien à l'égard des attentes qui lui sont dévolues
C – Les particularités structurelles et organisationnelles	• Les lieux physiques des milieux de pratique • Les particularités de la technologie employée • La mesure : Indicateurs de qualité et de performance, les structures d'évaluation et de contrôle • Les structures de pouvoir, les modes d'organisation du travail ainsi que les stratégies d'intégration
D – La contingence des modes opératoires, notamment les pratiques cliniques	• L'agencement (séquence) des tâches et des activités particulières • Un ou des lieux où se déroulent les tâches et les activités (l'espace) • Le temps requis pour le déroulement des tâches et des activités (la durée) • Le sentiment d'urgence (le temps) • Les modes d'intervention (pratiques cliniques) des acteurs impliqués
E – La particularité des structures de coordination	• Les processus décisionnels, en précisant qui, comment, quand, et avec quelle information la décision est prise. (ex. l'admission, la rétention et le congé des patients) • Les règles, les protocoles et les conventions se référant à l'exécution des tâches et des activités • Les modes de communication • La particularité des rapports sociaux entre prestataires des soins et des services
F - La gestion de l'information	• L'information nécessaire et/ou disponible à l'exécution des activités cliniques aux points de services • La façon dont elle est créée ; l'implication des cliniciens à la création/modification de l'information • La façon dont elle est emmagasinée et diffusée

L'agir communicationnel, pour une compréhension commune du contexte social

- Un changement réel et pérenne ne peut se produire que par une transformation des structures sociales.
- Nécessité de développer un sens commun.
- Développer une compréhension (interprétation) commune du contexte et des événements vécus ou que l'on désire faire vivre à une population cible.



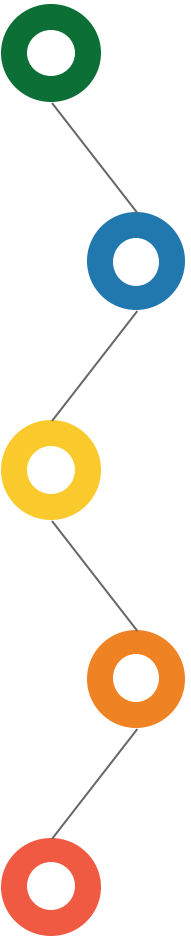
Passer d'une logique stratégique à une logique communicationnelle

L'action stratégique est caractérisée par des exigences d'efficacité et de contrôle, notamment en abordant des questions telles que :

- Comment mieux exploiter les ressources économiques et humaines ?
- Comment établir ou maintenir une position d'autorité (pouvoir) dans nos relations d'échange ?
- Comment accroître le niveau de performance ?
- Quels sont les indicateurs les mieux appropriés pour mesurer les résultats ?

L'agir communicationnel favorise l'apprentissage organisationnel en englobant des questions telles que :

- En quoi le point de vue d'un médecin diffère-t-il de celui d'une infirmière ?
- Comment ces perspectives peuvent-elles se compléter pour intégrer les connaissances professionnelles des soins de santé ?
- Comment le dialogue peut-il réduire la différence de statut entre ces participants pour qu'il existe une relation symétrique ?



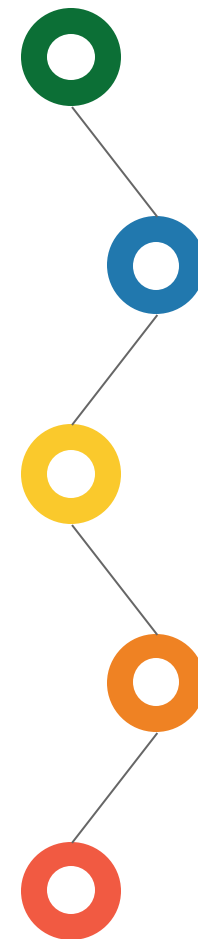
Trajectoire du diabète de type 1 dans la grande région de Québec (Cas 2)

Problématique :

- La difficulté de diagnostiquer précocement la pathologie chez l'enfant
- Un séjour hospitalier d'une durée variable (8 à 10 jours)
- Un retour à la maison difficile
- Un contexte scolaire peu facilitant
- Un suivi en externe peu structuré

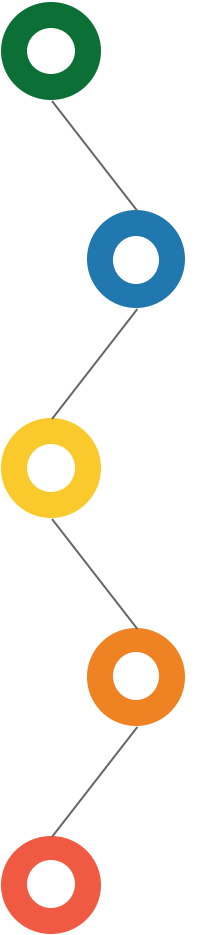
Notre démarche

- Documenter le parcours patient à partir de la réalité tel que vécu par les parents.
- Documenter la trajectoire de soins telle que comprise par les intervenants cliniques et scolaires.
- Effectuer une analyse croisée entre ces différentes réalités.
- Concevoir un modèle organisationnel tenant compte des besoins émis par les patients /aidants.
- Tenir un symposium réunissant les différentes parties prenantes.

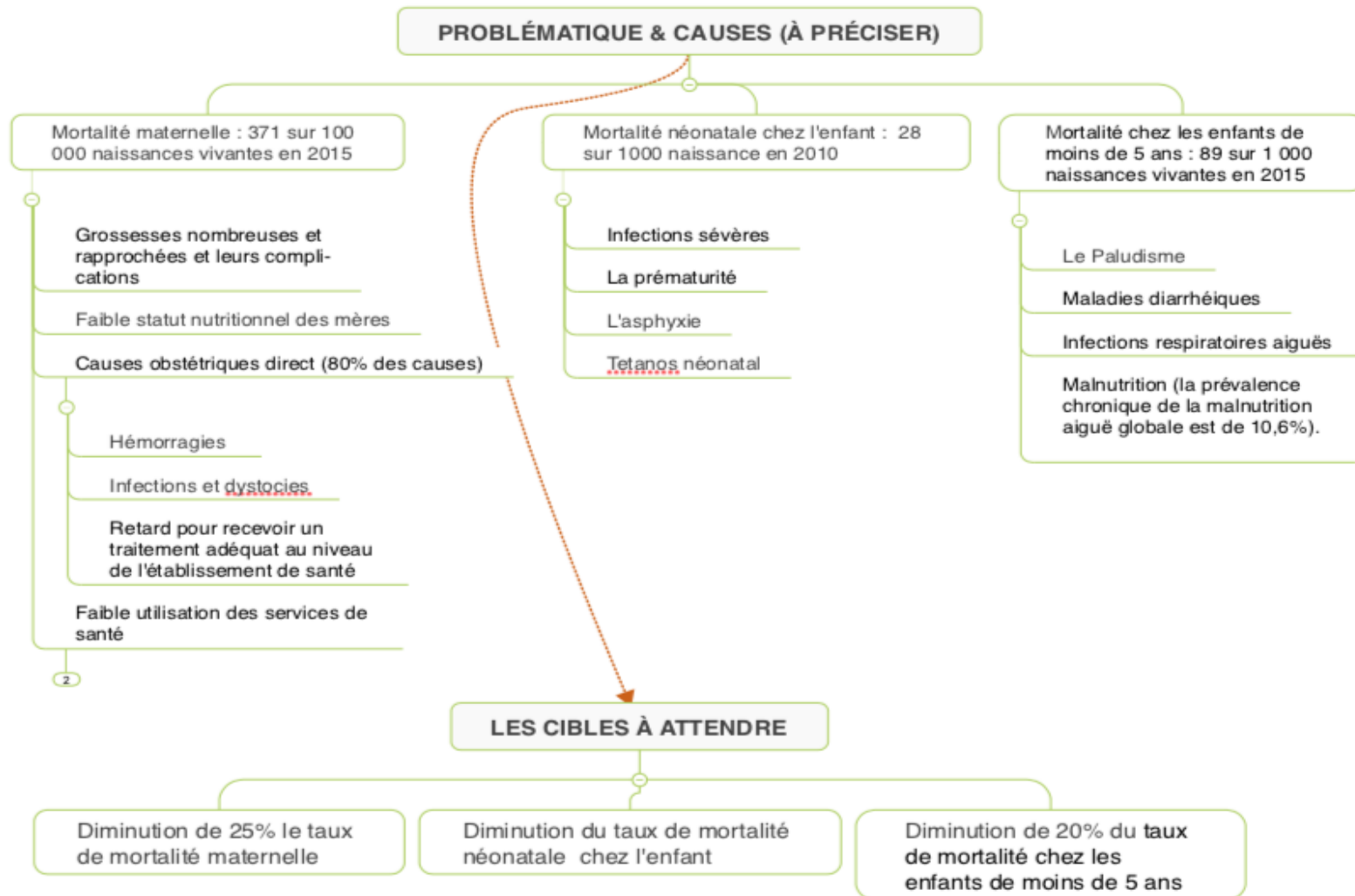


L'emphase sur l'apprentissage organisationnel

- En cherchant à **s'approprier de nouveaux savoirs** créés par des individus.
- En identifiant **les freins à l'apprentissage** (routines) et en les faisant reconnaître aux intéressés.
- En favorisant les **interactions individuelles**.
- En mettant l'action sur **la dimension collective de communication**, notamment sur le discours.
 - Le discours ne permet pas seulement à chacun de participer à l'action collective, il donne également l'occasion d'apprendre par comparaison des différentes perspectives exprimées. Il est donc non seulement le médium, mais également le produit de l'action collective.
- En inventant **des modes de gestion** apte à favoriser l'apprentissage collectif.



Programme d'amélioration de la santé des mères et des enfants (0-5 ans) au Burkina Faso (cas 3)



En première analyse

Problématique se référant au parcours de la femme et de son nouveau-né

- Les dynamiques interactionnelles entre les femmes et les agents de santé
- La présence des Ivoiriennes au CSPS
- L'importance de tenir compte des tradipraticiens dans le parcours de la femme
- La notion de gratuité pose problème
- Le manque de médicament

La problématique des agents de santé à base communautaire

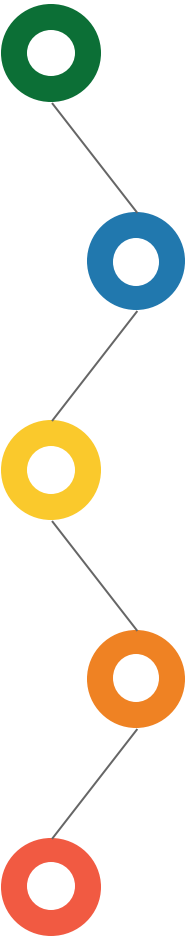
- Compréhension de leurs fonctions
- La particularité des besoins en zone urbaine VS en zone rurale
- Le problème de rémunération
- **La faible représentativité des femmes**

La prestation des soins et des services de santé

- La problématique liée aux stratégies avancées
- La difficile délégation des tâches
- Un problème dans la répartition du personnel
- L'organisation du travail également pose problème

La problématique de **GOUVERNANCE clinico-communautaire**

La continuité informationnelle



La problématique se référant à la GOUVERNANCE clinico-communautaire

Problématique

- Manque de connaissance, de qualification et de disponibilité.
- Des rôles diffus et peu compris par tout en chacun.
- L'agent itinérant en santé : Un rôle qui a été travesti au fil du temps.
- Le peu d'implication des membres du COGES dans les activités du CSPS.
- Le besoin de formation.

But de l'intervention

Développer / mettre en pratique des compétences en gestion par les acteurs impliqués dans la gouvernance d'un CSPS.

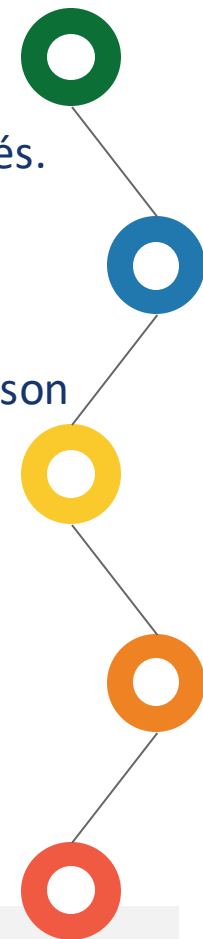
L'approche retenue

Des formations in situ mettant l'accent sur une compréhension commune des rôles, des responsabilités et des tâches des acteurs concernés.

La clientèle cible

- Les membres du comité gestion des CSPS.
- Les agents de santé : l'infirmier-chef de poste, son adjoint, la sage-femme et l'agent itinérant en santé.
- Les agents de santé à base communautaire.
- Un représentant du comité de village pour le développement (CVD).
- Le gérant du dépôt pharmaceutique.

La finalité recherchée : l'appropriation des rôles par chacun en mettant à la fois l'accent sur la dynamique sociale entre la communauté et les agents de santé et la fluidité des échanges entre les différents acteurs concernés.



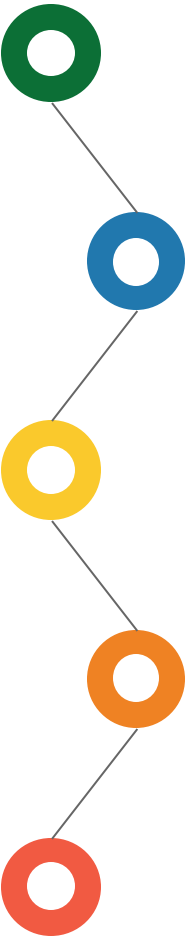
Les objectifs spécifiques de la formation

Les objectifs spécifiques de la formation

1. **Expliquer les rôles et les responsabilités de chacun** des membres d'une équipe et la complémentarité entre ces rôles.
2. Identifier **les contraintes opérationnelles, organisationnelles et structurelles** facilitant ou rendant difficile l'exécution des rôles attendus (Réalité sociale)
3. **Développer et tester les dispositifs appropriés** permettant d'assumer adéquatement leurs rôles et responsabilités.
4. **Développer une dynamique interactionnelle favorable au travail interdisciplinaire**, notamment par le dialogue, la consultation et la coordination du travail de chacun.
5. **Identifier des besoins futurs en acquisition de connaissances**
6. Identifier les façons de faire les plus simples et les plus appropriées pour rendre accessibles les formations requises.

La stratégie d'apprentissage : Développer une compréhension intersubjective de la réalité de chacun par le biais des échanges

1. Échanger sur les perceptions de tout un chacun en ce qui a trait à la compréhension de leur rôle respectif et à ceux des autres avec lesquels ils interagissent.
2. Échanger également sur la compréhension de chacun en ce qui a trait aux besoins et aux attentes des autres à leur égard.
3. Confronter cette compréhension avec les aléas de la réalité objective.
4. Contingenter les réponses émises au contexte social particulier de chacun des CSPS.

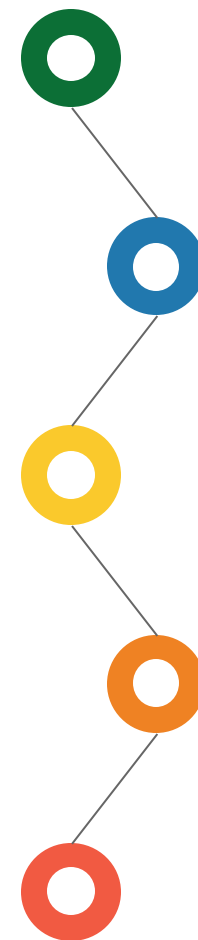


Le plan de formation

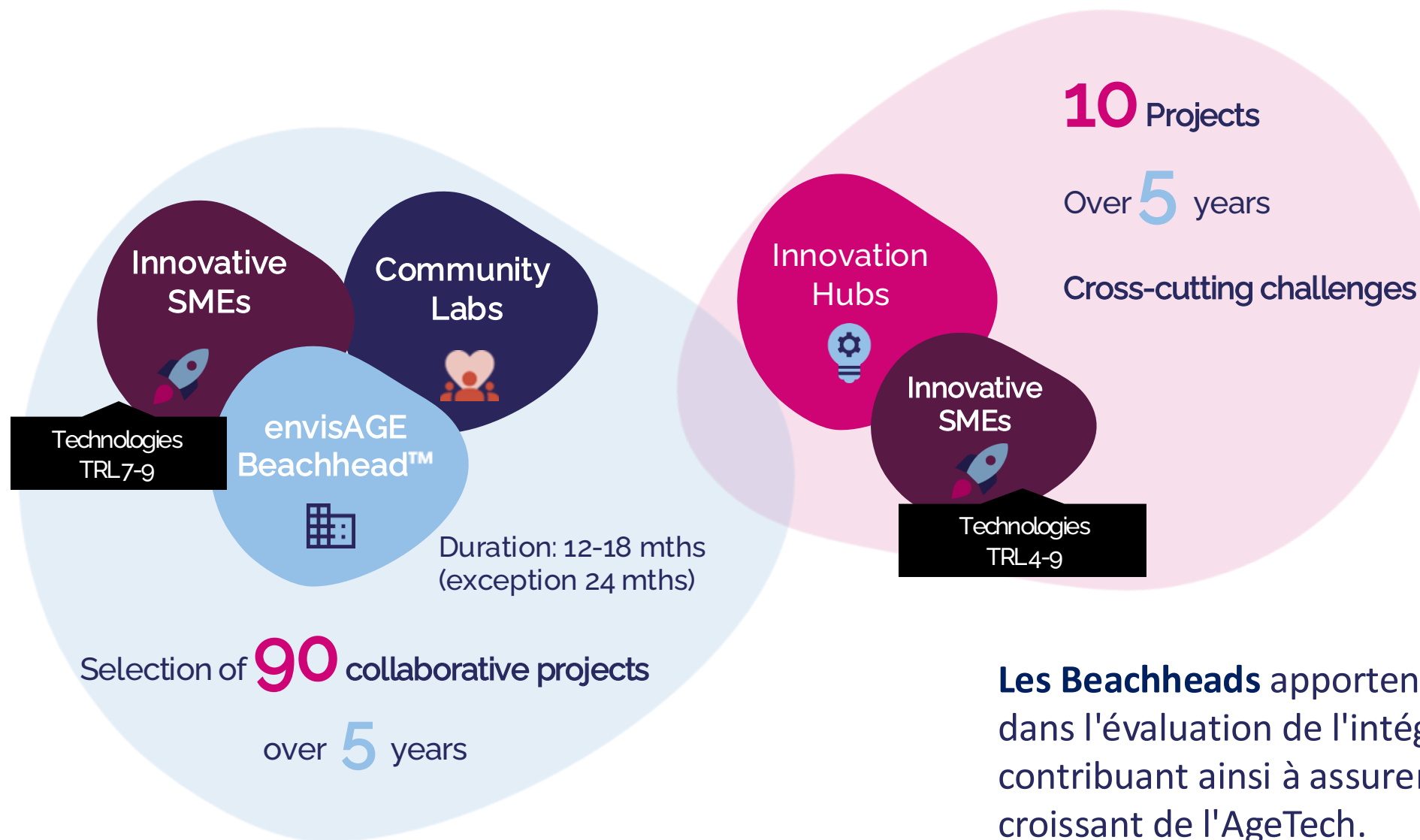
Jour /Modules	Thèmes et sous-thèmes à aborder	Approches pédagogiques
1 - Compréhension du rôle des actants et de ceux des interactants (Réalité subjective)	Perceptions de chacun en ce qui a trait à la compréhension de leur rôle respectif et à ceux des autres	Tour de table
	Compréhension de chacun en ce qui a trait aux besoins et aux attentes des autres à leur égard	
	Comprendre comment chacun se définit par rapport à son rôle et par rapport aux rôles des autres	Exposé – Tour de table
	Retour sur les résultats de la collecte préliminaire	Exposé – Tour de table
2 - Attentes institutionnelles à l'égard du rôle joué par les actants et leur positionnement (Réalité « objective »)	Les attentes institutionnalisées en ce qui a trait à chacun des postes, à chacun des rôles	Formation théorique – Lecture préalable
	Compréhension des intervenants à l'égard des attentes formulées au niveau institutionnel	Jeux de rôles – Étude de cas
	Leur positionnement face aux attentes émises	Bref retour en plénière
3 - Les contraintes opérationnelles, organisationnelles et structurelles rendant difficile l'exécution des rôles attendus (Réalité sociale)	Retour sur les résultats de la collecte préliminaire	Exposé et échanges
	Difficultés rencontrées pour assumer adéquatement leurs rôles	Plénière en groupes ou en sous-groupes
	Les façons de faire pour favoriser le travail collaboratif	
	Les stratégies à mettre en place pour améliorer la collaboration entre les agents de santé et la communauté	Échanges en plénière
	Retour sur les contraintes et sur les pistes d'amélioration	
4 - Les dispositifs à renforcer et/ou à mettre en place pour justement faciliter l'exécution des rôles attendus (Outils ...)	Échanges sur les dispositifs déjà en place dans un dessein de renforcer les forces et de travailler à annihiler les faiblesses	Retour sur la collecte de données
	Dispositifs à concevoir ou à adapter pour mieux assumer leur rôle au quotidien, pour mieux travailler ensemble et pour pérenniser, les interactions entre le CSPS et sa communauté	Plénière en groupes ou en sous-groupes
	Appropriation de ces outils	Simulation – jeux de rôles, étude de cas

Les projets en cours

- L'optimisation des trajectoires de soins en pneumologie par l'infusion d'innovations technologiques, cliniques, organisationnelles et sociales à l'IUCPQ-UL.
- Le décroisement de la médecine spécialisée vers les soins et les services de première ligne.
- Partenariat intersectoriel pour une transition écoresponsable en logistique des soins et des services de santé.
- La notion de complexité dans l'implantation, la réplication et la mise à l'échelle des innovations technologiques dans les trajectoires de soins et les parcours patients.



Un Centre BeachHead – ULaval (MedTEQ – EnvisaAGE)



Un Beachhead envisaAGE : un centre d'expertise qui peut être situé dans une université, un institut de recherche ou un établissement de santé.

Les Beachheads apportent une grande expertise dans l'évaluation de l'intégration des technologies, contribuant ainsi à assurer leur succès sur le marché croissant de l'AgeTech.

100 collaborative projects

Vers un pôle académique d'innovation en santé



1



2



3

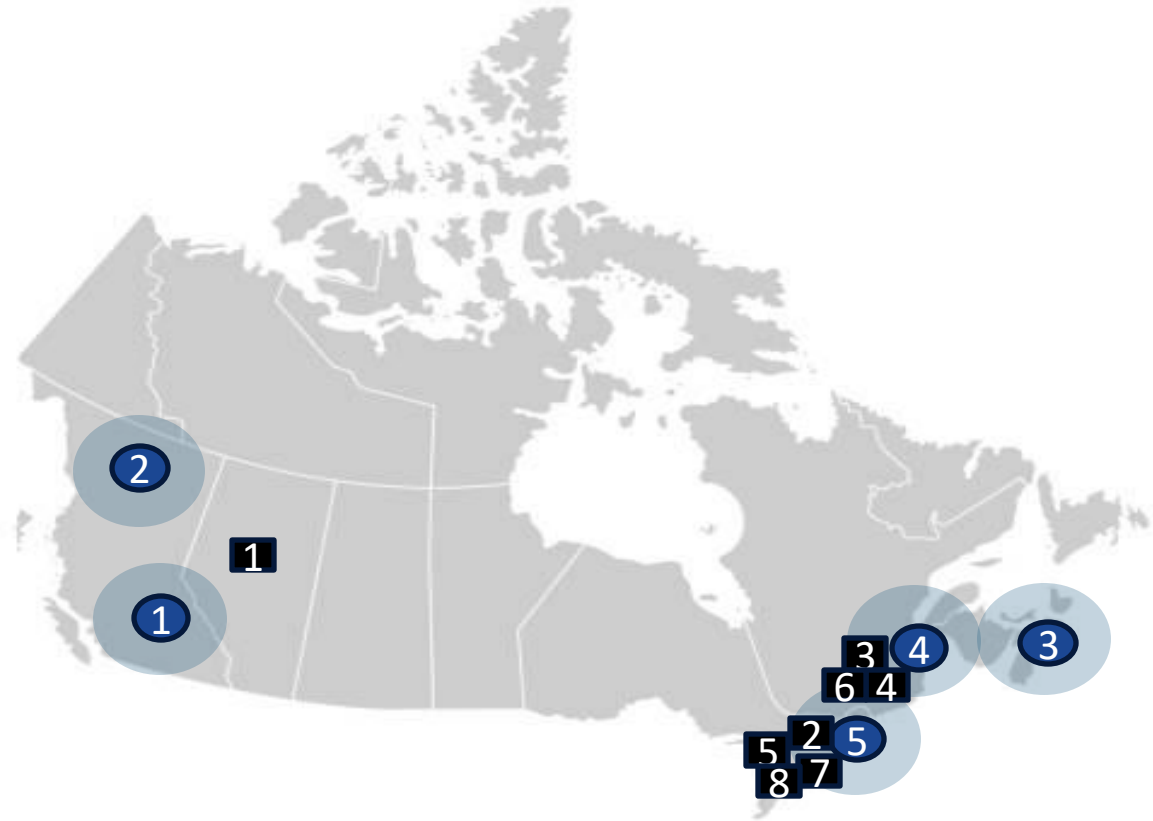


4



5

Pôles d'innovation
| Innovation Hubs



envisAGE Beachhead™

1



3



sponsored by



6



sponsored by



8



Institute for Research on Aging

2



4



5



ONTARIO BRAIN INSTITUTE
INSTITUT ONTARIEN DU CERVEAU

7

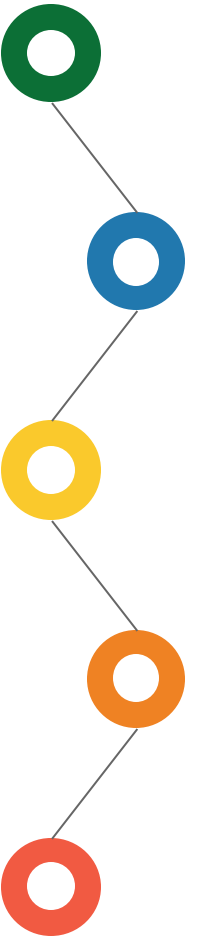
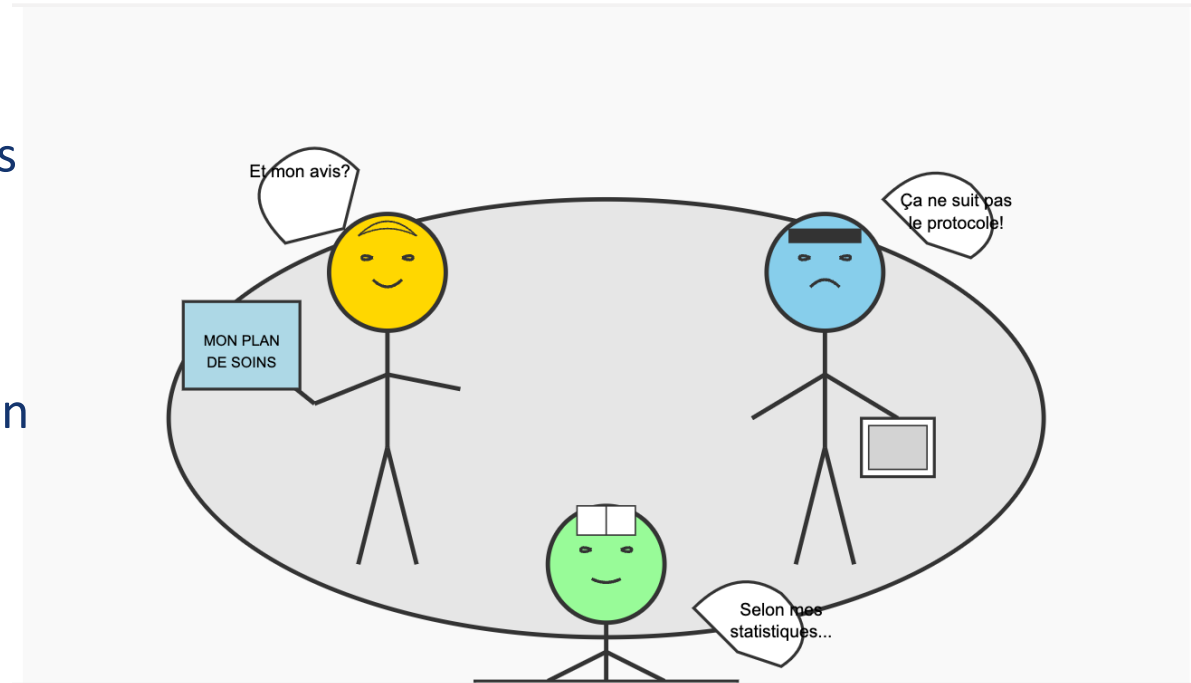


9



On termine par une question ?

Comment pouvons-nous assurer que les méthodes et outils que nous développons pour améliorer les trajectoires de soins reflètent véritablement les besoins, les préférences et l'expertise expérientielle des personnes âgées elles-mêmes, tout en tenant compte de la diversité de cette population ?





*« Il ne suffit pas de savoir, il faut
appliquer. Il ne suffit pas de
vouloir, il faut faire. »*

Goethe (Traduction libre)

Merci !