



Fondation canadienne pour
**l'amélioration des
services de santé**

Une stratégie novatrice en transformation organisationnelle :

la création et la mise en œuvre d'un bureau
de soutien à la transition au sein d'un centre
universitaire de santé

Mars 2013

Mélanie Lavoie-Tremblay

Marie-Claire Richer

Monique Aubry

Alain Biron

Michel Vézina

Madelaine Boulay-Bolduc

Patricia Lefebvre

Micheline St-Marie

Guyline Cyr

Jean-Louis Denis

Financé par :

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
Linking Evidence to Action on Decisions (LEAD) Competition 2009



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

cfhi-fcass.ca

REMERCIEMENTS

Nous remercions la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) et le Centre universitaire de santé McGill pour leur appui à la réalisation de cette étude. Nous remercions également les membres du Comité aviseur pour leur appui tout au long de cette étude. Enfin, nos remerciements s'adressent aussi à toutes les personnes qui ont bien voulu nous rencontrer tout au long de cette recherche.

Ce document est disponible à www.cfhi-fcass.ca.

Le présent rapport est publié par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé ou FCASS. La FCASS a pour mandat d'accélérer l'amélioration et la transformation des services de santé pour les Canadiens et les Canadiennes et est financée selon une entente avec le gouvernement du Canada. Les opinions exprimées par les auteurs ne représentent pas nécessairement celles de la FCASS ou du gouvernement du Canada.

ISBN 978-1-927024-88-1

Une stratégie novatrice en transformation organisationnelle : la création et la mise en œuvre d'un bureau de soutien à la transition au sein d'un centre universitaire de santé © Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2013.

Tous droits réservés. Cette publication peut être reproduite, en tout ou en partie, à des fins non commerciales seulement, à condition que le contenu original de la publication ou une partie de la publication ne soit pas modifié de quelque façon que ce soit sans la permission écrite de la FCASS. Pour obtenir une telle autorisation, veuillez communiquer par courriel à info@cfhi-fcass.ca

Veuillez utiliser la formule de mention suivante : « Reproduit avec la permission de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, tous droits réservés, mars 2013. »

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
1565, avenue Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1

Courriel : info@cfhi-fcass.ca
Téléphone : 613-728-2238
Télécopieur : 613-728-3527

Pour contacter la chercheuse principale :

Mélanie Lavoie-Tremblay, inf. Ph.D.
Professeure adjointe,
École des sciences infirmières.

Université McGill,
3506, rue University
Montréal (Québec)
H3A 2A7

Tél. : 514 398-8161

Télec. : 514 398-8455

Courriel : melanie.lavoie-tremblay@mcgill.ca

Pour contacter la décideuse principale :

Marie-Claire Richer, inf. Ph.D.
Directrice du Bureau de soutien à la transition
Courriel : marie-claire.richer@muhc.mcgill.ca

Mélanie Lavoie-Tremblay,
Université McGill

Marie-Claire Richer,
Centre universitaire de santé McGill

Monique Aubry,
Université du Québec à Montréal

Alain Biron,
Centre universitaire de santé McGill

Michel Vézina,
Hautes études commerciales (HEC)

Madeleine Boulay-Bolduc,
Centre universitaire de santé McGill

Patricia Lefebvre
Centre universitaire de santé McGill

Micheline St-Marie
Centre universitaire de santé McGill

Gyslaine Cyr
Université McGill

Jean-Louis Denis
École nationale d'administration publique (ENAP)

Membres du Comité avisé :

Charles Sounan, Centre universitaire de santé McGill
Martine Mayrand Leclerc, Université du Québec en Outaouais
Chantal Viens, Université Laval
Denis Lagacé, Département de génie industriel, Université du Québec à Trois-Rivières
Alain Lesage, Université de Montréal
Liette St-Pierre, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières
Carolle Turcotte, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Jeanne-Évelyne Turgeon, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Clermont Gignac, ministère de la Santé et des Services sociaux
Patrick Pressoir, ministère de la Santé et des Services sociaux
Claude Fortin, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
Ginette Leblanc, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
Michèle Pelletier, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
Micheline Ulrich, Centre hospitalier universitaire de Montréal
Sylvie Lavallée, Centre hospitalier universitaire de Montréal
Joanne Brodeur, Centre universitaire de santé McGill
Marie-France Noël, Centre universitaire de santé McGill
Ann Lynch, Centre universitaire de santé McGill
Carole St-Hilaire, Centre universitaire de santé McGill
Suzanne Lanctôt, CSSS Jeanne-Mance
Jacquie Lemaire, Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada
Ginette Rodger, Hôpital d'Ottawa
Eva Szczerba, Quality Worklife-Quality Healthcare Collaborative
Edouard Hendriks, Régie régionale de la santé B, Nouveau-Brunswick

Étudiants et assistants de recherche :

Arielle Bonneville Roussy
Caroline Marchionni
Mariama Deme
Elodie Casteras
Daniela Abasolo

TABLE DES MATIÈRES

Messages principaux	IV
Résumé.....	V
Contexte	1
Le Bureau de soutien à la transition du CUSM.....	1
Bureau de projet dans le secteur de la santé	2
Implications	3
Approche méthodologique.....	3
Devis général.....	3
Diffusion des résultats	6
Résultats	6
Principales fonctions du BST	6
Contribution du BST à la performance organisationnelle	9
Contribution du BST à la performance : analyse qualitative.....	9
Contribution du BST à la performance : analyse quantitative	11
Le cas des bactériémies associées aux cathéters centraux (BACC) au CUSM.....	15
Ressources additionnelles.....	16
Publications.....	16
Recherche approfondie	16
Références bibliographiques	17

MESSAGES PRINCIPAUX

- Le besoin d'information pour guider la mise en œuvre du changement a été identifié par les décideurs en matière de soins de santé depuis plusieurs années et est toujours un besoin actuel.
- On observe, étant donné le nombre croissant de projets de grande envergure et la complexité du système de la santé, que la gestion de projet connaît actuellement un essor remarquable.
- En 2008, le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) a mis en place un Bureau de soutien à la transition (BST) dans le cadre de son projet de redéveloppement qui implique la réorganisation des soins et services de six (6) sites hospitaliers actuels vers trois (3) sites.
- Le BST est composé d'une directrice et de plus de 30 experts en gestion de projet, évaluation, gestion du changement, optimisation des processus, communication, gestion des connaissances (courtier de connaissances) et étudiants au doctorat.
- Le BST a accompagné plus de 35 projets d'envergure et développé un programme d'accompagnement novateur qui cible trois types de projet : l'harmonisation des pratiques cliniques, la consolidation d'équipe et l'optimisation des processus.
- Nos principaux résultats démontrent l'importance d'avoir des ressources dédiées au sein d'un bureau tel que le BST, afin de soutenir les équipes dans la mise en œuvre de leurs projets dans un contexte de redéploiement majeur.
- Le BST aide à surmonter des obstacles bien connus à la mise en œuvre de pratiques basées sur les données probantes, comme le manque de ressources, le manque de temps, la motivation du personnel.
- Les ressources dédiées du BST sont reconnues au CUSM pour leurs compétences, expertise et crédibilité. De plus, le BST a développé des fonctions essentielles qui contribuent au soutien des équipes, à l'avancement des projets et au succès du projet de redéploiement. Il s'agit du suivi et de la performance des projets, de la gestion de projet et du changement, et de la gestion des connaissances.
- Pour démontrer la valeur ajoutée du BST, il a été nécessaire de repenser la façon dont l'organisation gère ses portefeuilles de projets afin d'obtenir des renseignements valides et fiables au sujet de sa performance du point de vue des projets. Le BST a développé, en partenariat avec le département de qualité et performance, un cadre théorique d'évaluation de la performance pour évaluer chacun des projets.
- Grâce à leur accompagnement, les experts du BST permettent d'améliorer les pratiques et les patients reçoivent ainsi des soins plus sécuritaires et de meilleure qualité.
- Un bureau de gestion de projet peut être déployé efficacement pour élaborer des stratégies visant à assurer une meilleure mise en œuvre dans le contexte d'un important projet de redéveloppement. La mise en place d'un bureau de gestion de projet au sein d'organisations de soins de santé est réalisable et donne lieu à des changements parmi les équipes de soins de santé et en matière de soins aux patients.

RÉSUMÉ

Le besoin d'information pour guider la mise en œuvre du changement a été identifié par les décideurs en matière de soins de santé depuis plusieurs années et est toujours un besoin actuel. En effet, les recherches indiquent qu'en dépit des efforts déployés pour améliorer les pratiques en gestion du changement, leurs taux de succès demeurent faibles, se situant aux environs de 33 %. Compte tenu du taux considérablement élevé d'échecs dans la concrétisation de transformations majeures au sein d'organisations, des stratégies efficaces pour réussir des changements sont nécessaires. Ces transformations sont complexes et exigent une approche de gestion attentive à la planification et au contrôle simultané des multiples facettes que comportent des changements aussi profonds. Pour cette raison, la création de Bureau de projets (BdP) a été proposée comme une avenue intéressante pour le succès d'un changement organisationnel.

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) a créé en 2008 le Bureau de soutien à la transition (BST). Le BST est un BdP mis en place pour appuyer les équipes impliquées dans le redéploiement du CUSM et leur offrir une aide active. Il répond à la volonté de la direction du CUSM d'assurer une transition efficiente lors de son projet de redéploiement et de viser l'excellence en mettant en place des pratiques cliniques et organisationnelles efficaces et innovantes. La qualité et la sécurité des soins aux patients seront au centre des préoccupations et des actions de tous. Le défi est important en raison de la taille du redéploiement. Plus de 10 000 employés seront touchés d'une façon ou d'une autre au cours des prochaines années. De six sites, le CUSM passera à trois, dont un complètement nouveau, le site Glen. Dans de nombreux cas, il s'agira de fusionner des équipes dont les méthodes de fonctionnement sont différentes.

Le BST regroupe plus de 30 membres soit, une directrice, des courtiers de connaissances, des experts en données probantes, des gestionnaires de projet et du changement, des experts en évaluation, révision des processus et en communication. Le BST a développé un programme qui se base sur les données probantes et sur son expérience d'accompagnement de plus de 35 projets d'envergure. Le BST a développé trois types d'accompagnement selon le contexte ainsi que les projets les plus fréquents au sein de l'organisation. Il s'agit de l'harmonisation des pratiques cliniques, la consolidation d'équipe et l'optimisation des processus. Le BST a développé au cours des dernières années des fonctions essentielles pour accompagner avec succès les équipes dans le cadre d'un redéploiement majeur. Malgré un contexte qui amène des défis liés au manque d'informations sur les nouveaux changements à venir, la résistance aux changements, les ressources limitées dédiées à l'accompagnement des équipes, le BST a réussi à soutenir et à motiver les équipes impliquées dans plus de 35 projets. Les principales fonctions du BST qui contribuent à l'implantation des projets sont : l'évaluation des résultats et de la performance des projets, la gestion de projet et du changement et la gestion des connaissances.

La performance des projets est un enjeu prioritaire au CUSM. En partenariat avec le département de la performance et qualité, le BST a développé un cadre théorique d'évaluation de la performance des projets et du BST. L'une des principales raisons qui sous-tendent l'adoption d'un cadre théorique d'évaluation de la performance par le BST est d'assurer la cohérence à l'échelle du CUSM. L'adoption d'un cadre théorique d'évaluation de la performance appuie cette intégration en orientant l'évaluation de dimensions particulières de la performance qui sont importantes pour l'organisation. Chacune des dimensions définit les domaines qui seront évalués par les équipes du projet de transition. L'adoption d'un cadre théorique commun d'évaluation de la performance appuie en outre les équipes en permettant d'organiser, et donc de faciliter, l'utilisation des systèmes de données disponibles au sein du CUSM. Les équipes mentionnent que le soutien offert par les experts dédiés en matière d'évaluation du BST a jeté les bases qui ont permis à la culture de mesure d'émerger pleinement.

Les équipes soulignent qu'elles ne pourraient pas faire les changements sans le soutien du BST. Les membres du BST facilitent la réalisation des projets, car ils apportent une énergie et l'orientation requise pour maintenir les équipes sur la bonne voie et ils organisent les données et les documents pour les aider à prendre des décisions et à avancer. Les membres du BST sont des ressources et experts disponibles pour soutenir les équipes dans la réalisation des projets. Les équipes n'ont pas le temps de réaliser des projets en raison de leur charge de travail actuelle. Les équipes ont réussi à changer leurs pratiques basées sur les données probantes et ont acquis des connaissances en gestion de changement avec les membres du BST qu'elles pourront transférer à leur pratique. La neutralité et la crédibilité des experts du BST favorisent l'engagement des équipes de projets provenant de différents sites et cultures. Enfin, les experts du BST permettent d'améliorer les pratiques, et les patients reçoivent ainsi des soins plus sécuritaires et de meilleure qualité. Les transformations majeures au sein de notre réseau de la santé offrent des possibilités d'amélioration des soins et des services auprès de la population. Toutefois, l'accompagnement des équipes et des gestionnaires est essentiel pour faciliter la mise en œuvre des projets, leur succès et leur contribution à la performance organisationnelle. Le BST a réussi à développer un programme d'accompagnement qui regroupe l'expertise nécessaire auprès des équipes dans un contexte de redéploiement majeur.

CONTEXTE

Le besoin d'information pour guider la mise en œuvre du changement a été identifié par les décideurs en matière de soins de santé depuis plusieurs années et est toujours un besoin actuel (FCRSS, 2008; Stetler, Ritchie, Rycroft-Malone, Schultz, et Charns, 2009; Walston, Lazes, et Sullivan, 2004). En effet, les recherches indiquent qu'en dépit des efforts déployés pour améliorer les pratiques en gestion du changement, leurs taux de succès demeurent faibles, se situant aux environs de 33 % (Smith, 2002). Compte tenu du taux considérablement élevé d'échecs dans la concrétisation de transformations majeures au sein d'organisations, des stratégies efficaces pour réussir des changements sont nécessaires (Collerette, 2008). Ces transformations sont complexes et exigent une approche de gestion attentive à la planification et au contrôle simultané des multiples facettes que comportent des changements aussi profonds (Van de Ven et Sun, 2011). Pour cette raison, la création de Bureau de Projets (BdP) a été proposée comme une avenue intéressante pour le succès d'un changement organisationnel (Aubry, Hobbs, et Thuillier, 2008; Caldwell, 2003; Hobbs, Aubry, et Thuillier, 2008). Notre projet de recherche s'inscrit parfaitement dans cette perspective et vise à étudier la mise en œuvre d'un BdP au Centre universitaire de santé McGill (CUSM) dans le contexte d'un projet d'envergure de redéploiement.

Le Bureau de soutien à la transition du CUSM

Le CUSM, établi à Montréal (Québec), est l'un des centres hospitaliers universitaires les plus complets en Amérique du Nord. Le CUSM regroupe six hôpitaux d'enseignement affiliés à la Faculté de médecine de l'Université McGill : l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital Royal Victoria, l'Hôpital et l'Institut neurologiques de Montréal et l'Institut thoracique de Montréal. Les plus récents membres du CUSM sont l'hôpital de Lachine et le Pavillon Camille-Lefebvre.

Le BdP au CUSM se nomme le Bureau de soutien à la transition (BST). Le BST a été mis en place en 2008 pour appuyer les équipes impliquées dans le redéploiement du CUSM et leur offrir une aide active. Il répond à la volonté de la direction du CUSM d'assurer une transition efficace lors de son projet de redéploiement et de viser l'excellence en mettant en place des pratiques cliniques et organisationnelles efficaces et innovantes. La qualité et la sécurité des soins aux patients seront au centre des préoccupations et des actions de tous. Le défi est important en raison de l'ampleur du redéploiement. Plus de 10 000 employés seront touchés d'une façon ou d'une autre au cours des prochaines années. De six sites, le CUSM passera à trois, dont un complètement nouveau, le site Glen. Dans de nombreux cas, il s'agira de fusionner des équipes dont les méthodes de fonctionnement sont différentes.

Le BST regroupe une directrice, des courtiers de connaissances, des experts en données probantes, des gestionnaires de projet et du changement, des experts en évaluation, révision des processus et communication. Les membres du BST ont développé un programme d'appui à la transition pour les décideurs/gestionnaires et les équipes impliqués dans des projets d'optimisation des services de santé en lien avec le projet de redéveloppement afin de leur offrir une aide en terme de gestion de projet et d'accès aux données probantes liées à leur intervention. Ce programme se base sur les données probantes et l'expérience du BST suite à l'accompagnement de plus de 35 projets d'envergure. Le BST a développé trois types d'accompagnement selon les projets les plus fréquents au sein de l'organisation. Il s'agit de l'harmonisation des pratiques cliniques, la consolidation d'équipe et l'optimisation des processus. Accompagnée d'une méthodologie novatrice de rendement du capital investi, la démarche d'accompagnement du BST crée une valeur ajoutée grâce à :

1. l'encadrement du projet par le BST;
2. l'attribution d'experts dédiés selon les besoins du projet;
3. l'engagement de « champions » cliniques;
4. des rôles clairement définis, un arbre décisionnel et des indicateurs liés à la qualité et à la performance;
5. la rétroaction le plus près possible du temps réel;
6. le partage des nouvelles connaissances acquises;
7. la valorisation de l'amélioration continue de la performance.

Elle permet notamment :

- ▀ d'accélérer le processus de changement organisationnel;
- ▀ d'optimiser l'acquisition et le transfert de connaissances;
- ▀ de garantir de meilleurs résultats;
- ▀ de développer une capacité organisationnelle;
- ▀ de mettre en place les processus nécessaires pour assurer la pérennité.

En adoptant une approche basée sur les principes directeurs du *Corpus de connaissances en gestion de projet* (PMI, 2008) du Project Management Institute, le BST s'assure d'utiliser des normes et pratiques reconnues pour procéder à la planification, à l'exécution, au suivi et à l'évaluation de ses projets. Des objectifs précis ainsi qu'un plan d'évaluation, qui inclut des indicateurs de qualité et de performance, sont établis pour chacun des projets afin d'estimer l'atteinte des résultats attendus (Biron et coll., 2012). De plus, une structure décisionnelle est établie par la création d'un comité de coordination composé de personnes clés dans l'organisation.

Bureau de projet dans le secteur de la santé

Indépendamment du nom qui lui est donné (ex. : bureau de gestion de projet, Bureau de projet organisationnel, Bureau de soutien à la transition, etc.), le BdP est une entité mise en place au sein de l'organisation afin d'aider les différents acteurs d'un projet (décideurs, gestionnaires de projets, équipes, etc.) à mettre en œuvre les principes, pratiques, méthodes, outils et techniques de gestion de projets (Dai et Wells, 2004). Contrairement aux approches plus traditionnelles de gestion, le BdP se concentre sur les projets (et non pas les opérations) et sur les changements qui en découlent. Les projets sont temporaires, mais pour réussir, ils requièrent l'engagement d'une grande variété de parties prenantes. Le BdP centralise certaines fonctions et oriente les actions des multiples parties prenantes vers un objectif commun. On observe, étant donné le nombre croissant de projets de grande envergure et la complexité du système de la santé, que la gestion de projet connaît actuellement un essor remarquable. Elle dépasse aujourd'hui l'application pure et simple d'un ensemble d'outils et de techniques, pour s'approcher du niveau stratégique de l'organisation (Aubry, Richer, Lavoie-Tremblay et Cyr, 2011).

Il ne s'agit plus de gérer des projets en technologie de l'information (p. ex. implantation d'un logiciel), mais de soutenir des changements de pratiques cliniques et organisationnelles. En effet, on voit apparaître depuis quelques années des BdP au sein d'établissements de santé afin d'accompagner des transformations organisationnelles. Cette stratégie s'inscrit dans les recommandations de Rondeau (2008) sur la mise en œuvre de changements complexes. En effet, Rondeau (2008) conclut que la réalisation d'une transformation majeure requiert la mise en place d'une démarche de gestion distincte de la conduite des affaires courantes de l'organisation.

De récentes recherches multisectorielles rendent disponibles des résultats probants sur les caractéristiques des BdP, leurs rôles et fonctions, la performance ainsi que leur dynamique de changement. En effet, dans une étude sur les BdP, Hobbs et Aubry (2007) ont trouvé que 36 % de leur échantillon de 500 BdP provenait du secteur public parmi lesquels 5 % seulement représentant le secteur de la santé. Pourtant, dans le secteur de la santé, on reconnaît en ce moment un besoin pressant de déterminer les meilleures pratiques de gestion de projet et du changement. Ainsi, notre question de recherche est :

Comment le BST contribue-t-il à des changements optimaux de pratiques visant de meilleurs résultats pour les patients, les intervenants, la société (performance organisationnelle) dans un contexte de redéploiement majeur?

- a. Quel est le niveau de mise en œuvre du BST?
- b. Quelles sont les retombées du BST?
- c. Quelles sont les conditions contextuelles qui facilitent ou entravent les retombées du BST?

IMPLICATIONS

Nos principaux résultats démontrent l'importance d'avoir des ressources dédiées, comme le BST, afin de soutenir les équipes dans la mise en œuvre de leurs projets dans un contexte de redéploiement majeur. Les ressources dédiées du BST sont reconnues au CUSM pour leurs compétences, leur expertise et leur crédibilité. De plus, le BST a développé des fonctions essentielles qui contribuent au soutien des équipes, à l'avancement des projets et au succès du projet de redéploiement. Il s'agit du suivi et de la performance des projets, de la gestion de projet et du changement et de la gestion des connaissances.

APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Devis général

Le devis général est l'étude de cas (Yin, 2009) avec niveaux imbriqués (niveaux stratégique, tactique et opérationnel). La collecte de données a été réalisée auprès de plusieurs sources et est guidée par notre modèle théorique illustrant les liens entre les effets désirés, le niveau de mise en œuvre et le contexte (Denis et Champagne, 1992). La collecte couvre une période de deux ans, soit au début de la mise en œuvre du BST et deux ans après. Plusieurs instruments de collecte de données ont été utilisés : entrevue individuelle, entrevue de groupe, questionnaire et analyse de documents administratifs. Un total de 84 entrevues ont été réalisées (voir tableaux 1 et 2).

Tableau 1 Profil sociodémographique des membres du bureau de soutien à la transition et des partenaires du comité exécutif du CUSM

Caractéristiques		T1		T2	
		Membres du Bureau de soutien à la transition	Partenaires du comité exécutif	Membres du Bureau de soutien à la transition	Partenaires du comité exécutif
Période d'entrevues		21 janvier au 3 mars 2010	4 mars au 14 avril 2010	14 au 23 mars 2011	4 au 10 février 2011
Personnes interrogées	Nombre	11	11	12	11
	Pourcentage de participation	100 %	69 %	67 %	61 %
Sexe	Féminin	10	9	11	7
	Masculin	1	2	1	4
Âge moyen (en années)		41	54	43	55
Diplôme d'études	Premier cycle	2	3	2	2
	Maîtrise	7	6	7	7
	Doctorat	2	2	2	1
	Autre	–	–	1	1
Niveau d'emploi	Expert ¹	6	–	7	–
	Cadre intermédiaire	–	3	4	–
	Directeur	1	8	1	11
	Gestionnaire de projet	4	0	4	0
Temps moyen d'occupation de l'emploi actuel (en mois)		13	65	18	80
Type d'emploi	Temps plein	7	11	10	10
	Temps partiel	4	0	2	1

Tableau 2 Profil sociodémographique des membres des équipes de projet du CUSM

Caractéristiques		T1	T2
		Membres des équipes de projet	Membres des équipes de projet
Période d'entrevues		Septembre à novembre 2010	Septembre à novembre 2011
Nombre de participants		13	26
Sexe	Masculin	30,8 % (N = 4)	23,1 % (N = 26)
	Féminin	69,2 % (N = 9)	76,9 % (N = 20)
Âge moyen			48,3 (N = 26)
Niveau de scolarité	Technique / DEC	15,4 % (N = 2)	7,7 % (N = 2)
	Baccalauréat	23,1 % (N = 3)	23,1 % (N = 6)
	Maîtrise	38,5 % (N = 5)	42,3 % (N = 11)
	Doctorat	23,1 % (N = 3)	26,9 % (N = 7)
Fonction	Directeur	23,1 % (N = 3)	23,1 % (N = 6)
	Gestionnaire	46,2 % (N = 6)	26,9 % (N = 7)
	Expert conseil / conseiller	23,1 % (N = 3)	19,2 % (N = 5)
	Autre	7,7 % (N = 1)	30,8 % (N = 8)
Nombre d'années dans cette fonction (moyenne)			8,4 (N = 25)
Emploi	Temps plein	92,3 % (N = 12)	84,6 % (N = 22)
	Temps partiel	7,7 % (N = 1)	11,5 % (N = 3)
	Occasionnel à plein temps	0	3,8 % (N = 1)

Dans cette étude, la stratégie d'analyse est « l'appariement de modèle » qui implique la comparaison d'une configuration prédite à partir d'un modèle théorique avec une configuration empirique observée (Yin, 2009). L'analyse des données a été réalisée à partir de comptes rendus textuels des entrevues individuelles, des notes prises pendant les entrevues et de résumés de documentation. Une analyse de contenu a été effectuée au moyen de la méthode proposée par Miles et Huberman (1994), comportant trois flux d'activité simultanés : réduction de données; visualisation de données; et établissement de conclusions et vérification. Au cours de la première étape, toutes les données ont été lues en vue d'en tirer des impressions générales. Par la suite, les thèmes ont été regroupés par catégories puis ont été intégrés au modèle théorique afin de relever des tendances selon un mode déductif reposant sur le modèle et d'autre part, selon un mode inductif permettant de modifier ou compléter le modèle (Yin, 2009).

Diffusion des résultats

Nous avons travaillé conjointement avec les décideurs partenaires et notre comité aviseur dans le cadre de cette étude. Par exemple, la collaboration entre les chercheurs et les décideurs du BST et du département de la qualité et performance du CUSM a permis de développer un modèle théorique d'évaluation du BST¹ publié dans le journal *Healthcare Quarterly*. De plus, un outil d'évaluation de la valeur ajoutée a été développé et validé afin d'estimer le rendement du capital investi (retour sur investissement) des différents projets soutenus par le BST. Les modèles et les outils développés à partir des résultats de la recherche ont été partagés avec notre comité aviseur tout au long du projet. Ces rencontres ont permis d'échanger des connaissances et des expériences et de cerner des besoins de transfert de connaissances. Par exemple, plusieurs questions sur la gestion de portefeuille de projets ont été soulevées par les décideurs lors d'une rencontre du comité aviseur. Ainsi, nous avons développé un atelier sur le sujet, animé par des experts du milieu universitaire et organisationnel auprès de 30 décideurs du réseau de la santé.

RÉSULTATS

Un premier résultat issu de la recherche est de décrire la mise en œuvre du BST et le contexte. Le BST regroupe actuellement plus de 30 membres qui ont développé au cours des dernières années des fonctions essentielles pour accompagner avec succès les équipes dans le cadre d'un redéploiement majeur. Malgré un contexte qui amène des défis liés au manque d'informations sur les nouveaux changements à venir, la résistance aux changements, les ressources limitées dédiées à l'accompagnement des équipes, le BST a réussi à soutenir et à motiver les équipes impliquées dans plus de 35 projets d'envergure. Les principales fonctions du BST identifiées par les participants sont : la performance des projets, la gestion de projet et du changement et la gestion des connaissances.

Principales fonctions du BST

Soutenir l'évaluation de projets pour un changement de culture de la mesure de la performance

L'étude du BST a permis de réaliser l'importance de la mesure de la performance dans le contexte de santé actuel. On estime que l'attention croissante qui est maintenant accordée à l'évaluation de la performance en matière de soins de santé découle d'une demande accrue de responsabilisation dans un contexte de dépenses grandissantes en soins de santé (Adair et coll., 2006). Le BST a, en partenariat avec le département de qualité et de la performance, développé un cadre théorique d'évaluation de la performance du BST

¹ Biron A., Vezina M., St-Hilaire C., Lavoie-Tremblay, M. and Richer, M.C. (2012) Performance Measurement role in a major redevelopment project: The case of the McGill University Health Centre Transition Support Office. *Healthcare Quarterly*, 15(1), 34-40.

(Biron et coll., 2012). Il n'est guère surprenant que la nécessité d'une responsabilisation ait été le principal élément moteur de l'élaboration d'un cadre théorique d'évaluation de la performance au CUSM. Le BST est financé à même le projet de redéveloppement par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Le budget du Bureau de soutien à la transition représente approximativement 1 % de cette initiative de redéveloppement de 1,6 milliard de dollars. Le MSSS attend une démonstration de la valeur ajoutée du financement du BST. Pour démontrer la valeur ajoutée du BST, il a été nécessaire de repenser la façon dont l'organisation gère ses portefeuilles de projets afin d'obtenir des renseignements valides et fiables au sujet de sa performance du point de vue des projets. L'une des principales raisons qui sous-tendent l'adoption d'un cadre théorique d'évaluation de la performance par le BST est d'assurer la cohérence à l'échelle du CUSM dans son ensemble (Groene, Klazinga, Kazandjian, Lombrail, et Bartels, 2008). L'adoption d'un cadre théorique d'évaluation de la performance appuie cette intégration en orientant l'évaluation de dimensions particulières de la performance qui sont importantes pour l'organisation. Chacune des dimensions définit les domaines qui seront évalués par les équipes du projet de transition. L'adoption d'un cadre théorique commun d'évaluation de la performance appuie en outre les équipes en permettant d'organiser, et donc de faciliter, l'utilisation des systèmes de données disponibles au sein du CUSM. De plus, les équipes mentionnent que le soutien offert par les experts dédiés en matière d'évaluation du BST a jeté les bases qui ont permis à la culture de mesure d'émerger pleinement (Lavoie-Tremblay et coll., 2012). Le cadre théorique d'évaluation et de nombreux outils ont été adoptés pour favoriser ce changement de culture. Ces outils facilitent l'utilisation systématique de la mesure de la performance, ce qui permet éventuellement de cerner les possibilités d'amélioration et de déterminer si des améliorations sont réellement survenues à la suite de la mise en œuvre des interventions. Les améliorations au niveau des projets influenceront directement sur les indicateurs au niveau organisationnels qui démontrent la valeur ajoutée du BST. En fin de compte, cette valeur ajoutée se traduit par l'amélioration des soins aux patients.

[...] le Bureau de soutien à la transition offre un grand soutien [...] X a fourni un grand soutien [...] Et je sais qu'il en va de même de Y [...] Il a offert un grand soutien. Et il continue de le faire, vous savez. Il continue de participer aux réunions et il continue [...] d'appuyer et d'examiner différentes méthodes d'évaluation et [...] À différentes étapes [...] Il s'agit d'une évaluation continue et elle est donc très utile.

Les équipes de projets soulignent que les membres du BST facilitent la réalisation des projets, car ils apportent une énergie et l'orientation requise pour les maintenir sur la bonne voie, ils organisent les données et les documents pour aider l'équipe à prendre des décisions et à avancer. Le modèle du BST procure aux équipes de projet une structure et des conseils d'experts, assurant ainsi un meilleur contrôle des mesures à prendre et par le fait même, le succès du projet. Les membres du BST sont des ressources et experts disponibles pour soutenir les équipes dans la réalisation des projets. Les équipes n'ont pas le temps de réaliser des projets en raison de leur charge de travail actuelle. Plusieurs équipes de projet soulignent qu'elles ne pourraient pas faire les changements sans le soutien du BST. De plus, des participants mentionnent qu'ils ont acquis des connaissances en gestion de changement avec les membres du BST qu'ils pourront transférer à leur pratique. Le BST aide à surmonter des obstacles bien connus à la mise en œuvre de pratiques basées sur les données probantes, comme le manque de ressources, le manque de temps, la motivation du personnel (Ploeg et coll., 2007; Rycroft-Malone et coll., 2004; Lavoie-Tremblay et coll., 2012). Les responsables des projets, que le BST soutient, reçoivent une expertise et des ressources organisationnelles qui sont jugées essentielles à la création de systèmes d'apprentissage (Kitson, 2009). À leur tour, les employés se voient allouer davantage de temps et reçoivent une formation et une expertise accrues pour mettre en œuvre les innovations (Retsas, 2000).

Alors, ils vont vraiment regarder qu'est-ce qu'on fait? Pourquoi fait-on ça? Est-ce qu'il y a une autre façon de travailler? [...] Ils ont examiné les processus puis tout ça, puis beaucoup d'améliorations qui peuvent être faites.

[...] ils ont une vue d'ensemble de la situation à l'externe, parce que souvent, les équipes, les gens participent personnellement, et ils ne voient pas d'autres façons de faire les choses. Par conséquent, le BST [...] ils évaluent, ils analysent, c'est très méthodique [...] et ils présentent un aspect qui indique : voici ce que nous avons constaté, voici ce que nous observons ailleurs [...] C'est très utile.

Le soutien pour ce qui est de fournir la structure. Le plan de gestion de projet leur fournit une structure. Il leur fournit une orientation. Il leur fournit un cadre théorique [...] et le soutien en matière d'expertise et de gestion de processus, de gestion du changement, les courtiers de connaissances. Une équipe de soutien est à leur disposition pour les aider.

Soutenir la prise de décision basée sur les données probantes

Le BST offre une avenue intéressante pour appuyer le changement dans les pratiques basées sur les données probantes. Le rôle du BST consiste notamment à jouer un rôle pratique (p. ex. recueillir des données) et un rôle plus complexe à multiples facettes (p. ex. aider, habiliter les équipes à prendre des décisions basées sur les données probantes) [Harvey et coll., 2002]. Les participants mentionnent que le BST a un rôle important à jouer en donnant accès aux données probantes issues de l'analyse documentaire et en recueillant des indicateurs locaux afin de fournir différentes sources de données probantes pertinentes à l'équipe en vue de l'appuyer dans la prise de décision basée sur les données probantes et dans l'élaboration de lignes directrices. Plusieurs participants soulignent qu'ils ne pourraient pas faire le changement sans le soutien du BST. Ils mentionnent qu'ils ont réussi à changer leurs pratiques basées sur les données probantes. De plus, des participants mentionnent qu'ils ont acquis des connaissances en gestion de changement avec les membres du BST qu'ils pourront transférer à leur pratique. Le modèle du BST enrichit les compétences et les connaissances des gestionnaires et celles des équipes de projet, qui considèrent que l'examen des processus fondé sur les données probantes est un moyen d'apprentissage intéressant et stimulant qui leur permet d'améliorer les méthodes tout en procurant des avantages aux patients, et de renforcer les compétences à l'interne tout en transférant leurs connaissances nouvellement acquises.

Il n'existait pas de vocabulaire commun, il n'existait pas de données probantes pour les médecins, le personnel infirmier [...] Les gens ont aussi demandé : que signifie « données probantes »? En anglais, on parle d'« evidence », mais les gens ne disposent pas tous du même niveau d'« evidence », mais tout peut constituer des « données probantes ». Qu'est ce que cela signifie? [...] on a donc établi un vocabulaire commun, mais il n'est toujours pas utilisé par tout le monde [...] Mais au moins, nous disposons maintenant d'un vocabulaire commun et chaque personne a commencé à s'ouvrir à de nouvelles formes de données.

[...] ils appellent ça des courtiers de connaissances, c'est-à-dire qu'ils vont regarder ce qui existe dans la littérature pour être capables d'en faire une synthèse, basée sur des évidences, pour ensuite permettre le développement de lignes directrices qui ne sont pas [...] qui ne tombent pas du plafond.

Ainsi, le fait que j'entretienne des liens assez étroits avec le BST est idéal. C'est idéal. Parce que cela me permet aussi de me renseigner sur les outils et les pratiques liés à la transition, qui sont très structurés et rigoureux. Et je peux mettre ces outils en place dans l'hôpital même.

Un deuxième résultat cible les retombées du BST, c'est-à-dire sa contribution à la performance organisationnelle.

Contribution du BST à la performance organisationnelle

Le CUSM et plusieurs établissements de santé sont confrontés à des défis qui les incitent à améliorer leur performance et ce, dans un contexte budgétaire hyper-restreint. Ce contexte ajoute un défi supplémentaire aux centres hospitaliers universitaires qui doivent répondre à des demandes croissantes pour des soins et services de fine pointe exigeant l'utilisation de technologies et de modes d'interventions coûteux. Le cadre théorique des valeurs concurrentes est très susceptible de favoriser la discussion sur la performance du bureau de gestion de projet (BGP). Au lieu d'opter pour un seul ensemble de critères et de rejeter tous les autres points de vue sur la performance, il reconnaît la diversité. Cela est particulièrement pertinent dans le secteur des soins de santé, où il existe un paradoxe entre, d'une part, l'accent mis par le gouvernement sur l'efficacité, la productivité, le contrôle des coûts, et le rendement du capital investi et, d'autre part, le personnel soignant qui valorise en premier lieu les soins aux patients. Ce cadre théorique a été utilisé pour évaluer la contribution des bureaux de gestion de projet à la performance organisationnelle globale (Aubry et Hobbs, 2011; Helfrich et coll., 2007). Il existe quatre quadrants : modèle de relations humaines; modèle de système ouvert; modèle de processus internes et modèle d'objectifs rationnels. Le modèle de relations humaines valorise les gens et met l'accent sur la cohésion et le moral parmi les ressources humaines. Le modèle de système ouvert met l'accent sur la souplesse, la croissance, et la compétitivité externe. Le modèle de processus internes fait ressortir la communication et la gestion internes. Il accorde la priorité à la stabilité et au contrôle. En dernier lieu, le modèle d'objectifs rationnels associe l'efficacité à l'établissement et à l'atteinte d'objectifs, ainsi qu'à la productivité. Il ressort des entrevues qualitatives auprès de tous les participants que le BST contribue à la performance globale (Lavoie-Tremblay et coll., 2012; Aubry et coll. 2011).

Contribution du BST à la performance : Analyse qualitative

Modèle de relations humaines

Le modèle de relations humaines contribue à la performance organisationnelle en valorisant les gens, et met l'accent sur la cohésion et le moral parmi les ressources humaines. Les participants du BST et des équipes de projet ont mentionné plusieurs effets positifs par rapport à ce modèle. Le programme du BST permet de valoriser le personnel, de perfectionner les compétences et de favoriser la cohésion au sein de l'organisation. Le BST établit des liens entre les cadres supérieurs, le personnel de mission et le personnel sur le terrain, et entre les membres d'une même équipe ou les membres de différentes équipes.

Je crois que le fait de disposer de gens comme nous pour appuyer les projets, bien, je crois que cela permet de faire avancer les projets beaucoup mieux qu'on ne pourrait le faire autrement. Non pas parce que les gens ne veulent pas ou, vous savez, c'est simplement [...] La réalité est que, lorsqu'on n'affecte personne à ce type de travail, quelqu'un doit s'en charger en plus d'accomplir les nombreuses autres tâches qui lui incombent. Cette personne ne peut donc pas s'investir autant dans ce travail et elle ne peut – elle ne peut tout faire.

Modèle de processus internes

Les participants ont aussi mentionné l'impact positif du modèle de processus internes, comme le fait qu'il procure une structure et des conseils d'experts, assurant ainsi un meilleur contrôle des mesures à prendre et par le fait même, le succès du projet.

[...] la gestion de projet exige une expertise particulière. Oui, vous êtes en mesure de réfléchir à des projets, à titre de clinicien, et vous dites ensuite : nous pouvons éventuellement réaliser des projets, mais il existe aussi des méthodologies et des façons de faire les choses [...] Ce que cela permet, aussi, est de charger les bonnes personnes possédant les qualités requises d'accompagner ces projets [...] de dire que nous devons adopter une méthodologie qui nous permettra de faire évoluer le projet de A à B.

[...] cela nous procurera une méthodologie que nous pourrons utiliser dans d'autres contextes pour régler d'autres problèmes.

Le BST [...] est très structuré; nous comptons beaucoup de personnes, je dois dire que je suis impressionné, et il y a un réel engagement à élaborer des pratiques exemplaires

Modèle de système ouvert

En ce qui concerne le modèle de système ouvert, les participants mentionnent la contribution du BST et du programme de celui-ci à la croissance de l'organisation. Le BST est une source d'expertise pour l'organisation, en raison de l'acquisition de ressources spécialisées pour l'organisation et l'élaboration de processus.

Mais je crois que la simple présence des personnes se trouvant à la table pour le BST, grâce à leur propre expertise, apporte vraiment beaucoup [...] c'est une expertise qui n'existe pas nécessairement au sein de l'hôpital, alors qu'il s'agit de ressources spécialisées qui sont absolument nécessaires et essentielles.

Mais je crois que le BST apporte une mine d'information, de formation et de connaissances, une expertise variée permettant d'appuyer tous les projets.

Modèle d'objectifs rationnels

En dernier lieu, en ce qui a trait au modèle d'objectifs rationnels, les participants soulignent l'incidence de celui-ci sur la rentabilité, l'établissement et l'atteinte d'objectifs, et la productivité. Le transfert des nouvelles compétences acquises à l'interne permet d'éviter de recourir à une expertise externe (experts-conseils). Grâce au volet d'évaluation, il est possible d'obtenir des indicateurs de performance financière et de développer une culture qui reflète la productivité, les profits et la performance. Le BST appuie l'organisation dans la planification des objectifs à atteindre et dans l'établissement de l'ordre de priorité des mesures à prendre. Il permet à l'organisation de centraliser les objectifs à atteindre. En aidant les équipes à trouver des solutions, le BST favorise le succès du projet et la réalisation des objectifs établis.

Cela signifie qu'il faut donner les ressources nécessaires au personnel sur le terrain afin qu'il apprenne de nouvelles méthodes, qu'il apprenne que l'examen des processus, par exemple, est une façon intéressante d'améliorer les choses [...] qu'il apprenne qu'il existe peut être des données probantes et puis : oh, regardez, nous pourrions poser des questions à ce sujet. Voilà en quoi consiste le transfert de connaissances dans son ensemble en fait, l'apprentissage au niveau organisationnel [...] Et c'est ce qui mène à la volonté de confier le travail aux effectifs évoluant au sein du bureau, et de ne pas rechercher d'experts-conseils à l'externe dans une vaste mesure. Il y a un certain nombre d'experts-conseils, mais nous nous efforçons vraiment de renforcer les compétences à l'interne.

[...] maintenant, j'ai vraiment l'impression que nous serons enfin en mesure de faire ce que je veux faire depuis plusieurs années.

Elle anime donc les réunions et nous aide à rester sur la bonne voie [...] Je crois donc qu'elle [...] elle fait un excellent travail pour ce qui est d'animer nos discussions et de faciliter notre planification et la détermination des prochaines étapes. Hm [...] et vous pouvez constater que cela est fait de façon très systématique

Nous pouvons constater que nous aidons l'organisation à communiquer au-delà des cloisonnements. Je crois que cela est important. Donc, d'une certaine façon, en agissant ainsi, nous devenons plus productifs.

La prochaine section présente les résultats du questionnaire sur la perception de la contribution du BST à la performance organisationnelle (Aubry et coll., soumis) et à titre d'exemple, la présentation d'un projet accompagné par le BST : le projet d'harmonisation et d'optimisation de pratiques liées aux insertions et au maintien des cathéters veineux centraux (CVC). Ce projet est toujours en cours et est d'autant plus intéressant qu'il répond non seulement au besoin d'harmoniser et d'optimiser les pratiques, mais produit également des résultats liés à la qualité et à la sécurité des soins.

Contribution du BST à la performance : analyse quantitative

Un questionnaire a été distribué aux membres du BST et aux membres du comité exécutif et aux partenaires clés au sein de l'organisation. Les résultats sont présentés pour chacun des deux groupes : membres partenaires du comité exécutif (n = 10) et membres du BST (voir tableau 3). Compte tenu du nombre restreint de répondants, nous avons utilisé la valeur modale pour donner une indication de la tendance centrale, qui soit meilleure que celle que l'on obtiendrait à partir de la moyenne ou de la médiane (Alalouf, Labelle et Ménard, 1990).

Tableau 3 Résultats perception de la contribution du BST à la performance organisationnelle

		Groupe : partenaires du comité exécutif (n = 10)			Groupe : membres du BST (n = 12)				
		Min.	Max.	Valeur modale	Ne sait pas	Min.	Max.	Valeur modale	Ne sait pas
Relations humaines									
1	Valeur des ressources humaines - projet	3	5	3		2	5	5	
2	Accent mis sur la formation et le perfectionnement	3	5	3		3	5	5	
3	Moral du personnel de projet	1	5	3		3	5	5	
4	Résolution de conflits	2	5	3,5	1	2	5	5	
5	Recherche de la cohésion	3	5	5	1	2	5	5	
6	Qualité des extraits	3	5	5		2	5	5	
Processus internes									
7	Gestion de l'information	3	5	5		2	5	5	
8	Gestion des communications	4	5	5		1	5	5	
9	Stabilité des processus	4	5	5	1	1	5	4	2
10	Contrôle	1	5	4	2	1	5	4	2

		Groupe : partenaires du comité exécutif (n = 10)				Groupe : membres du BST (n = 12)			
		Min.	Max.	Valeur modale	Ne sait pas	Min.	Max.	Valeur modale	Ne sait pas
Objectif rationnel									
11	Profits	1	4	1	2	1	5	2,3,5	4
12	Productivité	3	5	5	5	2	5	5	
13	Planification des objectifs	3	5	5	5	3	5	5	
14	Efficience	4	5	5	5	2	5	4,5	
Systèmes ouverts									
15	Croissance	2	4	4	1	1	5	4,5	2
16	Souplesse / adaptation / innovation en matière de gestion de projets	4	5	5	5	3	5	5	
17	Évaluation par des entités externes (audit, analyse comparative)	2	5	4	4	1	5	3	1
18	Liens avec l'environnement externe	2	5	3,4	1	2	5	3,4	
19	État de préparation	3	5	3	3	2	5	5	

En général, les résultats du questionnaire confirment ce que les répondants ont dit au cours des entrevues. Sur le plan des relations humaines, les partenaires s'attendent à une contribution moyenne de la part du BST, sauf en ce qui concerne la recherche d'une cohésion et, dans une moindre mesure, la résolution de conflits. Cela cadre avec le rôle que le BST pourrait jouer pour trouver des points de convergence entre diverses pratiques et différentes cultures hiérarchiques. Parmi les membres du groupe du BST, la valeur modale est maximale pour tous les critères suggérés. Cela montre en outre une bonne cohérence avec les résultats des entrevues, dont il ressort que le rôle du BST en matière de relations humaines est hautement valorisé. La valeur des ressources humaines qui travaillent au projet est révélée par le fait que l'expertise en gestion de projet est acquise à l'interne plutôt que par l'intermédiaire d'experts-conseils. L'accent mis sur la formation et le perfectionnement est lié à la reconnaissance de l'expertise du BST et plus encore, au processus d'apprentissage au cours de l'exécution d'un projet. L'approche du BST en matière de gestion de projet est tirée de l'expérience acquise dans le monde réel.

Les deux groupes attachent une valeur maximale à la qualité des extraits (un extrait est le « produit » du projet). Cela n'est pas étonnant puisque les soins de santé visent à fournir des soins de haute qualité. Il est prévu que le projet de transition donnera lieu à la prestation de soins de haute qualité, même si les échéances et les coûts revêtent une importance capitale. On s'attend à ce que le BST contribue à la qualité des extraits.

Les différences les plus importantes relevées entre les deux groupes concernent les critères relatifs aux profits dans le cadre de l'objectif rationnel, bien que les deux groupes aient reconnu la contribution du BST à la productivité, à la planification des objectifs et à l'efficacité. La notion de profit n'est pas toujours claire lorsqu'elle est appliquée à la gestion de projet et, surtout, lorsqu'elle se réfère au secteur public. Dans le secteur public, les profits sont interprétés de façon générale comme étant des avantages (p. ex. les avantages de la mise en œuvre d'un processus intégré et harmonisé d'analgésie postopératoire). En ce qui a trait aux profits, le nombre de réponses indiquant « ne sait pas » est élevé, le tiers (1/3) du groupe du BST et le cinquième (1/5) des partenaires ayant donné cette réponse. En ce qui concerne les partenaires, il est clair qu'ils ne s'attendent pas à ce que le BST contribue aux profits. Pour ce qui est des membres du BST, il n'y a pas de perception claire, car il n'existe pas de valeur modale en tant que telle (trois valeurs comportent le même nombre de réponses). La productivité en matière de gestion de projet peut être constatée dans la normalisation des processus et la planification des objectifs et est bien connue en tant que fonction de base de la gestion de projet (Project Management Institute, 2008). L'efficacité, du point de vue de la meilleure utilisation des ressources en vue de l'exécution du projet (éviter le *relâchement*), est reconnue comme une valeur en ce qui a trait au BST, bien qu'elle le soit avec moins de conviction par le groupe du BST. Ce point pourrait être interprété comme suit : que le BST vise un objectif d'innovation et que le fait de trop mettre l'accent sur l'efficacité pourrait avoir une incidence négative sur l'apprentissage et sur la capacité d'innovation comme le laissent entendre les travaux de March sur l'ambidextrie (1991).

En dernier lieu, dans les systèmes ouverts, il existe une convergence et certaines nuances entre les perceptions des deux groupes. Les deux groupes s'attendent à ce que le BST contribue à la souplesse, à l'adaptation et à l'innovation en matière de gestion de projet. Ce critère est en opposition avec la normalisation, ce dont on s'attend aussi d'une entité de coordination centralisée comme le BST. L'équilibre entre la normalisation et la nécessité d'une souplesse a été reconnu dans le cadre d'entrevues menées auprès des membres du BST, dans les cas où un processus normalisé a été élaboré. L'évaluation par des entités externes a été relativement valorisée à titre de contribution du BST, mais elle est le moins valorisée par les membres du BST, même si un audit de gestion de projet peut être considéré comme un processus d'apprentissage dans le cadre d'un processus de qualité (Cicmil, 2000). Cela n'a pas été mentionné au cours des entrevues. Les liens avec les entités externes sont également relativement valorisés pour le BST. Cela est plutôt étonnant puisque les partenariats et la collaboration

avec d'autres entités ont été mentionnés à titre de contribution du BST par les deux groupes. On pourrait expliquer cette situation notamment par le fait que l'environnement « externe » a peut être été interprété comme se situant à l'extérieur de l'hôpital universitaire. Le dernier point est l'état de préparation pour lequel les membres du BST semblent être davantage préparés, contrairement aux attentes des partenaires. Encore une fois, le sentiment d'urgence est plus précis au sein du BST.

Le cas des bactériémies associées aux cathéters centraux (BACC) au CUSM

L'état de la situation

Antérieurement à l'implication du BST, les pratiques liées aux BACC n'étaient pas harmonisées au sein de l'organisation. On notait une absence de structure et de processus pour encadrer et soutenir l'optimisation des pratiques ainsi que leur déploiement et leur évaluation. La situation à ce moment indiquait des écarts entre les pratiques actuelles et les meilleures pratiques, des pratiques divergentes au sein d'un même site et entre les sites et l'absence d'un programme de formation.

La structure du projet

Depuis avril 2011, le BST accompagne les décideurs et les cliniciens afin d'harmoniser et d'optimiser les pratiques liées au maintien des cathéters veineux centraux en se basant sur les données probantes. La mise en place d'une structure de processus et d'outils ainsi que de ressources dédiés encadrant le changement de culture organisationnelle a favorisé le caractère durable des initiatives d'optimisation. Plus particulièrement, avec la présence d'expertise unique au sein du BST, la méthodologie de gestion de projet adaptée au milieu de la santé a permis d'identifier chaque élément de la charte de projet :

Les objectifs

- harmoniser les pratiques d'insertion et de maintien des cathéters veineux centraux (CVC) sur les six (6) sites du CUSM;
- diminuer le nombre de BACC dans la première année du projet;
- éliminer les BACC dans les deux (2) ans suivant la fin du projet;
- former les cliniciens dans les soins et le maintien des CVC et mesurer l'acquisition des connaissances;
- obtenir la conformité en terme d'insertion et de maintien des CVC par les professionnels;
- réduire le nombre de réinsertions;
- réduire les autres complications telles que les occlusions au sein du CUSM.

Afin d'atteindre les objectifs visés, le BST a accompagné le comité de coordination du BACC et mis en place les stratégies suivantes :

- Diffusion des résultats d'audits sur les taux d'infection liés à l'insertion et les taux de réinsertions individualisés (pour chacun des médecins) et par services;
- Identification des types de processus qui produisent les meilleurs résultats dans le but de :
 - déployer la meilleure pratique observée;
 - standardiser les fournitures médicales.
- Implantation des guides de pratiques pour l'insertion et le maintien des CVC, incluant des outils de documentation;
- Création du module de formation et du matériel didactique;
- Création et déploiement du plan et des outils de communication.

Les résultats

Depuis avril 2011, on note 45 BACC évités, 171 réinsertions évitées et une diminution du taux de réinsertion des PICC de 24 % à 11 %.

En conclusion, la démarche d'accompagnement du BST contribue à la performance organisationnelle. L'amélioration continue est favorisée par la prise de décision éclairée par des données probantes et par l'implantation des meilleures pratiques du milieu de santé et de gestion. Elle élimine les barrières culturelles et le travail en cloisonnement en sollicitant l'apport et la participation des individus et des équipes, créant ainsi une appréciation accrue pour la collaboration interprofessionnelle et l'innovation. De plus, en faisant la promotion des résultats positifs par un processus bien défini et des objectifs précis, la culture d'optimisation se voit soutenue, voire rehaussée. Elle encourage les gens à s'approprier la notion de performance optimale en mettant à leur disposition le plus rapidement possible l'information et l'expertise d'accompagnement pertinentes. Finalement, le succès des diverses initiatives permet à l'établissement de former une masse critique d'agents de changements pour les initiatives d'amélioration, élément essentiel à la pérennité des établissements.

RESSOURCES ADDITIONNELLES

Publications

Aubry, M., Richer, M.-C., Lavoie-Tremblay, M., & Cyr, G. (2011). Pluralism in PMO performance: The case of a PMO dedicated to a major organizational transformation. *Project Management Journal*, 42(6), 60-77. doi: 10.1002/pmj.20269

Biron A., Vezina M, St-Hilaire C., Lavoie-Tremblay M and Richer MC. (2012) Performance Measurement role in a major redevelopment project: The case of the McGill University Health Centre Transition Support Office. *Healthcare Quarterly*, 15(1), 34-40.

Lavoie-Tremblay M, Bonneville-Roussy A, Richer MC, Aubry M, Vezina M, Deme M. (2012). Project Management Office in Healthcare: a key strategy to support evidence-based practice change *Health Care Manager*, 31(2).

RECHERCHE APPROFONDIE

L'étude a exploré les perspectives des membres du bureau de projet (BdP) et des membres d'équipes afin de comprendre la façon dont un BdP facilite la réussite de la mise en œuvre de projets basés sur les données probantes dans le contexte d'une transformation majeure au sein d'une organisation canadienne de soins de santé. Les activités du BdP visant à appuyer la prise de décision basée sur les données probantes, la gestion du changement, la révision des processus et l'évaluation favorisent la réussite de la mise en œuvre de projets basés sur les données probantes, en dépit des défis liés au contexte d'une transition liée à un projet de redéveloppement majeur. Les recherches futures doivent examiner la contribution de plusieurs BdP aux résultats des patients, aux résultats organisationnels, ainsi que la valeur ajoutée de ceux-ci (rendement du capital investi). Plusieurs établissements de santé planifient l'implantation d'un BdP ou revoient le mandat et les fonctions de leur BdP déjà en place, afin d'y inclure de nouvelles fonctions telles que la gestion du changement et la performance organisationnelle. Des recherches futures devraient étudier la mise en œuvre des BdP dans le secteur de la santé et leur contribution à la gestion du changement et à la performance organisationnelle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adair, C. E., Simpson, E., Casebeer, A. L., Birdsell, J. M., Hayden, K. A., & Lewis, S. (2006). Performance measurement in healthcare: part I – concepts and trends from a state of the science review. *Healthc Policy*, 1, 85-104.
- Aubry, M., Hobbs, B., & Thuillier, D. (2007). A New Framework for Understanding Organisational Project Management through PMO. *International Journal of Project Management*, 25(4), 328-336.
- Aubry M, Hobbs B. A fresh look at the contribution of project management to the organizational performance. *Project Management Journal*. 2011; 42(1): 3-16.
- Aubry, M., Richer, M.-C., Lavoie-Tremblay, M., & Cyr, G. (2011). Pluralism in PMO performance: The case of a PMO dedicated to a major organizational transformation. *Project Management Journal*, 42(6), 60-77. doi: 10.1002/pmj.20269
- Biron A., Vezina M., St-Hilaire C., Lavoie-Tremblay, M. and Richer MC. (2012) Performance Measurement role in a major redevelopment project: The case of the McGill University Health Centre Transition Support Office. *Healthcare Quaterly*, 15(1), 34-40.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et les Instituts de recherche en santé du Canada (2008). À L'ÉCOUTE III. *Consultation nationale sur les enjeux relatifs aux services et aux politiques de la santé pour 2007-2010*. www.fcass-cfhi.ca
- Collerette, P. (2008). Pour une gestion du changement discipline dans l'administration publique. *Télescope*, 14(3), 33-49.
- Cicmil, S. (2000). Quality in project environments: a non-conventional agenda. *The International Journal of Quality & Reliability Management*, 17(4/5), 554-570.
- Dai, C. X. Y., & Wells, W. G. (2004). An Exploration of Project Management Office Features and their Relationship to Project Performance. *International Journal of Project Management*, 22(7), 523-532.
- Denis, J.L. et Champagne F. (1992). L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes. *Can J of Progr Eval*, 5(2), 47-67.
- Groene O, Klazinga N, Kazandjian V, Lombrail P, Bartels P. (2008). The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): an analysis of the pilot implementation in 37 hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2008 Jun;20(3):155-61
- Harvey G, Loftus-Hills A, Rycroft-Malone J, Titchen A, Kitson A, McCormack B, Seers K. (2002). Getting evidence into practice: The role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6):577-588.
- Helfrich CD, Li Y-F, Mohr D, Meterko MC, Sales AE. Assessing an organizational culture instrument based on the Competing Values Framework: Exploratory and confirmatory factor analyses. *Implementation Science*, 2007; 2:13. Hobbs, B., & Aubry, M. (2007). A multi-phase research program investigating project management offices (PMOs): the results of phase 1. *Project Management Journal*, 38(1), 74-86.

- Hobbs, B., Aubry, M., & Thuillier, D. (2008). The Project Management Office as an Organisational Innovation. *International Journal of Project Management*, 26(5), 547-555.
- Kitson, A. L., 2009. The need for systems change: Reflections on knowledge translation and organizational change. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 217-228.
- Lavoie-Tremblay M, Bonneville-Roussy A, Richer MC, Aubry M, Vezina M, Deme M. (2012). Project Management Office in Healthcare: a key strategy to support evidence-based practice change. *Health Care Manager*, 31(2).
- March, J.G. (1991). Exploration and Exploitation in Organizational Learning. *Organization Science*, 2(1), 71-87.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, Sage Publications.
- Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W., & Miller, P., 2007. Factors influencing best-practice guideline implementation: lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders. *Worldviews on evidence-based nursing*, 4(4), 210-219.
- Project Management Institute. (2008). *A Guide to the Project Management Body of Knowledge* (4th ed.). Newtown Square, PA: Project Management Institute.
- Retsas, A., 2000. Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 599-606.
- Rondeau, A. (2008). L'évolution de la pensée en gestion du changement: leçons pour la mise en œuvre de changements complexes. *Télescope*, 14(3), 1-12.
- Rycroft-Malone, J., 2004. The PARIHS framework-A framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 297-304.
- Smith, M.E. (2002). Success rates for different types of organizational change. *Performance Improvement*, 41(1), 26-33.
- Stetler C., Ritchie J., Rycroft-Malone J., Schultz A., & Charns M. (2009). Institutionalizing evidence-based practice: an organizational case study using a model of strategic change. *Implementation Science*, 30; 4:78.
- Van de Ven, A. H., & Sun, K. (2011). Breakdowns in Implementing Models of Organization Change. [Article]. *Academy of Management Perspectives*, 25(3), 58-74.
- Walston, S.L., Lazes, P., Sullivan, P.G. (2004). Improving hospital restructuring: lessons learned. *Health Care Manage Rev.*, 29(4):309-19.
- Yin, R.K. (2009). *Case study research design and methods* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.