

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage intitulé :

Mise en place d'une structure d'implantation de l'approche gériatrique

au CSSS du Nord de Lanaudière

En vue de l'obtention du grade

Maître ès sciences (M. Sc.) en sciences infirmières option administration

PAR

KALANGA NADINE KASHALE

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Mme Isabelle Brault, inf., Ph.D. et M. Carl Ardy Dubois, Ph.D. codirecteurs de stage

Ginette Provost, inf., M.A. et Mme Nancy Pellerin, inf., M.Sc., Membres du jury

Hiver 2012

Dédicace

À toi mon cher mari

À vous mes enfants,

Kanku, Ngalula et Mutatayi Fuamba

À mon neveu et ma nièce

Loic et Ines Wa Muamba

Vous pour qui mes jours sont meilleurs

Ceci est pour vous

Sincères Remerciements à:

Madame Isabelle Brault, inf., Ph.D., chargée d'enseignement et directrice de maîtrise, dont les avis éclairés ont permis une intégration de l'élément structural de ce stage.

Monsieur Carl Ardy Dubois, Ph.D., professeur agrégé et codirecteur de maîtrise pour ses précieuses suggestions qui ont permis d'enrichir la discussion et guider au mieux les travaux du stage.

Madame Lise Racette, inf., M. Éd., grâce à qui ce stage a eu lieu au CSSSNL. Elle qui a fait des pieds et des mains pour m'introduire auprès des personnes clés du milieu.

Mme Ginette Provost, inf., M.A., conseillère clinicienne en soins infirmiers dont j'ai bénéficié des judicieux conseils et d'une bienveillante attention tout au long de mon stage de maîtrise.

Mme Nancy Pellerin, inf., M.Sc., coordonnatrice du programme Médecine générale et spécialisée, CSSSNL, pour son soutien inconditionnel et ses conseils stratégiques qui m'ont guidée tout au long de ce stage.

Monsieur Robin Gagnon inf., M.Sc., qui a répondu avec empressement à ma demande du sujet de stage et à des renseignements relatifs à la logistique nécessaire pour le stage.

Madame Maryse Janelle, Ergo., M.Sc., coordonnatrice PALV, CSSSNL, qui a répondu avec empressement à mes demandes de renseignement au sujet de la gériatrie et a bien voulu m'intégrer dans les comités pertinents pour m'instruire sur le sujet des soins aux aînés.

Mme Karine Ferland, agente administrative à la DAPSP au CSSSNL, pour son soutien technique et logistique lors des rencontres.

Mme Isabelle Perrault, technicienne en administration à la DAPSP au CSSSNL, qui m'a été d'une grande aide pour l'organisation des horaires des rencontres.

Toute personne associée de près ou de loin à la production de ce rapport de stage et que j'aurais eu l'infortune d'oublier.

Sommaire

Ce stage consistait à soutenir les gestionnaires du Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière (CSSSNL) dans la structuration de l'implantation de l'approche gériatrique (AG) dans son centre hospitalier (CH). Se basant sur les besoins sans cesse à la hausse en soins de santé chez la clientèle âgée, les spécialistes dans ce domaine proposent de mettre en place une approche adaptée à la personne âgée. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) a donc mis sur pied le cadre de référence de l'approche gériatrique destiné aux intervenants.

Le cadre de référence utilisé pour ce stage soit, *Project Management Institute (PMI)*, a offert une méthodologie procédurale suivant cinq processus : démarrage, planification, exécution, surveillance (contrôle) et clôture. Les stratégies variées issues du domaine de gestion, particulièrement celui de gestion de projet, se sont articulées autour des diverses activités menées avec une équipe de gestionnaires. Ces stratégies ont permis d'analyser et de structurer les connaissances diverses pour la mise en œuvre du plan l'implantation de l'approche gériatrique (AG). Les technologies d'information et de communication ont supporté, à différentes étapes du projet, les activités de réalisation du stage en assurant le contact entre la stagiaire et les participants au stage.

Les connaissances à implanter ont été sélectionnées grâce au guide de corpus des connaissances du PMI. Le transfert de ces connaissances a été facilité par une équipe des gestionnaires déjà acquis par la cause et prêts à participer au projet de changement. Les travaux menés à l'issue des diverses rencontres entre la stagiaire et les participants ont abouti à la mise en place d'une équipe de gestion de projet (EGP) et au développement d'un plan

d'implantation pour l'AG au CSSSNL. L'évaluation de l'atteinte des objectifs s'est faite progressivement à la fin de chaque activité grâce au processus de contrôle de PMI. Les commentaires reçus des participants à l'issue du stage soulignent la pertinence des informations reçues et la structure développée pour l'implantation de l'approche gériatrique ont permis de confirmer l'atteinte des objectifs.

Mots clés : approche gériatrique, déclin fonctionnel, gestion de projet, gestion des services de santé.

Table des matières

Dédicace-----	2
Remerciements-----	3
Sommaire-----	4
1 Introduction-----	9
2 Problématique et contexte du stage-----	10
2.0 Contexte démographique-----	10
2.1 But du stage-----	12
2.2 Objectifs du stage-----	13
2.3 Objectifs d'apprentissage-----	13
2.4 Participants du stage-----	14
3 Recension des écrits-----	15
3.0 Vulnérabilité et risque du déclin fonctionnel chez la clientèle âgée-----	15
3.1 Approche gériatrique en milieu hospitalier-----	19
3.2 Gestion de l'implantation de l'approche gériatrique-----	22
4 Cadre de référence-----	26
5 Déroulement du stage-----	29
5.0 Activités pré-stage-----	29
5.1 Activités de prise de contact avec le milieu-----	30
6 Déroulement des activités du stage-----	32
6.0 Déroulement des activités de réalisation des objectifs du stage-----	33
6.1 Objectifs 1-----	33

6.2 Objectif 2-----	36
6.2.1 Planification et animation des rencontres-----	36
6.2.2 Formation des participants-----	39
6.3. Objectif 3-----	42
6.3.1 Préparation de la stagiaire-----	43
6.3.2. Développement du plan d'implantation-----	45
6.3.3. Finalisation du plan d'implantation-----	48
7 Discussion-----	68
7.0 Retombées du stage-----	68
7.1 Obstacles-----	69
8 Recommandations-----	71
9 Conclusion-----	72
10 Références-----	73
11 Annexes-----	79

Liste des tableaux et figures

a. Liste des tableaux

Tableau 1 : Diagramme de Gant illustrant le déroulement du stage-----	31
Tableau 2: Première liste des membres de l'équipe de gestion de projet-----	35
Tableau 3: Liste finale des membres de l'équipe de gestion de projet-----	38
Tableau 4: But et objectifs de l'approche gériatrique au CSSSNL -----	41
Tableau 5: Plan d'implantation selon le PMI (2004) : processus de démarrage-----	45
Tableau 6 : Plan d'implantation selon le PMI (2004) : processus de planification-----	45
Tableau 7 : Plan d'implantation de l'approche gériatrique adopté au CSSSNL-----	50

b. Liste des Figures

Figure 1: Relation bidirectionnelle entre les causes et les conséquences de ces syndromes--	18
Figure 2: Induction du déclin fonctionnel chez la personne âgée hospitalisée-----	19
Figure 3: Illustration de 5 processus de gestion de projet selon PMI-----	27
Figure 4: Présentation des personnes clés d'un projet-----	28

1. Introduction

Ce rapport constitue une étape importante pour finaliser le programme de maîtrise en sciences infirmières, option administration. Le présent stage devait permettre à la stagiaire de mobiliser toutes ses ressources et de mettre en pratique l'ensemble des connaissances acquises tout au long de ses études. Au cours de ce stage, l'étudiante avait pour mandat de soutenir la direction administrative des programmes de santé physique (DAPSP) dans la structuration des activités pour la planification de l'implantation de l'approche gériatrique au centre hospitalier (CH) du Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière (CSSSNL).

Il était donc prévu d'utiliser avec l'équipe des gestionnaires de la DAPSP, un cadre de référence pouvant guider le développement d'une structure de gestion de projet. Guidée par ce cadre de référence, cette équipe de gestionnaires devait élaborer un plan d'implantation de l'approche gériatrique au CH du CSSSNL. En plus de représenter un beau défi organisationnel à relever, ce stage offrait à la stagiaire une expérience terrain riche et variée tout en soutenant son développement académique et personnel.

2. Problématique et contexte de stage

2.0.Contexte démographique

Au Canada, la population de 65 ans et plus est passée de 8,0 à 12,5 % de 1971 à 2001. On estime que cette population passera à 26 % en 2051. Quant au Québec qui comptait 960 000 personnes de 65 ans ou plus en 2001, il en compterait 1,2 million dans 10 ans, 1,7 million dans 20 ans et 2,1 millions dans 30 ans : soit plus que le double du nombre actuel (Statistique Canada, 2001). Ces chiffres augmentent de 2,8 points de pourcentage entre 2000-2001 et 2005, comparativement à 1,7 point pour le reste du Canada.

La problématique du vieillissement de la population est aussi une réalité pour la région du Nord de Lanaudière qui connaît un vieillissement plus rapide que les autres régions du Québec. La projection 2005-2010 du taux d'accroissement de la population lanaudoise âgée de 65 ans et plus est d'environ 23 %, comparativement à un taux d'accroissement pour le Québec de 13,75 % pour la même période (Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2005).

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2007) rapporte qu'un des facteurs associés aux temps d'attente pour un lit dans les services d'urgence est la disponibilité des lits en soins de courte durée. Au Québec, le taux d'hospitalisation des patients sur civière s'élève à 50 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Près de 50 % des admissions et des coûts hospitaliers sont occasionnés par des patients âgés de 65 ans et plus (Kergoat, Dupras, Juneau, Bourque et Boyer, 2011). Au CH du CSSSNL, l'occupation moyenne des civières à l'urgence par heure par la clientèle de 75 ans et plus a doublé entre les années 2006 à 2010 passant de 18,0 % en 2006-2007, à 22,5 % en 2007-2008 puis à 30,5 % en 2008-2009 et enfin à 36,7 %

pour l'année 2009-2010 (CSSSNL, 2010). La même situation se reflète sur l'occupation des lits d'hospitalisation en courte durée.

Ces constats expliquent pourquoi le plan d'action visant le désencombrement des salles d'urgence au CSSSNL (2010) propose de réduire la durée moyenne de séjour (DMS) de la clientèle de 75 ans et plus couchée sur civière par 1) le repérage de cette clientèle vulnérable et 2) son orientation rapide vers les ressources les plus appropriées à leurs besoins. Bref, il s'agirait d'appliquer une approche adaptée à la clientèle vieillissante, car au CSSSNL comme ailleurs, la prise en charge de cette clientèle en perte d'autonomie est un défi constant. Il faudrait tenir compte des particularités liées au vieillissement dans la planification et la distribution des soins de santé.

Les spécialistes de gestion et chercheurs dans le domaine de gestion des services de santé dressent un portrait peu encourageant de nos institutions des soins de santé. Ils continuent de sonner l'alarme sur le manque d'efficience des institutions de soins. Encore aujourd'hui, on constate que la problématique d'engorgement et l'augmentation du temps d'attente dans nos urgences, l'augmentation des séjours d'hospitalisation (...) ne cessent d'empirer (Roberge, Pineault, Larouche et Poirier, 2011). La personne âgée représente la majorité de la clientèle hospitalière. En ce sens, il serait plus que bénéfique pour tous (patients, soignants, soignés, milieu, etc.) d'appliquer des soins de santé adaptés à cette clientèle (Hamric, Spross, et Hanson, 2009).

Pour les spécialistes dans le domaine de la gestion des soins de santé, l'approche gériatrique en milieu hospitalier s'avère donc comme une des solutions efficaces favorisant l'efficience des soins de santé dispensés dans les hôpitaux. Les soins de santé centrés sur la personne préconisent une connaissance élargie de celle-ci et une responsabilité conjointe

(patient-proche-équipe de soins) des résultants. La participation du client et de ses proches aidants dans les décisions ainsi que dans la prise en charge de ses besoins de santé est encouragée grâce à l'information et au soutien fourni par les professionnels. Ceci est facilité par l'accès à diverses expertises disciplinaires (médicale, infirmière, sociale et autre) qui offrent des services hospitaliers pour cette clientèle (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008).

Pour organiser les services afin de répondre aux besoins de la clientèle âgée, la culture organisationnelle en place doit valoriser la personne âgée et les intervenants en gériatrie, et être basée sur une approche de soins axée sur la promotion de l'autonomie fonctionnelle et sur la prévention des complications (ex.: déconditionnement, déshydratation, etc.). De plus, l'environnement des centres hospitaliers doit reconnaître et s'adapter aux besoins particuliers de la personne âgée. L'implantation d'une telle approche nécessite par ailleurs l'utilisation des techniques de gestion de projet bien adaptées aux besoins des organisations des soins impliquées. En ce sens, ce stage en sciences infirmières, option administration, vient fournir aux administrateurs des soins une méthodologie de structuration de travaux d'implantation de l'approche gériatrique au CSSSNL.

2.1 But du stage

Le but du stage était de « soutenir la direction administrative des programmes santé physique (DAPSP) au CH du CSSSNL dans le développement et la mise en place d'une approche systématique de gestion de projet pour l'implantation de l'approche gériatrique (AG) ». Les activités développées pour la réalisation de ce but seront détaillées à la section 6 de ce rapport.

L'implantation de cette approche s'appuie sur les principes issus du cadre de référence : « *Project Management Institute (PMI)* ». Le cadre de référence PMI offre une approche de gestion de projet qui permet la mise en œuvre des compétences, des outils et des techniques pouvant améliorer la chance de réussite des projets. Les principes du PMI ont guidé le déroulement du stage et la structuration du plan d'implantation de l'approche gériatrique au CH du CSSSNL.

2.2 Objectifs du stage

Pour atteindre le but du stage, trois objectifs généraux ainsi que cinq objectifs d'apprentissage ont été identifiés et réalisés dans le milieu afin d'opérationnaliser les objectifs fixés. Ces objectifs sont :

- Objectif 1 : Constituer avec la DAPSP une équipe de gestion de projet (EGP) basée sur les principes du PMI.
- Objectif 2 : Habilitier l'EGP à s'approprier et à utiliser la méthodologie issue du PMI.
- Objectif 3 : Orienter l'EGP dans le processus de construction d'un plan d'action pour l'implantation de l'AG.

2.3 Objectifs d'apprentissage

Dans le cadre de cette démarche, plusieurs besoins ont été soulignés pour soutenir les processus d'apprentissage de la stagiaire, à savoir :

- Développer et approfondir mes connaissances sur les théories de gestion dans le domaine de la santé, plus spécifiquement en matière de gestion de projet ;

- Améliorer mes capacités de communicatrice;
- Approfondir les connaissances en matière de technologies d'information et de communication (TIC) ;
- Développer mes capacités de leadership au sein de l'organisation ;
- Améliorer mes connaissances en lien avec les pratiques de soins aux personnes âgées du CSSSNL.

Les activités associées à la réalisation de ces objectifs sont décrites dans le tableau de l'annexe 1.

2.4 Participants du stage

Étant donné que l'implantation de l'approche gériatrique vise la clientèle âgée admise au centre hospitalier du CSSSNL, nous avons choisi dans le cadre de ce stage, d'intervenir avec et auprès des gestionnaires de la DAPSP. Donc, les gestionnaires de la DAPSP sont les participants du stage.

3 Recension des écrits

Pour mieux comprendre la problématique en cause, cette recension des écrits expose brièvement les thèmes en lien avec les notions du déclin fonctionnel lié au vieillissement et à la prise en charge de la clientèle âgée en milieu hospitalier. Finalement, un survol des fondements de gestion touchant précisément l'aspect de l'implantation du changement déploiera la méthodologie appliquée dans les travaux du stage.

La notion « approche gériatrique » ou « approche adaptée à la clientèle âgée » utilisée selon les auteurs, se rapporte au principe qui évoque le fait que les gestes posés par les personnes responsables des soins et services offerts à la personne âgée, tiennent compte des besoins principaux du client. Dans ce travail, nous avons principalement opté pour l'utilisation de l'approche gériatrique. Dans cette section nous verrons comment l'approche gériatrique (AG) se révèle comme une réponse efficace en milieu hospitalier, pour prévenir le déclin fonctionnel et ainsi améliorer le bien-être de la clientèle âgée.

3.0. Vulnérabilité et risque du déclin fonctionnel chez la clientèle âgée

La sénescence s'accompagne d'une diminution des réserves physiologiques et des capacités fonctionnelles. Plus particulièrement au moment d'une sollicitation accrue comme lors d'une maladie aiguë, cette diminution s'accorde avec de la résilience pouvant induire rapidement des incapacités fonctionnelles. La situation s'accroît davantage sous l'influence de la sédentarité et en présence de maladies chroniques (Kergoat et al., 2010).

Plusieurs facteurs liés au vieillissement normal de l'organisme prédisposent la personne âgée au risque de complications lors de l'hospitalisation, notamment l'équilibre précaire, l'incontinence, l'acuité visuelle et/ou auditive, l'hypotension orthostatique, la baisse d'appétit, etc. (Corriveau & Roy, 2007; Fulmer, 2007).

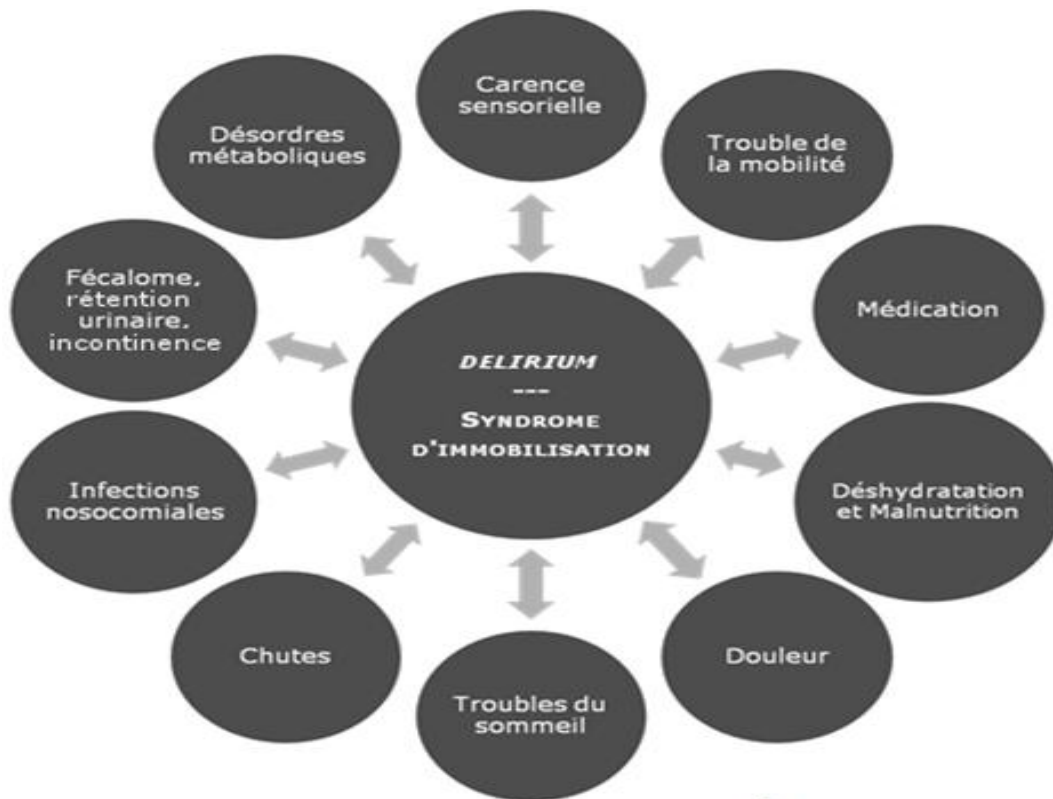
Un autre facteur externe régulièrement observé chez la personne âgée lors de son hospitalisation est la malnutrition. La malnutrition engendrée par un apport alimentaire insuffisant représente, à elle seule, un facteur prédisposant à de sérieuses répercussions sur le développement et le maintien du déclin fonctionnel chez la personne âgée. À l'admission dans un centre hospitalier, la prévalence de la malnutrition est estimée à 35 % environ. Lors du congé, elle passe à 50 %. Elle peut affecter près du quart des patients âgés hospitalisés (Kergoat et al., 2011). La diminution des réserves et la dysfonction de plusieurs systèmes physiologiques peuvent ainsi rapidement amener à des difficultés à maintenir l'équilibre lors des perturbations comme en situation de maladie aiguë.

Après de cette clientèle, tous ces facteurs peuvent participer à des niveaux différents au développement de plusieurs complications ayant des répercussions fonctionnelles et cognitives délétères, à court et long termes. Il s'agit par exemple de risques de chute, de la confusion, du *delirium* chez l'aîné et de l'utilisation des contentions (Blanchon, 2006). Non gérés rapidement, ces facteurs peuvent conduire à des pertes permanentes d'autonomie ou de capacité fonctionnelle chez la clientèle âgée hospitalisée; c'est ce que l'on entend par déclin fonctionnel.

Le déclin fonctionnel est en grande partie attribuable à des processus de soins tels que le repos au lit de la personne âgée, longtemps prôné par les cliniciens, et à un environnement mal adapté aux besoins de la personne âgée hospitalisée. Lors d'un épisode

d'hospitalisation, certaines pratiques de soins à la clientèle âgée contribuent largement au déclin fonctionnel de son état de santé initialement fragile. Parmi ces pratiques, nous citerons (1) l'alitement ou la réduction de la mobilisation, une pratique quasi systématique aux conséquences directes sur l'indépendance fonctionnelle de la personne âgée et induisant rapidement des conséquences à retentissement multisystémique nommées syndromes d'immobilisation (Corriveau & Roy, 2007; Blanchon, 2006; Graf, 2006, Kergoat et al., 2011), et (2) l'administration des médicaments aux patients âgés (sédatifs, hypnotiques, neuroleptiques, hypotenseurs, diurétiques) et des divers traitements comme les poses de sondes, les prises de sang, les opérations et autres pouvant engendrer des symptômes de somnolence, des vertiges, pertes de mémoire et des faiblesses musculaires (Blanchon, 2006; Covinsky et al., 2003, Lepage et Ouimet, 2008).

La figure 1 montre la relation bidirectionnelle entre les causes et les conséquences de ces syndromes d'immobilisation.

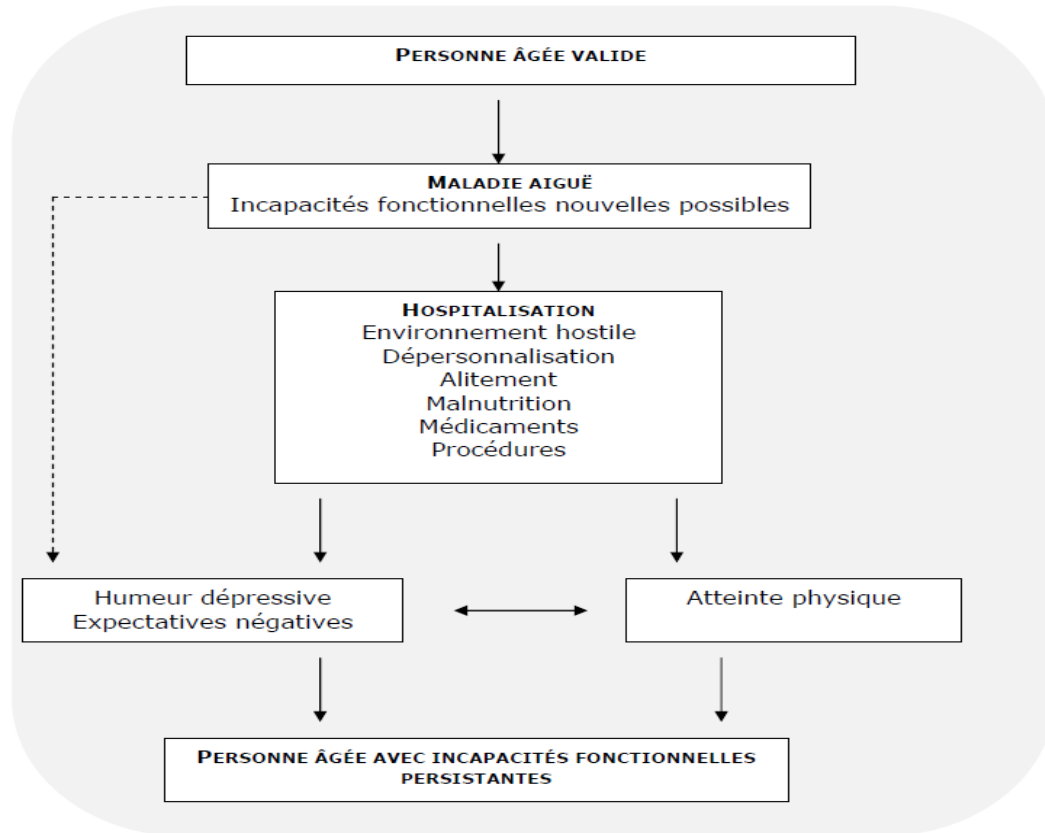


Tiré de : Kergoat et al. (2011). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.

Les besoins des soins présentés par la clientèle âgée fréquentant les urgences sont particulières et complexes. Mais, une fois à l'hôpital, la personne âgée fait face à une organisation qui n'a pas encore su ajuster ses pratiques quotidiennes à ses besoins en tant que clientèle vulnérable (Andrew et al., 2006; Association des infirmiers et infirmières autorisés de l'Ontario ou RNAO, 2006; MSSS, 2010-2011; Voyer et al., 2006).

Ainsi, cette clientèle est plus à risque des pertes fonctionnelles dans un environnement mal adapté à leurs besoins. Pour mieux contrôler les conséquences liées aux facteurs qui contribuent au déclin fonctionnel, la mise en place des principes d'une approche adaptée à la clientèle âgée dès son entrée à l'urgence, aidera à freiner le développement du déclin fonctionnel dans un contexte de débordement des urgences.

Figure2: Induction du déclin fonctionnel chez la personne âgée hospitalisée.



Tiré de Kergoat et al. (2011). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.

3.1 Approche gériatrique en milieu hospitalier

Collin, Richard et Voyer (2009) définissent l'approche gériatrique comme une prise en charge particulière de la personne âgée, basée sur les connaissances du vieillissement normal et pathologique. L'objectif de l'approche gériatrique est de promouvoir, maintenir et améliorer si possible, le vieillissement en santé et la qualité de vie ainsi que l'autonomie fonctionnelle de la personne. Ceci permet à la personne âgée de demeurer le plus longtemps possible dans son milieu de vie désiré. L'approche permet aussi d'offrir des services adaptés à la clientèle âgée présentant des caractéristiques particulières (ASSS de Montréal,

2008; Morin et Leduc, 2004; MSSS, 2011). Les soins, services et environnement centrés sur la personne et ses proches impliquent de (1) les informer de toutes interventions qu'on fait, des divers services à leurs dispositions et (2) de les faire participer aux processus de décision et de planification de leurs services. Les dispensateurs respectent la vie privée, la dignité et l'autonomie du client et de ses proches. Ils répondent aux besoins des clients de manière holistique (ASSS de Montréal, 2008; MSSS, 2011).

Par ailleurs, l'approche des soins en milieu hospitalier demeure une approche de soins par organe, une philosophie peu individualisée d'immédiateté et de vitesse. Ces auteurs rapportent que, souvent par manque d'information et de connaissances, par souci d'efficacité et pensant bien faire, les organisations mettent en place, par défaut, des pratiques qui nuisent à la santé de la personne âgée. Certaines pratiques de la part des intervenants sont à risque et peuvent contribuer à la diminution de la mobilité chez la personne âgée hospitalisée : le maternage, l'utilisation injustifiée ou précoce des contentions, la non-priorisation (Corriveau & Roy, 2007; Lepage & Ouimet, 2008). Ces façons de faire contribuent encore davantage à précipiter les complications chez cette clientèle. On fait référence ici au *delirium* et au *syndrome d'immobilisation* menant à des pertes fonctionnelles (Andrew et al., 2006; Kergoat et collaborateurs, 2010). On considère aussi l'environnement physique du milieu hospitalier qui est moins adapté à la clientèle âgée. En fait, il est conçu en vue de faciliter le travail des professionnels auprès des clientèles plus jeunes dont la durée d'hospitalisation est courte, sans problème majeur de mobilité et d'atteintes cognitives (Kergoat et al., 2011, Palmer, Counsell et Landefeld, 2003).

L'AG soutient que les actions des soignants sur les facteurs de risque sont souvent très bénéfiques pour la personne âgée. Même une mobilisation minimale peut prévenir considérablement l'intensité et l'incidence des conséquences liées à la mobilisation chez l'aîné (Covinsky et al., 2003; Hébert & Roy, 2007). Le MSSS (2011) propose aux établissements de santé de prévenir le déclin fonctionnel en agissant sur le *delirium* et le syndrome d'immobilisation auprès des aînés qui sont susceptibles d'en souffrir, en raison de l'action combinée des changements physiologiques associés au vieillissement et à la maladie. Ces syndromes sont entretenus à l'hôpital par des processus de soins et par un environnement non adapté aux besoins des aînés. Certaines de ces actions à poser par les intervenants pour contrer le déclin fonctionnel chez la personne âgée, adaptées du cadre de référence du MSSS (2011) sur l'approche gériatrique, sont présentées en annexe 4 de ce rapport. Pour éviter le déclin fonctionnel iatrogène chez la clientèle âgée hospitalisée, les établissements de santé se doivent de mettre en place une approche de soins qui réponde vraiment à leurs besoins.

La mise en place des changements d'approche adaptés aux aînés en milieu hospitalier serait bénéfique tant pour les aînés que pour l'organisation des soins. On observe quelques impacts positifs pour les patients, leurs proches, les intervenants et le système de santé (Fugale et Bradley, 2006). Parmi ces changements nous pouvons mentionner : la diminution des risques de complications et des taux de réadmissions, l'augmentation de la satisfaction des patients, la baisse des coûts, l'augmentation de la responsabilité, du contrôle, de l'indépendance et de l'autonomie du patient (Fugale et Bradley, 2006; Kergoat, 2010; MSSS, 2011). Au CSSSNL comme ailleurs dans le réseau de santé, l'implantation de l'approche gériatrique est vue comme un des moyens pour produire des soins de santé

efficaces et efficaces offerts à sa clientèle âgée en milieu hospitalier. C'est d'ailleurs pour ces raisons qu'au CSSSNL, depuis plusieurs années, on continue d'œuvrer aux travaux de mise en place d'une AG.

Parce que tout changement bouscule directement les perceptions des valeurs des acteurs impliqués, son implantation peut être perçue comme une menace à l'intégrité du bien-être des personnes visées par cette remise en cause et nuire ainsi au fonctionnement des activités qui y sont reliées. C'est en majeure partie la raison pour laquelle les auteurs recommandent aux organisations de mieux gérer le changement. En effet, la gestion du changement vise à soutenir les personnes à changer leurs comportements de manière particulière et souhaitée, en leur fournissant les meilleurs outils et le soutien approprié (Réseau canadien de gestion de changement, 2011). L'implantation de l'approche gériatrique est l'affaire de tous, cliniciens tout comme gestionnaires. C'est là une condition essentielle pour contribuer au maintien du bien-être de notre population âgée (Kergoat et collaborateurs, 2010).

Pour faciliter l'implantation du changement des pratiques des soins à la clientèle âgée, nous verrons dans la section qui suit comment de bonnes stratégies dans le domaine de gestion de changement peuvent contribuer à planifier le déroulement des activités qui mènent à l'implantation de ce changement.

3.2. Gestion de l'implantation de l'approche gériatrique

La mise en place de nouvelles pratiques n'est pas simple. Elle peut nécessiter un changement important des pratiques ainsi qu'une réorganisation des ressources humaines, financières et technologiques afin de mener à bien le changement. Denis (2001) définit le changement comme étant une modification d'un système des valeurs, des perceptions

qu'ont les acteurs d'une situation, ainsi que des structures et des pratiques dans un champ organisationnel donné. À ce titre, une planification structurée des étapes d'implantation de l'approche gériatrique au CSSSNL devrait se référer aux bonnes pratiques de gestion. Ainsi, ces pratiques faciliteront le développement des outils innovateurs qui soutiennent efficacement le processus de changement (Desbiens et Dagenais, 2002).

Le processus de changement nécessite un leadership particulier propice au changement. Une transformation est possible dans le milieu si le leader est à même de renforcer la coopération entre les acteurs du domaine clinique et ceux du domaine administratif. Il doit être capable de développer une vision collective, un partage efficace des rôles tout en portant une attention particulière à la communication et à la validation du projet de changement avec la base de l'organisation. Les leaders doivent être en mesure d'établir un équilibre entre les préférences des acteurs au sein de l'organisation et les pressions de l'environnement pour le changement (Denis, 2002).

L'implication des acteurs clés de la haute direction de l'organisation est pertinente et surtout essentielle à la réussite d'un projet. Kergoat et collaborateurs (2010) exhortent le conseil d'administration et le comité de direction à un engagement clair et à mettre en place des stratégies d'implantation à multiples facettes. D'autres spécialistes mentionnent l'importance de coordonner les efforts afin de mettre en place une vision commune de partage des valeurs. Ceci garantirait une cohésion de tous les intervenants impliqués dans le processus de changement (Contandriopoulos, Denis et Touati, 2002).

Cette recension des écrits nous montre que, de par son état de vieillissement naturel ou pathologique, la personne âgée s'avère une population vulnérable et qui fréquente le plus souvent le milieu hospitalier. Malheureusement, les hôpitaux se retrouvent confrontés à des

problèmes de tout genre (engorgement des urgences, liste d'attente très longue, pénurie de personnel, soins mal adaptés à cette clientèle âgée,...). C'est pour cela que les spécialistes de la question entourant les soins à la clientèle vieillissante proposent l'approche gériatrique comme solution pour améliorer l'accès et la qualité des services de santé offerts à cette clientèle. L'approche gériatrique est basée sur les principes de coordination et d'intégration des services, de changement des pratiques et des valeurs, de globalité des soins, etc. Par ce fait, l'implantation de ces changements n'est pas une affaire simple.

Ce qui précède souligne la pertinence du stage et le rôle qu'aura la stagiaire tout au long de celui-ci soit, d'influencer un leadership transformationnel dans ce milieu afin de guider le processus de changement dans l'implantation de l'approche gériatrique au CSSSNL. Le présent stage de maîtrise en sciences infirmières, option administration, s'inscrit dans ce cadre. Il s'est déroulé au CH du CSSSNL : un centre hospitalier régional, secondaire de traumatologie, qui compte 250 lits de courte durée, 12 lits de soins intensifs et coronariens et une urgence de 33 civières au permis. En réalité, le nombre de civières occupées est rarement en bas de 60, frôlant même le cap des 100 civières occupées.

L'expérience des tentatives d'implantation de l'AG au CSSSNL a souligné l'implication de nombreuses ressources ayant des répercussions positives et négatives sur le bon déroulement de l'implantation. De plus, le vaste territoire de la région du Nord de Lanaudière représente un défi supplémentaire aux organisateurs des soins de santé pour la clientèle âgée de cette région. Ainsi, le développement d'une structure efficace d'implantation de l'AG au CSSSNL tient aussi compte des spécificités de cette région. C'est pour cela que nous avons arrêté le choix du cadre de référence sur le *Project Management Institute* (PMI), car ce cadre offre à la gestion de projet une méthodologie

procédurale qui contrôle le mieux les différents paramètres dans chacune des étapes du déroulement du projet. La section qui suit nous présente brièvement le PMI, cadre de référence utilisé dans ce projet de stage.

4. Cadre de référence

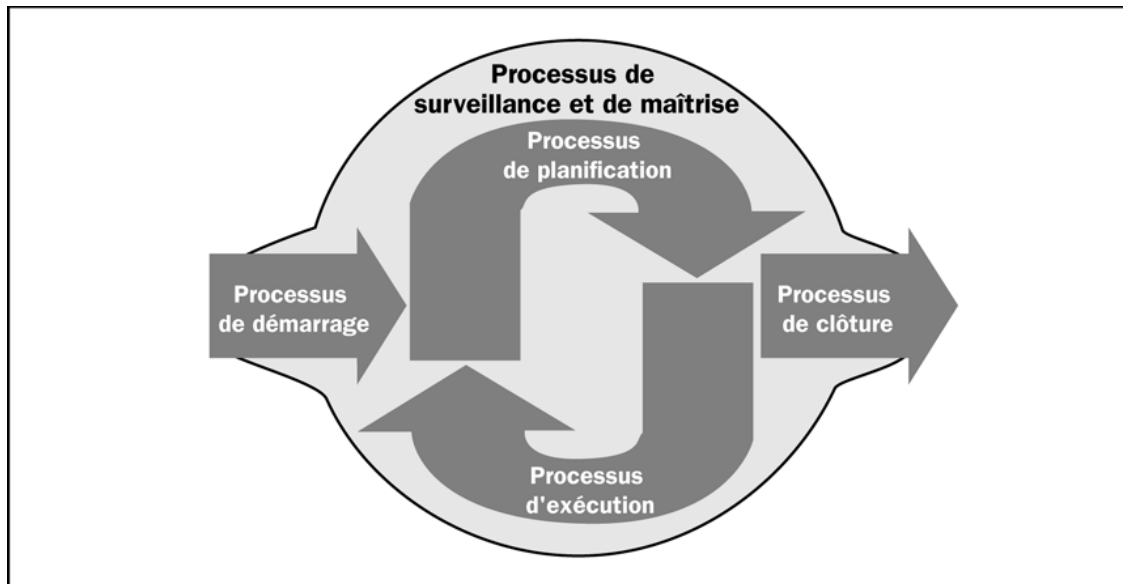
Le cadre de référence adopté est celui du *Project Management Institute* (PMI), une organisation sans but lucratif fondée en 1969 à Philadelphie et qui est maintenant répandue dans plus de 140 pays. Le PMI propose une approche bien développée dans le guide de corpus des connaissances structuré du PMI nommée le *Project Management Body of Knowledge* (PMBOK, 2004) et est reconnue comme un outil indispensable dans la communauté des experts en gestion de projets. Un projet est une entreprise temporaire décidée dans le but de créer un produit, un service ou un résultat unique. C'est un moyen d'organiser des activités qui ne peuvent pas être traitées dans le cadre du fonctionnement habituel d'une organisation. Le projet est par conséquent un moyen utilisé pour réaliser les plans stratégiques de l'organisation. La gestion de projet permet alors d'appliquer les connaissances, les compétences, les outils et les techniques aux activités du projet (PMBOK, 2004).

Le PMBOK propose une approche qui est décrite en termes d'intégration des cinq processus (Voir figure 3) de management de projet qui se définissent comme suit :

1. Démarrage : qui équivaut au début de l'activité et/ou à l'autorisation du projet.
2. Planification : on y fixe les objectifs; on planifie les activités et les périmètres du projet.
3. Exécution (Réalisation) : intégration de toutes les ressources dédiées aux activités du projet.
4. Surveillance et maîtrise : monitoring régulier dans le but de détecter les impératifs capables d'interférer au bon déroulement du projet et les corriger s'il y a lieu.
5. Clôture : mise à l'arrêt des activités du projet, à l'atteinte des objectifs.

Ces cinq étapes nous aideront à mieux cadrer le déroulement des activités du stage.

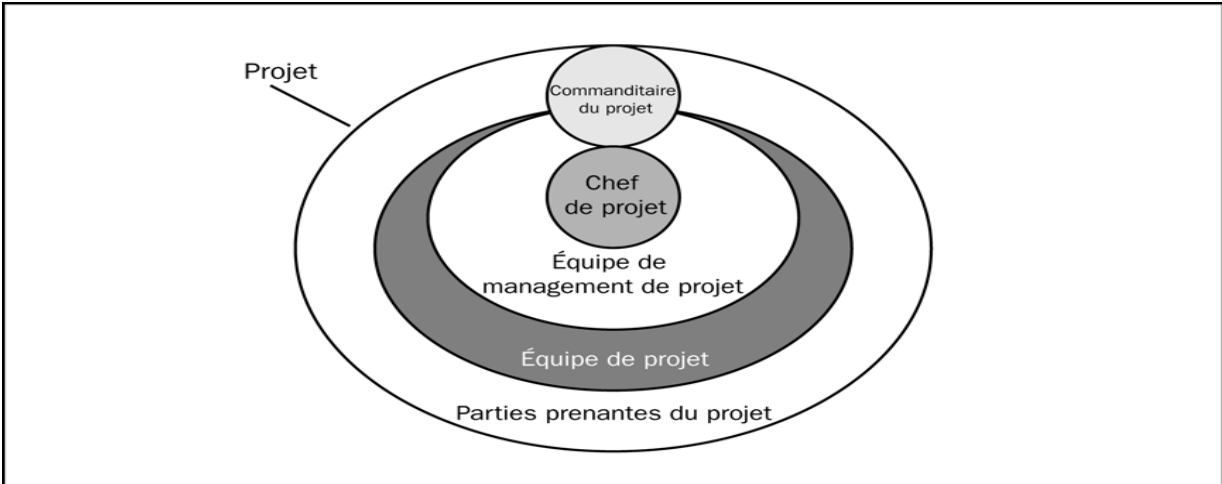
Figure 3: Illustration de 5 processus de gestion de projet selon PMI.



Tiré de PMI (2004). *Guide du corpus des connaissances en management de projet.*

Le PMI souligne l'importance des parties prenantes et de l'influence organisationnelle dans le bon déroulement du projet. En effet, les parties prenantes du projet sont les personnes et les organisations activement impliquées dans le projet, ou dont les intérêts peuvent subir l'impact de l'exécution ou de l'achèvement du projet. C'est pourquoi le PMI (2004) recommande fortement qu'il y ait une équipe pour gérer le projet composée des personnes issues des différents milieux pouvant être concernés par le projet afin de contrer les effets. Elles peuvent aussi influencer les objectifs et les résultats du projet. L'équipe de management de projet (équipe de gestion de projet) doit identifier ces parties prenantes, déterminer leurs exigences et leurs attentes et, dans la mesure du possible, gérer leur influence par rapport aux exigences de façon à assurer le succès du projet (PMI, 2004). La figure 4 illustre une gestion dynamique entre les parties prenantes qui gravitent autour d'une organisation pilotée par le chef (gestionnaire) de projet suivant les recommandations du commanditaire, qui représente l'organisation de soins. Voir les rôles de chaque partie présentés en annexe 2.

Figure 4: Présentation des personnes clés d'un projet.



Tiré de PMI (2004). Guide du corpus des connaissances en management de projet.

5. Déroulement du stage

À travers ce stage, la DAPSP au CSSSNL veut mettre une structure de gestion de projet pour soutenir efficacement les activités d'implantation de l'approche l'AG dans leur institution de soins. Le CSSSNL, à l'image de la plupart des organisations, est constamment soumis aux changements et se doit de se munir d'un système de gestion de changement efficace. C'est donc par souci d'efficacité et d'efficience que les gestionnaires du CH du CSSSNL ont jugé bon de s'appuyer sur des principes issus des bonnes pratiques, à travers le présent stage, afin de mieux structurer l'introduction des changements des pratiques cliniques des soins à la personne âgée.

5.0. Activités pré-stage

Le premier contact de la stagiaire avec le milieu du stage a été établi en juin 2010 avec le directeur de la DAPSP où le sujet du stage touchant l'implantation de l'approche gériatrique au CH du CSSSNL a été retenu. L'implantation de l'approche gériatrique représentait un beau défi pour la stagiaire et une opportunité pour le milieu, car, d'une part, il répondait aux besoins académiques comme complément dans le processus de développement de l'apprentissage à la maîtrise en sciences infirmières, option administration, et d'autre part, il s'inscrivait dans le plan d'action du MSSS comme étant une priorité pour l'organisation pour les soins aux aînés. Ce sujet fut approuvé par Mme Isabelle Brault et M. Carl Ardy Dubois respectivement, directrice et codirecteur de maîtrise.

Une conseillère clinicienne en soins infirmiers et la coordonnatrice du programme médecine générale et spécialisée au CH du CSSSNL ont agi à titre de personnes-ressources durant le stage. Aux termes de plusieurs séances de travail, il avait été convenu par toutes les parties que l'élaboration d'une structure d'implantation de l'approche gériatrique à la DAPSP au CSSSNL, basée sur le cadre de référence PMI, ferait l'objet du stage. Les documents du stage élaborés par la Faculté des sciences infirmières de l'UdeM ont été transmis aux personnes-ressources afin de leur permettre de prendre connaissance des exigences et des critères du projet de stage. Le déroulement du stage à temps complet avait été planifié à partir de décembre 2010 pour se terminer à la fin d'avril 2011

5.1. Activités de prises de contact avec le milieu

Les activités de prise de contact avec le milieu avaient débuté en décembre 2010, dans le but de procéder à la collecte d'informations nécessaires et d'identifier les personnes ressources devant faire partie du projet. Le défi ici était de cibler les acteurs clés dans le projet d'implantation avec l'aide des personnes-ressources du stage, en vue de réussir l'introduction du changement. Les connaissances de la stagiaire de l'organisation hiérarchique, le milieu physique du stage, les relations entre les personnes du milieu et surtout l'intérêt particulier que le milieu manifestait pour le sujet du stage ont été les éléments facilitateurs pour l'intégration de la stagiaire et la réussite du stage.

La conception du plan de stage et la planification des activités du stage ont été réalisées sur la base théorique du PMI. Outre les cours de gestion de projet suivis dans le cadre de la formation académique et des formations offertes par le milieu de stage, une journée de formation sur les stratégies de communication données par la firme « Riverin Stratégies »

en 2010 et la participation à un colloque sur l’approche gériatrique au CHUM en février 2011 ont permis à la stagiaire d’enrichir ses capacités de planification et de réflexion.

Une lecture exhaustive des écrits traitant de la gestion de système de santé, gestion des organisations des soins, gestion de projet et de l’approche gériatrique a été plus que nécessaire pour aider à mieux saisir les enjeux impliquant l’implantation du changement au sein d’une organisation de santé. Enfin, un journal de bord contenant des détails sur le déroulement des activités de stage et des réflexions cognitives qui y sont liées a été tenu tout au long du stage.

Tableau 1 : Diagramme de Gant illustrant le déroulement du stage.

Activités de stage	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril
Prise de contact	Sem 4	Sem 1			
Objectif 1		Sem 2-3-4			
Objectif 2			Sem 1-2-3-4	Sem 1-2	
Objectif 3				Sem 3-4	Sem 1-2
Rapport final					Sem 2-4 et mai 2011

6. Déroulement des activités du stage

La démarche en cinq processus de PMI (2004) : processus de démarrage, processus de planification, processus d'exécution, processus de surveillance (contrôle) et processus de clôture telle que montrée à la Figure 3 du présent rapport de stage, va guider la structuration du projet. Dans l'évolution de ces activités du projet, le PMI prévoit dans le processus de contrôle, d'évaluer l'évolution du projet. À cet effet, le passage d'un processus à l'autre n'est possible que si les activités prévues sont réalisées. Dans le cas contraire, le PMI recommande de retourner pour réajuster les activités dans le processus de planification et/ou redéfinir les objectifs du projet.

À cause de l'influence du cadre de référence de PMI, nous avons choisi de présenter cette section dans une forme procédurale, car elle représente le mieux le processus de réalisation de stage tel que guidé par le PMI (2004). De plus, la stagiaire s'est référée aux autres outils de gestion pour préparer et animer les activités du stage. Voir en annexe 3 le tableau résumé de la logique de préparation au déroulement de chacune des activités de ces objectifs du stage par la stagiaire.

Rappelons tout de même que les travaux de ce stage visent à soutenir le développement d'une approche systématique de gestion de projet pour l'implantation de l'approche gériatrique (AG) au CSSSNL. De plus, la stagiaire s'est référée aux autres outils de gestion pour préparer et animer les activités du stage. (Voir en annexe 3 le tableau résumé de la logique de préparation au déroulement de chacune des activités de ces objectifs du stage par la stagiaire).

6.0. Déroulement des activités de réalisation des objectifs

6.1. Objectif 1:

« Constituer avec la DAPSP une équipe de gestion de projet basée sur les principes du PMI ». Pour ce faire, nous nous sommes référés d'abord au promoteur du stage reconnu lors de la prise de contact sur le terrain afin d'identifier les personnes clés pouvant réellement influencer les bons déroulements des activités qui suivront. Pour mieux gérer un projet, le PMI (2004) suggère au démarrage du projet, de se référer au promoteur (ou aux promoteurs) de projet afin de définir les orientations du projet, d'identifier les personnes clés et fixer les attentes de chacune des parties concernées. Il importe ici de s'assurer de l'engagement et la disponibilité du promoteur de projet.

La rencontre entre la stagiaire et le promoteur du projet marque le démarrage du stage. Nous avons déterminé que le directeur de la DAPSP est le promoteur du stage selon les informations retenues par la stagiaire. En effet, les activités pré stage avaient révélé que plusieurs directions (DAPSP, DIS-PSSS, DPALV), regroupées en comité des directions, étaient impliquées de différentes manières dans le projet approche gériatrique sans une autre structure connexe. Pour des raisons pratiques du déroulement de ce projet, la stagiaire a suggéré que ce comité des directions soit représenté par le directeur de la DAPSP pour le projet du stage. Donc, le DAPSP représente ici le promoteur de projet selon la définition des personnes clés selon le PMI (2004) défini en annexe 2.

Par contre, il n'y avait pas de structure formelle entre ces directions. Elles travaillaient sans structure formelle pour la gestion du projet AG. Il est donc pertinent de mettre en place une structure regroupant tous ces acteurs autour d'un même projet pour

mieux implanter le processus de changement. Ces éléments ont influencé la planification des activités pour la réalisation de cet objectif. D'ailleurs pour réussir le changement, il est primordial d'avoir un espace commun, encouragé par des modalités organisationnelles, perçu par une large coalition et il est aussi primordial d'avoir du leadership (Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001).

Dans le processus d'exécution, la stagiaire a présenté au promoteur des éléments de structure d'un projet selon les principes issus du PMI. Ce qui s'est fait lors d'une rencontre d'une heure où la stagiaire fait un bref exposé au directeur de la DAPSP (promoteur du projet) sur la structure de gestion de projet proposée par le PMI (2004). L'accent est mis sur les rôles des personnes clés d'un projet et l'équipe de gestion de projet. Selon le PMI (2004), l'équipe de gestion de projet doit prendre en compte les caractéristiques suivantes : la disponibilité, la capacité, l'expérience et les intérêts.

La stagiaire considère la pertinence de prendre en compte toutes les directions impliquées dans ce projet pour former une ÉGP représentative. Ensemble, le directeur de la DAPSP et la stagiaire procèdent à la nomination des personnes, par titre et non par nom, tout en expliquant la pertinence de la présence de ces personnes dans le projet.

Le processus de contrôle révèle ici que les membres de l'ÉGP sont issus de toutes ces directions impliquées dans le projet AG au CSSSNL. Cette réalité a permis à la stagiaire de redéfinir la notion de participants au stage qui a été élargie à l'ensemble des gestionnaires du CSSS, plutôt que de se limiter aux gestionnaires de la DAPSP. Une liste des membres d'ÉGP potentiels était dressée en concert avec le directeur de la DAPSP comme il était défini au point 2.5 à la section 2 de ce rapport.

De plus, le directeur de la DAPSP est convaincu de la pertinence d'une structure de gestion de projet tel que défini à l'annexe 2 et l'importance d'une équipe de gestion de projet. Voilà ce qui justifie son acceptation de mettre en place une équipe de gestion de projet (EGP), comme structure de gestion des processus du projet AG qui va œuvrer sur le développement et la mise en œuvre de ce projet.

Le premier objectif du stage se clôture avec une première liste des membres de l'EGP (le tableau #2 représente les 10 membres désignés pour faire partie de l'équipe de gestion de projet) et par le feu vert du promoteur de fixer une rencontre avec l'ensemble de ces personnes. Une invitation à la première rencontre des membres potentiels d'EGP est envoyée via la secrétaire de la DAPSP.

Tableau 2: Première liste des membres de l'équipe de gestion de projet

-
1. Adjointe au directeur de la DAPSP
 2. Coordonnateur du programme chirurgie, services ambulatoires et parents-enfant (DAPSP);
 3. Coordonnatrice à la prestation sécuritaire des soins et services (DPSSS);
 4. Coordonnatrice des services gériatriques (PALV);
 5. Coordonnatrice du programme médecine générale et spécialisée (DAPSP);
 6. Conseillère clinicienne en soins infirmiers (DSI);
 7. Chef des services formation et continuum soutien clinique et liaison (DSI);
 8. Chef du programme pneumologie et SARM (DAPSP);
-

9. Chef du programme cardiologie (DAPSP);

10. Chef du programme chirurgie (DAPSP).

6.2. Objectif 2:

« Habilitier l'équipe de gestion de projet à s'approprier et à utiliser la méthodologie issue de PMI ». Selon le PMI (2004), il est important d'utiliser toutes les connaissances nécessaires issues de différents domaines pour mieux gérer les activités du projet. À cette étape, une stratégie de gestion participative est favorisée. Ainsi, les participants avaient un rôle central (décisionnel), alors que la stagiaire avait un rôle-conseil et de coordination des activités du projet selon les balises fixées par les théories dans le domaine de gestion et le cadre de référence PMI.

Deux points sont importants à cette étape:

1. La planification et l'animation des rencontres avec l'ensemble des membres de l'EGP.
2. La formation des participants : recueillir, développer et présenter la documentation nécessaire pour la formation des membres de l'EGP.

Par souci de clarté, ces deux points sont développés dans ce rapport l'un après l'autre alors qu'en réalité ils se chevauchent.

6.2.1. La planification et l'animation des rencontres

Au moment de démarrer les activités de l'EGP, soit en janvier-février 2011, l'organisation a dû faire face à des éclosions de gastroentérite et au virus de la grippe sur

plusieurs unités de soins. Ce qui avait rendu moins disponibles les gestionnaires qui ont dû consacrer la majeure partie de leur temps à gérer des situations de crise sur les unités de soins. Pour surmonter ces difficultés dans le processus d'exécution, la stagiaire référée aux stratégies de gestion de projet proposées par le PMI afin de maximiser les interventions auprès des participants. Le PMI (2004) propose plusieurs façons de travailler dans une EGP. Une des façons c'est l'utilisation par l'équipe virtuelle des technologies (téléphone, internet, intranet, logiciels...). Il faut trouver des moyens pour atteindre les gestionnaires et éviter le retardement, voir l'échec du stage.

Une aide technique de la part du secrétariat de la DAPSP a permis à la stagiaire d'être mieux équipée pour gérer la technologie de l'information et de communication (TIC). Grâce aux TIC et soutenue par la secrétaire de la DAPSP, la stagiaire apprend à apprivoiser la TIC disponible. La stagiaire dresse une liste informatique des membres de l'EGP et procède de façon efficace à la planification et à la vérification des disponibilités de tous les membres de l'EGP et confirme ainsi leurs engagements.

Un quorum d'au moins quatre personnes plus la stagiaire a été fixé pour tenir une rencontre physique avec l'équipe de gestion de projet. Un calendrier de rencontres couvrant la période allant de fin janvier à mars/début avril 2011 (fin du stage) a été retenu en raison de deux heures par rencontre, une à deux fois par semaine, selon les disponibilités recueillies.

Des rencontres individuelles (tête à tête ou téléphoniques) ont eu lieu entre la stagiaire et les membres de l'EGP de façon aléatoire. Ces rencontres étaient nécessaires car elles permettaient à la stagiaire de recueillir et valider certaines informations pertinentes. Cette pratique s'est révélée avantageuse pour faire progresser les travaux de préparation de projet.

Notons que l'internet fut l'outil le plus utilisé car une fois d'accord de façon individuelle ou virtuelle, le document est transféré via internet à chacun des membres en vue de préparer la prochaine rencontre physique.

Le processus de contrôle souligne le fait que l'EGP était formée des gestionnaires des niveaux différents, coordonnateurs des programmes, conseillère clinicienne, chefs des programmes. Un décalage remarquable d'idées a été ressenti dans la participation des trois chefs de programmes. Ces derniers avaient des préoccupations d'ordre opérationnel alors que le débat était plutôt au niveau de la planification stratégique et tactique du projet. Les chefs des programmes manifestaient peu d'intérêt, questionnaient souvent la pertinence de ces rencontres.

Somme toute, les participants ont consenti à l'idée avancée de réduire le groupe de 10 à 7 membres par le retrait des 3 chefs de programmes afin de former une équipe constituée des personnes ayant des intérêts semblables pour ce projet. Le tableau #3 dresse la liste finale des membres de l'équipe de gestion de projet formée à la suite des activités de réalisation de l'objectif 1 du stage.

Tableau # 3: Liste finale des membres de l'équipe de gestion de projet.

1. Adjointe au directeur de la DAPSP;
2. Coordonnateur du programme chirurgie, services ambulatoires et parents-enfant;
3. Coordonnatrice à la prestation sécuritaire des soins et services;
4. Coordonnatrice des services gériatriques;

-
5. Coordonnatrice du programme médecine générale et spécialisée;
 6. Conseillère clinicienne en soins infirmiers;
 7. Chef des services formation et continuum soutien clinique et liaison.
-

6.2.2. La formation des participants

Pour cette partie, il est prévu de recueillir, développer et présenter la documentation nécessaire pour la formation des membres de l'EGP. Le démarrage des activités pour cette partie est a eu lieu janvier 2011 par la rencontre des membres de l'ÉGP. L'objectif est celui d'initier des membres de l'EGP aux principes du PMI pour mettre en relief les principes issus du PMI : la nécessité d'une équipe de gestion de projet, les attentes liées à cette équipe, les rôles des membres de l'équipe de projet et les outils disponibles pour une EGP.

La stagiaire a rédigé, entre autres, un document PowerPoint pour présenter aux membres de l'EGP. La documentation nécessaire pour ces activités est envoyée, en avance et cela le plus vite possible, aux membres de l'EGP, avec une copie conforme au DAPSP, via internet. Une présentation magistrale du document PowerPoint (PPT) mettant en relief les principes de PMI est faite par la stagiaire. Ce document permet aux participants de se familiariser aux principes de PMI pour œuvrer de façon procédurale, dans le développement de l'outil de l'implantation de l'approche gériatrique. (Voir annexe 4).

Dans le processus de contrôle, la stagiaire a noté l'existence des disparités entre les attentes des participants et celles du stage telles que planifiées. En effet, le directeur de la DAPSP a expliqué qu'il s'attendait à recevoir une ébauche du plan d'implantation

entièrement élaboré par la stagiaire, sur lequel les membres de l'EGP n'auraient qu'à apporter certains correctifs nécessaires et en faire le plan d'implantation du projet final.

Bien que légitime, la demande du promoteur équivalait à proposer à la stagiaire de fournir aux participants un document prêt à l'utilisation, alors que l'essence de ce stage était de soutenir la démarche des participants et non de faire pour eux. Ce qui est un peu compréhensif dans le contexte actuel de gestion dans le domaine de santé. En effet, en raison de ces bouleversements incessants vécus par les responsables des soins (gestionnaires), ces derniers ont peu de temps à consacrer aux activités d'organisation de réalisation des changements (Eyres et Unsworth, 2005; Gabbay et al., 2003; Ginsburg, Lewis, Zackheim et Casebeer, 2007). Toutefois, ces spécialistes s'accordent pour dire qu'il est essentiel de prendre le temps de préparation pour la réussite d'un projet.

On comprend dès lors, qu'il soit donc normal que le promoteur ou les personnes clés manifestent un point de vue différent du chargé de projet (rôle joué par la stagiaire ici). C'est en grande partie pour cette raison que le PMI recommande de bien définir les objectifs dès le début du projet. Ceci faciliterait la négociation en cas de disparités. Pour atteindre cet objectif, le défi était de mieux comprendre les besoins du milieu de stage. La stagiaire a donc adapté l'activité en cours laissant plus la place à l'écoute des besoins des participants, pour mieux réajuster les activités de la prochaine rencontre.

Pour la suite des activités, la stagiaire s'est référée aux directeurs de maîtrise et aux personnes-ressources afin de préparer une stratégie efficace pour la suite des activités du stage. La directrice de maîtrise a donné des pistes de solutions à la stagiaire, lui rappelant la nécessité d'aller puiser dans son journal de bord et le cadre de référence les éléments pertinents à la négociation avec le milieu et trouver une solution réaliste pour tous. Le rôle

des personnes ressources était très déterminant. Étant elles-mêmes membres de l'EGP, elles étaient donc participantes au stage. Les personnes ressources étaient mieux placées pour saisir les besoins. Elles ont su mieux expliciter à la stagiaire les besoins des membres de l'EGP et à l'équipe, ceux du stage.

Suite à ces conseils et à l'analyse de la situation par la stagiaire, une rencontre a eu lieu entre la stagiaire et le directeur de la DAPSP afin de revoir les orientations du stage et mettre en perspectives les attentes du milieu et celles du stage. Après négociation entre le directeur de la DAPSP et la stagiaire, une révision des objectifs du stage et ceux du milieu a permis la modification de l'orientation de la suite du projet. Le directeur propose de réduire l'ampleur du plan d'implantation, en se limitant à la planification de la partie stratégique d'implantation et en abandonnant la planification opérationnelle pour la suite des travaux de l'ÉGP après le stage. Ce qui permet à la stagiaire de maintenir l'essentiel du stage qui est de soutenir l'EGP.

Une autre séance de travail avec les membres de l'EGP a permis à la stagiaire de faire une nouvelle présentation sur les principes du PMI. À la fin de cette activité, l'EGP procède alors à la définition du but et les objectifs de l'approche gériatrique au CSSSNL selon le cadre de référence du MSSS sur l'approche gériatrique (voir tableau #4). Ce qui marque la fin de l'objectif 2. Pour la rencontre suivante, il est prévu que la stagiaire présente une ébauche du plan d'implantation de l'AG.

Tableau 4: but et objectifs de l'approche gériatrique au CSSSNL tels que définis par le MSSS(2011)

But	Objectifs de l'AG	Activités de l'AG
<p>1. Mise en place d'une stratégie d'intervention systématique auprès de la clientèle âgée de 75 ans et plus hospitalisée afin de bien maîtriser les notions cliniques entourant l'application des mesures de contrôle, le delirium et le syndrome d'immobilisation</p>	<p>1. Réduction de l'utilisation des mesures de contrôle (contention et isolement).</p> <p>2. Prévention et détection précoce du <i>delirium</i>.</p> <p>3. Prévention du syndrome d'immobilisation.</p>	<p>1. Promotion auprès des intervenants, des médecins, du patient/ famille et de la communauté;</p> <p>2. Formation de l'ensemble du personnel du centre hospitalier : utilisation des outils de dépistage, d'évaluation et d'interventions spécifiques dès l'admission à l'urgence et sur les unités de soins.</p> <p>3. Présence de professionnels spécialisés à l'urgence et sur les unités de soins : équipe de consultation gériatrique interne (ECGI).</p>

6.3. Objectif 3 :

«Orienter l'équipe de gestion de projet dans le processus de construction d'un plan d'action pour l'implantation de l'AG». Cet objectif est primordial pour ce stage car elle représente la finalité qui concrétise le stage. Les écrits dans les domaines de gestion de projet et de gestion du changement, mettent l'accent sur la présence de leadership et

l'engagement formel des décideurs. L'alliance entre les acteurs de changement et la collaboration avec les autres instances telles que le soutien médical, les cliniciens, les administrateurs sont là les signes prémonitoires de succès dans un processus de changement (Contandriopoulos, Denis, et Touati, 2001; Desbiens et Dagenais, 2002).

La réalisation de cet objectif s'est opérée en trois étapes : (1) préparation de la stagiaire (2) développement d'une grille du plan d'implantation et (3) finalisation de la grille et du plan d'implantation avec les participants.

6.3.1. Préparation de la stagiaire :

Au préalable, la stagiaire a identifié les activités pouvant aider à l'amélioration de ses connaissances en lien avec le plan d'implantation de l'approche gériatrique et sur les soins et la gestion des admissions et hospitalisations de la clientèle âgée. Elle s'est donc inscrite à deux comités pertinents : le comité aviseur et le comité de gestion de lits PALV. L'adhésion de la stagiaire à ces deux comités composés des intervenants de gériatrie et du gestionnaire des lits a débuté peu avant le début du stage, et elle s'est poursuivie jusqu'à la fin du stage, soit de novembre 2010 à avril 2011. Ces comités se réunissant chacun une à deux fois par mois, (mercredi aux deux semaines en raison d'une heure pour le premier et chaque premier vendredi du mois de 10 h à midi pour le second). Le rôle de la stagiaire n'était pas passif. Au contraire, elle a aidé activement au développement d'outils de communication sur l'approche gériatrique tels que le plan de communication, le dépliant d'information, le logo, l'aide mémoire (voir Annexes 4 et 5).

De plus, la stagiaire ainsi que la majorité des membres de l'EGP ont suivi la séance d'information d'une journée au CHUM en février 2011. Ce séminaire exposait l'expérience du CHUM dans l'implantation de l'approche gériatrique au sein de leurs hôpitaux.

Aussi, la stagiaire a procédé à une identification des documentations pertinentes traitant des sujets en cause. Elle s'est associée à une recension des outils et ressources (DVD, outils d'évaluations, dépliants d'information...) auxquels les intervenants avaient déjà accès dans le milieu pour les agencer à la recension des écrits au contexte du milieu.

Par la suite, un travail d'analyse et de synthèse a été fait par la stagiaire qui a passé en revue tout le document du PMBook afin d'en retirer les éléments pertinents pour l'ébauche du plan d'implantation. Les éléments retenus sont représentés par la stagiaire dans une grille élaborée principalement à partir d'étapes d'implantation d'un projet tirées du PMI (2004). Une grille comprenant les étapes du plan d'implantation est proposée avec des cases à compléter par les participants. Les étapes contenues dans cette grille (voir tableaux 5 et 6) constituent les éléments essentiels de la planification stratégique d'un projet.

Selon le PMI (2004), lorsqu'un projet est subdivisé en phases, les groupes de processus sont normalement répétés dans chacune des phases tout au long du projet afin de mener efficacement le projet jusqu'à sa fin. Les groupes de processus sont illustrés avec leurs relations en annexes 8 de ce rapport. Autrement dit, chaque activité ou étape d'un projet devra suivre les 5 processus du PMI. C'est pour cela que le plan d'implantation est conçu suivant les 5 processus. Nous nous sommes limités seulement à 2 processus, le démarrage et la planification, car il était prévu avec le promoteur que pour les raisons de temps dans le cadre du stage, ce projet de structuration se limitera à la planification stratégique. La suite du projet sera faite par l'EGP après le stage.

Tableau 5: Grille des étapes du plan d'implantation selon PMI (2004): processus de démarrage

Phase 1 : Définir les buts et objectifs du projet AG

Phase 2 : Nommer le comité directeur du projet AG

Phase 3 : Nommer l'équipe de management de projet AG

Phase 4 : Nommer les équipes de déploiement ou les équipes de projet AG

Phase 5: Identifier les parties prenantes du projet

Phase 6 : Élaborer l'organigramme des personnes clés du projet AG

Tableau 6 : Grille des étapes du plan d'implantation selon le PMI (2004) : processus de planification

Phase 1 : Planification et diffusion du plan de communication AG au CSSSNL.

Phase 2 : Estimer les ressources nécessaires pour le déroulement du projet AG.

Phase 3 : Estimer les coûts du projet AG.

Phase 4 : Identifier les risques et les solutions pour la réussite du projet.

Phase 5 : Formation du personnel soignant impliqué dans le projet AG.

Phase 6 : Déterminer les critères de performance du projet.

Phase 7 : Suivi et intégration des composantes du projet.

Phase 8 : Établir le rapport d'avancement du projet AG.

6.3.2. Développement du plan d'implantation

La validité ainsi que la crédibilité des connaissances sélectionnées n'étaient possibles que dans ce contexte où la stagiaire s'est au préalable assurée des besoins, des attentes, du contexte, des priorités ainsi que de l'engagement et de la contribution de tous dans ce processus de changement. Forte de tout ce qui précède, la stagiaire s'est sentie prête à

s'engager dans la suite des activités de stage, marquée par le choix d'éléments et la construction du plan d'implantation. La grille représentant des étapes du plan d'implantation final développée par la stagiaire a été envoyée au préalable aux participants. Les dates des rencontres physiques sont déterminées par le logiciel de planification de rencontre, via la secrétaire de la DAPSP.

Un rôle stratégique d'animatrice et de guide était réservé à la stagiaire. Lors de la rencontre physique, la grille était présentée aux participants, étape par étape, afin que ces derniers la bonifient et la modifient dans l'optique d'en faire un plan d'implantation complexe, adapté aux besoins du milieu. Durant cette période, chacune des interventions était notifiée et analysée par les membres de l'EGP. Ainsi, l'actualisation de la grille s'est faite en tenant compte des propositions d'amélioration faites par les participants suivant leurs champs d'intérêt et les besoins de leur organisation.

Dans le processus de contrôle, la stagiaire note que les participants ont manifesté leur déception. Ils avaient l'air découragé et semblaient percevoir cette activité comme un surplus de travail pour eux. Ils s'attendaient, en fait, à un plan de travail prêt à l'utilisation. Ils ont verbalisé leur manque de temps pour une telle activité. Comme prévu dans PMI (2004), la suite des activités n'est possible que si l'activité en cours est réalisée. Compte tenu du découragement des participants, un renforcement des acquis s'est imposé afin de faire prendre conscience aux participants que c'est à eux que revenait le développement du plan d'implantation. Ce qui nous a ramenait aux processus de planification et d'exécution.

La stagiaire s'est alors réassurée de l'engagement, la disponibilité et la motivation de tous, afin de faciliter le transfert des connaissances et la participation inconditionnelle des membres de l'équipe de gestion de projet. Car il est important que l'agent facilitant le

changement ait le souci de s'agencer aux préoccupations des intervenants (Ginsburg et al., 2007). Les exemples concrets ont été donnés aux participants par la stagiaire pour qu'ils se rendent compte de leur importance dans le développement du plan. Exemple: l'étape d'identification des ressources matérielles. Les participants ont compris qu'il leur revenait de nommer les ressources et identifier leur besoin plutôt qu'à la stagiaire.

Pour faciliter la réalisation des activités reliées à cet objectif, la stagiaire a encouragé et soutenu l'EGP à faire le diagnostic organisationnel, en se référant aux documents du MSSS (2011) intitulés *Diagnostic organisationnel* et *Préalables à l'approche adaptée*. (Voir à l'annexe 9 *Diagnostic organisationnel* et *Préalables à l'approche adaptée ainsi que le score du CSSSN*). Ces deux documents sont considérés comme l'étape initiale d'une démarche de transformation, car permettant aux acteurs de changement de mieux se positionner par rapport à leurs besoins (MSSS, 2011).

Après l'analyse de *Diagnostic organisationnel* et *Préalables à l'approche adaptée*, un score a permis de situer l'organisation dans son processus d'implantation en indiquant aussi leurs forces et les éléments à améliorer. Les participants ont déclaré mieux comprendre leur milieu et ils pouvaient mieux positionner leurs priorités en lien avec les travaux d'implantation de l'approche gériatrique.

L'analyse des diagnostics organisationnels a produit un déclic qui a conduit à la conclusion de ce point. Car, après cette activité, les participants se sont appropriés le plan d'implantation, à tel point que les rencontres suivantes pour le développement du plan d'implantation ont été convoquées par les coordonnateurs des programmes et non par la stagiaire.

6.3.3. Finalisation du plan d'implantation avec les participants

Processus de démarrage : L'EGP devra donc continuer à œuvrer pour la mise à l'exécution de ce plan selon les cinq processus du PMI (2004). Cette préparation tient compte du fait que les intervenants des milieux hospitaliers ont moins de disponibilités pour les activités de transfert de connaissances. Il est recommandé de mieux préparer les connaissances à présenter afin de faciliter leur transfert (Gabbay et al., 2003; Rycroft-Malone, Kitson, Harvey, McCormack, Seers).

Processus de planification : des rencontres virtuelles permettront l'avancement du plan et une dernière rencontre de travail sur le plan d'implantation est prévue pour s'assurer de la cohésion de tous.

Processus d'exécution : la rencontre organisée le 12 avril 2011 pour clôturer le stage avec l'adoption du document d'implantation final par l'ensemble des membres de l'équipe de gestion de projet.

Processus de contrôle : Malgré nos rencontres virtuelles, trois rencontres directes ont été nécessaires pour permettre une intervention cohésive dans le développement du plan d'implantation. L'outil développé en collaboration avec les participants « Plan d'implantation de l'approche gériatrique au CSSSNL» et entériné par tous s'intitule : Plan d'implantation d'approche Focus Aînés».

Le plan d'implantation est par la suite présenté au comité des directeurs par les coordonnateurs des programmes lors d'un assemblé général des gestionnaires. Ce qui conclut la fin du stage sur le plan d'implantation de l'AG au CSSSNL.

Le tableau 7 est l'outil final du stage qui est le plan d'implantation de l'approche gériatrique développé en collaboration avec les gestionnaires du CSSSNL. Ce plan final est subdivisé en trois grandes parties: (1) contenu du projet d'implantation de l'approche gériatrique au CSSSNL; (2) processus de démarrage; et (3) processus de planification.

Tableau 7. Plan d'implantation de l'approche gériatrique adopté par les gestionnaires du CSSSNL, 2011.

Centre de santé et de services sociaux
du Nord de Lanaudière



PLAN D'IMPLANTATION DE PROJET:

«FOCUS-AÎNÉS»

AU CH DU CSSSNL

Ce plan va guider le projet d'implantation de l'approche gériatrique «Focus-Aînés» à la direction administrative des programmes santé physique (DAPSP) du CSSSNL

VERSION 01

AVRIL 2011

PLAN D'IMPLANTATION DE L'APPROCHE GÉRIATRIQUE:

«FOCUS-AÎNÉS» À LA DAPSP DU CSSSNL

BUT ET OBJECTIFS DE CE PLAN	ACTIVITÉS	QUI?	ÉTAT DE SITUATION
<p>But : Structurer les modalités mises en place dans l'organisation pour l'implantation de l'approche gériatrique</p>	Utiliser le cadre de référence du Project Management Institute (PMI) pour la réalisation du projet (5 processus)	Kalanga Kashale	Fait
	Décrire les ressources de l'organisation pour l'implantation de l'approche gériatrique.	DAPSP Chargée de projet Équipe de gestion de projet	Fait
<p>Objectif : Faire un plan d'opérationnalisation du projet</p>	Mettre en place une structure stratégique de gestion de projet	DAPSP Chargée de projet Équipe de gestion de projet	Fait
	Définir la structure opérationnelle et tactique des activités du projet	DAPSP Chargée de projet Équipe de gestion de projet	Fait

I. PROCESSUS DE DÉMARRAGE

Phase 1 : Définir les buts et objectifs du projet

BUT	OBJECTIFS	ACTIVITÉS	QUI?	ÉTAT DE SITUATION
<p>1.0 Mise en place d'une stratégie d'intervention systématique auprès de la clientèle âgée de 75 ans et plus hospitalisée afin de bien maîtriser les notions cliniques entourant l'application des mesures de contrôle, le delirium et le syndrome d'immobilisation</p>	<p>1. Réduction d'application des mesures de contrôle (contention et isolement)</p> <p>2. Prévention et détection précoce du <i>delirium</i></p> <p>3. Prévention du syndrome d'immobilisation</p>	<p>a) Campagne de promotion auprès des intervenants, des médecins, du patient/ famille et de la communauté;</p> <p>b) Formation à l'ensemble du personnel de la DAPSP;</p> <p>c) Présence de professionnels spécialisés à l'urgence et sur les unités de soins : ECGI</p> <p>d) Utilisation des outils de dépistage, d'évaluation et d'interventions spécifiques dès l'admission à l'urgence et sur les unités de soins</p>	<p>PALV, Service des communications,</p> <p>Comité aviseur sur le plan de communication;</p> <p>Équipe de formation et Conseillère en soins</p> <p>Équipe de gériatrie mobile, inf. SAD, Pab. dédié à la clientèle sur civières</p> <p>DAPSP/PALV</p>	<p>Réalisé</p>

PHASE 2 : NOMMER LE COMITÉ DIRECTEUR

RÔLE	MEMBRES	QUI?	ÉTAT DE SITUATION
2.0 S'assurer de donner les moyens nécessaires au chargé de projet ainsi qu'à l'équipe de gestion de projet pour supporter la mise en place de l'approche gériatrique.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hélène Boisvert, directrice PALV 2. Robin Gagnon, directeur de la DAPSP 3. Pascale Gagné, directrice des finances 4. Martin Labrie, directeur DSI, DPSS 	<p>Kalanga Kashale,</p> <p>Équipe de gestion de projet</p>	Réalisé

Phase 3 : Nommer l'équipe de gestion de projet

RÔLE	MEMBRES	QUI?	ÉTAT DE SITUATION
3.0 Équipe de projet directement impliquée dans les activités de gestion de projet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chantale Gadoury, directrice adjointe au DAPSP; 2. Germain Gagné, Coordonateur des Programmes chirurgies DAPSP CSSSNL; 3. Maryse Janelle, Coordinatrice des services gériatriques CSSSNL; 4. Nancy Pellerin, Coordinatrice du programme Médecine générale et spécialisée DAPSP; 5. Ginette Provost, Conseillère clinicienne en soins infirmiers; 7. Diane Rochon, chef des services formation et continuum soutien clinique 	<p>Kalanga Kashale,</p> <p>Coordonnatrice clinico-administrative;</p>	Réalisé

	et liaison. 8. Monique Pichette, Coordonnatrice à la prestation sécuritaire des soins et services.		
<i>Phase 4 : Nommer les équipes de déploiement du projet</i>			
RÔLE	MEMBRES	QUI?	ÉTAT DE SITUATION
4.0 Équipes de formateurs qui effectuent le travail en lien direct avec le projet (sur le terrain)	Les équipes formées sur chacune des unités des soins de la DAPSP où se dérouleront les activités de l'implantation de l'approche gériatrique (à venir).	Équipe de gestion de projet. chefs des programmes impliqués	Réalisé
<i>Phase 5: Identifier les parties prenantes</i>			
RÔLE	MEMBRES	QUI?	ÉTAT DE SITUATION
5. Personnes ou équipes qui, sans être directement concernées par l'acquisition ou l'utilisation du produit du projet, peuvent directement ou indirectement, influencer le projet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usagers et sa famille 2. Comité des usagers 3. Maisons d'enseignement 4. Bénévoles sites SSSNL 5. Chefs des programmes 	Équipe de gestion de projet, Équipes de déploiement de projet	Réalisé

	<ul style="list-style-type: none">6. Personnel de soutien7. Professionnels8. Médecins9. Syndicats		
<i>Phase 6: Faire l'organigramme</i>			

Comité directeur

Chargée de
projet

Équipe de
gestion de
projet

Équipes de
déploiement de
projet

Usagers et sa
famille

Comité des
usagers

Maisons de
formation

Bénévoles
CSSNL

Chefs des
programmes

Personnel de
soutien

Professionnels

Médecins

Syndicats

II. PROCESSUS DE PLANIFICATION

Étape 1 : Planification et diffusion du plan de communication.

STRATÉGIES	ACTIVITÉS	QUI?	ÉTAT DE SITUATION
1.1 Mise en place des outils de promotion	a) Création d'un slogan et développement du logo pour le projet d'implantation de l'approche gériatrique;	Comité aviseur sur le plan de communication;	Réalisé
1.2 Sensibilisation des parties prenantes face au syndrome d'immobilisation	b) Bracelet d'identification vert	Service des communications	Réalisé
1.3 Communication sur le syndrome d'immobilisation	c) Aide-mémoire sous forme de carte plastifiée	Comité aviseur sur le plan de communication;	Réalisé
1.4 Présentation de la démarche et des attentes FOCUS-AÎNÉS au Conseil d'administration et au Comité de direction clinique	d) Présentation des outils de référence pour les intervenants, e) Promotion de la vidéo sur le syndrome d'immobilisation	Service des communications	Réalisé
1.5 Sensibilisation de la population face aux effets du syndrome d'immobilisation.	f) Présentation du plan de communication (PowerPoint). g) Présentation des outils de référence pour la population : Diffusion du logo, du slogan, des affiches, des	Maryse Janelle Service des communications	Réalisé

<p>1.6 Permettre de se familiariser avec le syndrome d'immobilisation, les outils élaborés par le CSSSNL et de suivre la mise en application</p> <p>1.7 Information aux médias des orientations que le CSSSNL s'est données en lien avec FOCUS-AÎNÉS</p>	<p>cassettes d'information Focus-ainés</p> <p>h) Rédaction d'articles dans le Vent du Nord</p>	<p>PALV</p> <p>Service des communications</p>	<p><i>Réalisé</i></p> <p><i>Réalisé</i></p>
--	--	---	---

Étape 2 : Estimer les ressources nécessaires.

STRATÉGIES	ACTIVITÉS	QUI?	ÉTAT DE SITUATION
<p>2.1 Déterminer l'environnement où se déroulera le projet d'implantation</p> <p>2.2 Adapter l'environnement selon les besoins de chacune des unités des soins de la DAPSP.</p>	<p>a) Discuter des choix stratégiques des unités des soins pour débiter les activités</p> <p>b) Prévoir les espaces d'entreposage des matériels</p> <p>c) Identifier le nombre des formateurs : deux ressources par unité des soins</p>	<p>Équipe de gestion de projet</p> <p>service de formation et les chefs de programmes</p>	<p><i>Fait</i></p> <p><i>Fait</i></p>

<p>2.3 Élaboration du plan de management des ressources humaines.</p>	<p>d) Déterminer le nombre d'équipes à former</p>		
<p>2.4 Libérer le personnel pour la formation</p>	<p>e) Définir les horaires de formation</p>	<p>agentes administratives</p>	
<p>2.5 Planification de matériels</p>	<p>f) Déterminer la durée de formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une journée de formation pour les professionnels (infirmières, infirmières auxiliaires, ergo, physio) sur le <i>delirium</i> et 3 heures pour les PAB; <p>heures sur les mesures des contrôles pour tous les soignants.</p>		
	<p>G) Planifier les horaires de travail complets pour la formation avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • plage horaire • noms des personnes à libérer, • nombre d'heures de formation • modes et critères d'évaluation • prévoir des plages de modifications des horaires 	<p>coordonnateurs des programmes, chefs de programmes</p>	
	<p>H) libérer les ressources de façon sécuritaire</p>		
	<p>I) communiquer les noms des personnes</p>	<p>SERVICE DE FORMATION</p>	
	<p>j) Afficher les noms et les horaires des formations dans tous les secteurs d'activité</p>		
	<p>K) Acheter les équipements médicaux spécialisés requis</p>		
	<p>l) Réserver des locaux, ordinateurs de projection, vidéo de formation sur l'approche gériatrique, matériels de</p>		

	formation...		
Étape 3 : Estimer les coûts			
STRATÉGIES	ACTIVITÉS	QUI?	ÉTAT DE SITUATION
3.1 Estimer le coût de matériels (publicités, équipements médicaux spécialisés...)	<ul style="list-style-type: none"> a) Attentes inter directions b) Faire l'appel au bureau des projets 	Comité directeur	Fait
3.2 Estimer le coût des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> c) Autorisation par le comité directeur d) Ajustement des besoins selon les ressources disponibles (ajuster le nombre d'heures de formation selon la capacité et les disponibilités des ressources) 	Coordonatrices DAPSP et PALV	Fait

Étape 4: Identifier les risques et les solutions possibles

STRATÉGIES	ACTIVITÉS	QUI?	ÉTAT DE SITUATION
<p>4.1 Faire le diagnostic organisationnel :</p> <p>4.2 Niveau stratégique, tactique et opérationnel (voir le document ministériel 2011)</p> <p>4.3 Définir les priorités relatives aux risques pour analyse ou actions ultérieures. Évaluer la probabilité qu'elles se produisent et leur impact.</p>	<p>c) Évaluer la culture du milieu (adaptée à la personne âgée ou pas)</p> <p>d) Reconnaître l'importance des équipes soignantes</p> <p>e) Évaluer le niveau de collaboration interprofessionnelle afin d'assurer la pérennité du projet</p> <p>f) Répertorier les mythes et croyances véhiculés au sujet de l'approche à la personne âgée</p> <p>g) Vérifier la disponibilité des ressources humaines, financières et matérielles ;</p>	<p>Analyse document MSSS (2011), diagnostique du milieu</p> <p>Membre de l'équipe de gestion de projet et la DAPSP</p> <p>Chargée de projet</p>	<p>Fait : mars 2011</p> <p>Fait</p> <p>Mars 2011</p>

<p>4.4 Planifier des réponses aux risques : développer des options et des actions afin d'améliorer les opportunités et de réduire les menaces relatives aux objectifs du projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> h) Prévoir les risques liés à la mobilité des personnes impliquées. i) S'assurer des compétences (capacités personnelles, potentiels,...) des personnes concernées, vérifier les horaires j) Réviser les échéanciers k) Prévoir les mesures alternatives (pour les désistements, mutations...) l) Au besoin, redéfinir les rôles pour les personnes impliquées dans le projet m) Faire régulièrement les suivis des activités du projet. n) Exécuter les plans de réponse aux 	<p>Équipe de gestion de projet</p>	<p>Mars 2011</p>
--	--	------------------------------------	-------------------------

<p>4.5 Surveillance des risques résiduels et identifier les risques nouveaux,</p>	<p>risques</p> <p>o) Évaluer leur efficacité au long du cycle de vie du projet</p>		<p><i>En cours</i></p>
<p>Étape 5 : Former le personnel.</p>			
<p>STRATÉGIES</p>	<p>ACTIVITÉS</p>	<p>QUI?</p>	<p>ÉTAT DE SITUATION</p>
<p>5.1 Développer et identifier la documentation pour la formation</p> <p>5.2 Identification et appropriation des rôles et responsabilités de chacun des intervenants</p> <p>5.3 Rencontrer les équipes de soins</p>	<p>a) <i>Développer le contenu clinique des formations sur l'approche gériatrique les mesures de contrôle, détection précoce du delirium et syndrome d'immobilisation</i></p> <p>b) <i>Adaptation des outils d'évaluation et d'intervention pour prévenir le déclin fonctionnel</i></p> <p>c) <i>Rôles de l'assistance et des infirmières, des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires dans le dépistage et prise en charge de la personne âgée</i></p>	<p><i>Caroline Roberge, conseillère en soins</i></p> <p><i>Ginette Provost, conseillère clinicienne en soins infirmiers</i></p> <p><i>Conseillère clinicienne du programme impliqué par la formation,</i></p> <p><i>Chefs des programmes</i></p>	<p><i>En cours</i></p> <p>Novembre 2010-janvier 2011</p> <p><i>En cours</i></p> <p>Novembre 2010-janvier 2011</p> <p>Janvier-février 2011</p>

	<p>d) Identifier les personnes-ressources pour chacune des unités des soins DAPSP</p> <p>e) Présenter aux équipes les programmes de formation à venir et divulguer les horaires de formation et les corriger au besoin</p>	<p>Chargé de projet, Chefs des programmes, Conseillère clinicienne en soins infirmiers</p>	
--	--	--	--

Étape 6 : Déterminer les critères de performance			
STRATÉGIES	ACTIVITÉS	QUI?	ÉTAT DE SITUATION
<p>6.1 D'ici septembre 2011, former 100 % des intervenants</p> <p>6.2 intégrer la formation «Focus-Aînés» dans le programme d'accueil des nouveaux employés</p> <p>6.3 Utilisation de Prisma-7 pour l'ensemble des clientèles âgées de 75 ans et plus admises à l'urgence</p>	<p>a) Faire les statistiques au besoin</p> <p>b) Observation et évaluation sur le terrain.</p> <p>c) Audits de dossiers</p>	<p>Chargée de projet</p> <p>Chef des programmes</p>	<p>Encours</p> <p>Fin Septembre 2011</p>

<p>6.4 Feuille de marche complétée dans plus de 80% des dossiers des usagers à risque</p> <p>6.5 Mettre en place les équipes de projet sur chacune des unités de soins de courte durée, d'ici octobre 2011</p> <p>6.6 Chaque équipe de projet déterminera ses objectifs prioritaires pour l'implantation de l'approche gériatrique sur son unité des soins</p>	<p>d) Évaluations formelles ou informelles selon les indicateurs</p> <p>e) Remplir le questionnaire de satisfaction à la fin de chaque formation</p> <p>f) Présentation des attentes pour chacun des unités des soins par les chefs du projet</p> <p>g) Suivi auprès des chefs des programmes concernés</p>	<p>Équipe de formation,</p> <p>Service des communications</p> <p>Autres</p>	
<p>Étape 7: Assurer le suivi et l'intégration du projet</p>			
STRATÉGIES	ACTIVITÉS	QUI?	ÉTAT DE SITUATION
<p>7.1 Création des équipes de déploiement de projet</p> <p>7.2 Élaborer un plan d'action spécifique pour</p>	<p>a) Coaching</p> <p>b) Café-causerie</p> <p>c) Suivis des activités du projet.</p> <p>d) Activités de reconnaissance et</p>	<p>Chargée de projet</p> <p>Chefs des</p>	<p><i>En cours</i></p>

chaque unité des soins 7.3 Trouver les moyens pour assurer la pérennité du projet	récompenses. e) S'assurer d'un plan de communication avec les équipes de déploiement de projets	programmes Équipes de déploiement Comité adviseur	
Étape 8 : Établir le rapport d'avancement du projet			
STRATÉGIES	ACTIVITÉS	QUI?	ÉTAT DE SITUATION
8.1 Collecter et diffuser les informations sur l'avancement du projet.	<ul style="list-style-type: none"> a) <i>Faire les rapports régulièrement sur les événements, les procédures, le regroupement, la négociation, la formation et la construction d'équipe.</i> b) <i>Souligner les succès, les capacités et compétences spéciales de membres,</i> c) <i>Communiquer les problèmes majeurs et leurs solutions.</i> d) <i>Donner les rétroactions des événements aux équipes.</i> 	<i>Chargée de projet, Équipe de gestion de projet</i>	En cours

7. Discussion

7.0. Retombés du stage

Ce stage a permis de soutenir les gestionnaires au CSSSNL à relever un défi organisationnel, soit de planifier l'implantation de l'approche gériatrique au sein de toutes les unités de soins de courte durée de santé physique du centre hospitalier. Ce qui représente pour la stagiaire un défi multisectoriel. Le cadre conceptuel du PMI utilisé dans ce projet de stage offrait assez de latitude quant à son application dans le milieu de santé.

Le présent stage a apporté deux éléments majeurs pour la gestion de projet d'implantation de l'approche gériatrique au CSSSNL. **Primo**, la mise en place d'une équipe de gestion de projet regroupant les gestionnaires de trois directions cliniques autour d'un même projet, en créant une plateforme tant au niveau stratégique que tactique dans la gestion des projets au CSSSNL. **Secundo**, le plan d'implantation développé à la suite de ce stage offre une structure de gestion de projet pour l'implantation de l'approche gériatrique. Au fait, l'approche de développement du plan d'implantation selon le PMI déployé dans le cadre de ce stage s'est révélée pertinente pour l'amélioration continue de la qualité dans le domaine de gestion de projet. Nous avons ralié la pratique des soins de santé avec celle de gestion de projet, en mettant en application les principes issus du cadre de référence du PMI. Nous avons su intégrer dans ce stage une pratique novatrice pour la DAPSP qui s'est dotée d'une structure bien agencée dans la pratique de gestion de changement au sein

de ses équipes. Par son aspect procédural, il était possible d'évaluer à chaque étape du stage l'évolution des activités. Ainsi, nous pouvions maintenir ou modifier les activités du stage nécessaires à la réalisation de chacun des objectifs. L'atteinte de ces objectifs a donc été établie.

Ce stage a permis à la stagiaire d'acquérir des connaissances dans le domaine de gestion de projet entre autres et de développer les précieuses habiletés d'application des principes du PMI. En effet, à l'issue de ce stage, la stagiaire se sent habilitée à appliquer aisément les principes du PMI dans un processus de gestion de projet.

L'encadrement de mes professeurs de stage à chacune des étapes de celui-ci m'a permis d'évoluer graduellement et solidement pour mieux arriver à la réalisation de ce stage. L'engagement des promoteurs de projet et les personnes-ressources expérimentées, dévouées et engagées ont largement soutenu la stagiaire, malgré leurs agendas bien remplis, du début à la fin de ces expériences bien enrichissantes. Toute l'équipe de participants était remarquablement impliquée dans le processus de ce projet. L'expérience humaine que les participants m'ont offerte m'a permis d'avoir confiance en moi et de partager avec eux l'expérience de ce stage.

7.1.Obstacles dans le déroulement du stage

La réalisation des activités de ce stage a rencontré des obstacles capables de nuire à la réalisation du stage. Il s'agit des difficultés des gestionnaires à participer aux activités de rencontres en réponse aux urgences causées pas les éclosions de gastroentérite et de grippe. Malgré ces obstacles, le milieu de stage a été bien engagé

et déterminé pour implanter le changement. L'investissement personnel de l'agent facilitant, qui est la stagiaire dans notre cas, semble avoir été plus efficace chez les intervenants du domaine de la santé aux prises avec des bouleversements incessants dans leurs milieux (Chunharas, 2006; Kühne-Eversmann, et Fischer, 2008; Mitton, Adair, McKenzie, Patten, & Perry, 2007). Tout ceci était facilité par un milieu favorable par sa culture d'engagement et de collaboration bien établie. Les participants au stage étaient au préalable acquis par le changement à implanter dans leur milieu.

Grâce aux technologies de l'information et de communication (TIC) le projet est resté actif jusqu'à l'atteinte de chacun de ces trois objectifs. Les notions du PMI ont permis à la stagiaire de mettre en place un leadership transformationnel pour superviser les activités de l'EGP dès le début jusqu'à l'introduction du changement auprès des participants. Pour arriver à traduire des transformations, Denis (2002) propose de renforcer la coopération entre les acteurs, de développer une vision collective de leadership, de partager efficacement les rôles, de porter une attention particulière à la communication et d'être en mesure d'établir un équilibre entre les acteurs au sein de l'organisation.

Finalement, étant donné le temps limité pour ce stage, il y avait donc le souci de résumer certaines activités du stage nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés; ce qui ne laissait pas assez de place au perfectionnement des changements. Par exemple, le plan d'implantation sera finalisé par l'équipe de gestion de projet mise en place. Ce stage nous laisse, tout de même, avec un sentiment de travail bien accompli.

8. Recommandations

La stagiaire réalise avec recul que le milieu gagnerait à mettre en place une ressource pouvant porter, à l'occasion, le chapeau de coordonnateur des activités de changement au sein de l'organisation (chargé de projet). Une telle ressource pourrait venir en soutien aux chefs des programmes pour la planification en ayant des connaissances pertinentes dans certains domaines du milieu tels que la structure organisationnelle, les valeurs, les croyances, les influences tant formelle qu'informelle et les disponibilités des ressources pour la réussite des projets à mettre en œuvre. Le gestionnaire chargé de projet serait à l'afflux des barrières et pourrait mieux conseiller aux investigateurs du projet le moment propice pour lancer les fondations d'un processus de changement. Ce stage fait donc réaliser à la stagiaire la pertinence de recruter un gestionnaire de projet, car la majeure partie du temps pour ce stage a été consommée par les activités de reconnaissance du milieu (la structure, les influences, la ressource, le rôle...) qui sont nécessaires pour définir les variables des travaux du stage. Ce qui est une grande partie de travail de planification de la mise en œuvre d'un changement.

9. Conclusion

La stagiaire estime en toute simplicité que ses connaissances dans le domaine de gestion en général et dans celui de la gestion de projet en particulier se sont enrichies avec ce stage. À présent, elle se sent outillée pour pouvoir se lancer dans les eaux troubles de la gestion de projet dans le domaine de la santé. Même si elle estime avoir encore beaucoup à apprendre, ce stage lui a permis de briser la glace dans le monde de la gestion de projet pour relever le défi organisationnel du CSSSNL. Ce stage a également enrichi ses compétences dans la prise en charge de la clientèle âgée à la suite des lectures et aux échanges qu'elle a pu avoir avec les personnes expérimentées dans ce domaine. Enfin, le sujet de stage lui ouvre des horizons dans le domaine de la gestion des services de santé et services sociaux et la stimule à relever des défis encore plus enrichissants.

10. Références

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010) guide pour l'intégration de la promotion de la santé : dans la pratique clinique des professionnels et un exemple d'application de soutien : à la cessation tabagique. Consulté en septembre 2011, à l'adresse: <http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/publications/isbn978-2-89510-463-6.pdf>

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008). Approche gériatrique transhospitalière. Consulté le 1 février 2012 à l'adresse : <http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/publications/isbn978-2-89510-571-8.pdf>.

Agence de la santé et des Services Sociaux de Montréal (2007). Plan d'action régional gestion intégrée des salles d'urgence. Document de travail. Consulté le 21 septembre 2010 à l'adresse : http://www.santemontreal.qc.ca/pdf/ca2_10/plan_gestion_urgences.pdf

Agence de santé et Services Sociaux de Montréal (2005). Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement : enjeux, perspectives et balises régionales.

Agence de la santé et des Services Sociaux de Montréal (2007). Plan d'action régional gestion intégrée des salles d'urgence. Document de travail. Consulté le 21 septembre 2010 à l'adresse : http://www.santemontreal.qc.ca/pdf/ca2_10/plan_gestion_urgences.pdf

Agence de Santé et Services Sociaux du Nord de Lanaudière (2005). Document de référence en préparation du plan quinquennal de développement 2007-2012 : portrait sectoriel.

Blanchon, M. A. (2006). Conséquences du syndrome d'immobilisation. La revue de gériatrie, 31(2), 119-131.

Brault I, Roy DA et Denis JL (2008). Introduction à la gouvernance Clinique : Histoire, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration des la qualité et la performance des organisations. Pratique et organisation des soins. P39, 3, 1167-173.

Centre de Santé et des Services Sociaux de Nord Lanaudière (2005). Le projet clinique du CSSSNL. Document de travail.

Chunharas, S. (2006). An interactive integrative approach to translating knowledge and building a "learning organization" in health services management. Bulletin of the World Health Organization, 84, 652-657.

- Collin, F., Richard, S., et Voyer, P. (2009). *Approche gériatrique*. Page consultée le 20 octobre 2010. http://www.cha.quebec.qc.ca/fileadmin/cha/internet/cevq/Approche_geriatrique.df
- Contandriopoulos A_P., Denis J-L., et Touati N. (2001). Intégration des soins: concepts et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*: vol 8 (2) p38-52.
- Corriveau, H., et Roy, P. M. (2007). Les chutes. Dans H. Arcand & R. Hébert (Éds.), *Précis pratique de gériatrie* (3e éd., pp. 201-213). Sainte-Hyacinthe, Québec : Edisem Maloine.
- Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell, S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., et al. (2003). Lost of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age. *Journal of American Gerontological Society*, 51, 451-458.
- Dans H. Morais, M. Venne (sous la direction de) *Santé – Pour une thérapie de choc*. Les Presses de l'Université Laval, 2000.
- Desbiens, F., et Dagenais, C. (2002). De l'innovation au changement. Les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), Québec, gouvernement du Québec, p207.
- Denis J.L. (2002). Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada. Consulté en septembre 2010, à l'adresse : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-36-2002F.pdf>
- Doiron, A., et Dupras, A. (2009). Comment survivre à son hospitalisation. *Le Médecin du Québec*, 44(1), 51- 57.
- Dufresne, L. (2008). *Syndrome d'immobilisation prolongée*. DVD Vidéo Document inédit. CSSSNL.
- Dugas, m. (2009). Le patient âgé en *delirium* : regard pratique. *Le Médecin du Québec*, 44(1), 59-63.
- Dykes, P. C., Carroll, D. L., & Hurley, A. C. (2009). Why do patients in acute care hospitals falls? Can falls be prevented? *Journal of Nursing Administration*, 39, 299-304.

- Elie, M., Cole, M. G., Primeau, F. J., & Bellavance, F. (1998). Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *Journal of General Internal Medicine*, 13(3), 204-212.
- Estabrooks, C. A., Scott-Findlay, S., & Winther, C. (2004). A nursing and allied health sciences perspective on knowledge utilisation. Dans L. Lemieux-Charles & F. Champagne (Éds.), *Using knowledge and evidence in health care : Multidisciplinary perspectives* (pp. 242-280). Toronto, Ontario: University of Toronto Press.
- Eyres, L., & Unsworth, C. A. (2005). Occupational therapy in acute hospitals: The effectiveness of a pilot program to maintain occupational performance in older clients. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52, 218-224.
- Fontaine, Pennequin et Fontaine (2005). Vieillesse et raisonnement : une approche multifactorielle. *L'année psychologique*. 105(2) p 225-247.
- Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107(10), 40-48.
- Gabbay, J., Lemay, A., Jefferson, H., Webb, D., Lovelock, R., Powell, J., et al. (2003). A case study on knowledge management in multi-agency consumer-informed “communities for practice”: implications for evidence-based policy development in health and social services. *Health: An interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 7, 283-310.
- Ginsburg, L. R., Lewis, S., Zackheim, L., & Casebeer, A. (2007). Revisiting interaction in knowledge translation. *Implementation Science*, 2(34), 1-11. Consulté à l'adresse : <http://www.implementationscience.com/content/2/1/34>
- Gouvernement du Québec (2009). Performance du système de santé et de services sociaux :
Revoir nos façons de faire pour mieux répondre aux besoins. Portail Québec consulté le 2 septembre 2010 l'adresse:
<http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPQF/Avril2009/08/c8553.html>
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. It's often a consequence of hospitalization, but it doesn't have to be. *American Journal of Nursing*, 106(1), 58-67.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Walker, A. E., & Thomas, R. E. (2002). Changing physician's behavior: What works and thoughts on getting more things to work. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22, 237-243.

Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced practice nursing : An integrative approach*. (4e éd.). St. Louis, Missouri: Saunders/Elsevier.

Hébert, R., & Roy, P. (2007). Syndrome d'immobilisation. Dans H. Arcand & R. Hébert (Éds.), *Précis pratique de gériatrie* (3e éd., pp. 477-492). Sainte-Hyacinthe, Québec : Edisem Maloine.

Hendrich, A. (2007). How to try this. Predicting patient falls: using the Hendrich II Fall Risk Model in clinical practice. *American Journal of Nursing*, 107(11), 50.

Inouye, S. K. (1999). Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 10(5), 393-400.

Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons erratum appears. *New England journal of Medicine*, 354(11), 1157-1165.

Institut canadien d'information sur la santé (2007). Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence : *L'accès aux lits d'hospitalisation et le roulement des patients*. Éd. ICIS : Ottawa.

Institut de la statistique du Québec (2008). Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants. Série enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Consulté le 21 septembre 2010 à l'adresse : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/zoom_sante_mars08.pdf

Institut de Recherche en Santé au Canada (2002). Le système de santé survivra-t-il-au vieillissement de la population? Consulté le 21 septembre 2010 à l'adresse : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/10518.html>.

Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal (2010). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence. Consulté le 6 septembre 2010, à l'adresse: http://www.iugm.qc.ca/client_file/upload/document/rapport/MSSS%20Approche%20Adaptee%20a%20la%20personne%20agee%20en%20milieu%20hospita_C04-10.pdf

Kergoat, M.- J. (responsable du comité de travail) (2010). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence*. IUGM-IUGS.

Kergoat, Marie-Jeanne, et autres. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence. Québec : MSSS, 2011. 188 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf>

- Kühne-Eversmann, L., Eversmann, T., & Fischer, M. R. (2008). Team and case-based learning to activate participants and enhance knowledge: an evaluation of seminars in Germany. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28, 165-171.
- Laramée, Paule (2011) . 6 cibles pour faire face au vieillissement de la population. Montréal : AQESSS, 2011. 49 p.
- Lauder, W., Reynolds, W., & Angus, N. (1999). Transfer of knowledge and skills: Some implications for nursing and nurse education. *Nurse Education Today*, 19, 480-487.
- Lepage, N., & Ouimet, F. (2008). La personne âgée et le syndrome d'immobilisation, 8, 9-12. Consulté à l'adresse : <http://www.chumtl.qc.ca/userfiles/Image/PUBLICATIONS/AVANT-GARDE/agvol8no3-02.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2000). *Guide de gestion de l'urgence*. 250 p. En ligne. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-905-01.pdf> (page consultée le 18 octobre 2009).
- Morin J. et Leduc Y. (2004). Lèves-toi et marche! Ou comment contrer la perte d'autonomie fonctionnelle au cours d'une hospitalisation. *Le Médecin du Québec*, 39(6)p 89-94.
- Palmer, R. M., Counsell, S. R., & Landefeld, S. C. (2003). Acute care for elders units. Practical considerations for optimizing health outcomes. *Diseases Management Health Outcomes*, 11, 507-517.
- Pineault R. (2005). L'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport synthèse, Montréal, direction de santé publique. Agence de développement des RLS et SSSMT, (p29).
- PMI Project Management Institute (2004). *Guide du corpus des connaissances en management de projet*. 3^{ème} Éd. Philadelphia : USA.

Roberge D, Pineault R, Larouche D, Poirier LR. (2011). The continuing saga of emergency room overcrowding: are we aiming at the right target? *Health Policy*, 5(3):27-39

RNAO ou Association des infirmiers et infirmières autorisés de l'Ontario (2006). Programme de lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée. Consulté à en décembre 2011 l'adresse : https://www.rnao.org/Storage/24/1874_BPG_Falls_-_Final_-_FRENCH_-_Dec_2006.pdf

Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., et al. (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Quality and safety in Health Care*, 11, 174-180.

ANNEXES

Annexe 1

5.2 Buts et objectifs

Tableau 1: But et objectifs du stage, objectifs d'apprentissage.

But de stage: Soutenir la direction administrative de santé physique (DAPSP) au CH du CSSSNL dans le développement et la mise en place d'une approche systématique de gestion de projet pour l'implantation de l'approche gériatrique (AG).

I Objectif 1 du stage : Constituer avec la direction de santé physique, une équipe de gestion de projet basée sur les principes du PMI.

Activités/Interventions

1.1 **Démarrage :** Organiser une rencontre avec l'équipe de la direction de santé physique afin de discuter des éléments du projet et des profils des personnes qui doivent être recrutées.

1.2 **Planification :** Présenter à l'équipe de direction de santé physique les principes issus de la littérature et du PMI pouvant aider à la constitution de l'équipe de gestion de projet.

1.3 **Identifier** avec l'équipe de la direction de santé physique les personnes-ressources pouvant faire partie de l'équipe de gestion de projet.

1.4 **Exécution :** Contacter les personnes-ressources identifiées en vue de valider leurs disponibilités, spécifier les attentes et engagements et confirmer leur recrutement.

1.5 **Surveillance :** Confirmer les membres qui constituent l'équipe de gestion de projet.

Objectifs d'apprentissage

- Communiquer efficacement au sein d'une équipe.
- Communiquer efficacement pour faciliter l'intégration des principes de PMI.
- Approfondir mes connaissances sur les théories de gestion dans le domaine de la santé.
- Développer les connaissances en matière de gestion de projet.
- Développer mes capacités de leadership au sein de l'organisation.

II Objectif 2 du stage : Habilitier l'équipe de gestion de projet à s'approprier et à utiliser la méthodologie issue de PMI.

Activités/Interventions

Objectifs d'apprentissage

2.1 **Démarrage** : Préparer avec l'équipe de gestion de projet un agenda de rencontres.

2.2 **Présenter** à l'équipe de gestion de projet les principes du PMI pouvant aider dans la suite des activités.

2.3 **Planification** : Identifier les autres comités pertinents pour la bonne marche du projet afin de recueillir les informations en lien avec les admissions et les hospitalisations de la clientèle âgée au CH.

2.4 **Suivre** la formation sur l'approche OPTIMAH au CHUM (11fév 2011).

2.5 **Exécution** : Mettre à la disposition des membres de l'équipe de gestion de projet de la documentation en lien avec le PMI et AG.

2.6 **Surveillance** : rester disponible pour répondre aux questions de l'équipe de gestion de projet en lien avec la méthodologie du PMI et AG

- Approfondir mes connaissances sur les théories de gestion dans le domaine de la santé.
- Développer les connaissances en matière de gestion de projet.
- Développer mes capacités de leadership au sein de l'organisation.
- Améliorer mes connaissances en lien avec les pratiques des soins aux personnes âgées du CSSSNL.
- Améliorer les qualités des documents de présentation et mes capacités de faire de présentations orales.
- Communiquer efficacement avec les gestionnaires pour faciliter l'intégration des principes de PMI.
- Approfondir les connaissances en matière de technologies d'information et de communication (TIC).

III Objectif 3 du stage : Orienter l'équipe de gestion de projet dans le processus de construction d'un plan d'action pour l'implantation de l'AG

Activités/Interventions

3.1 Démarrage : Identifier avec l'équipe de gestion de projet les éléments prioritaires pour l'implantation de l'AG en lien avec le PMI.

3.2 Planification : Construire avec cette équipe un scénario des activités d'implantation de l'AG adapté aux réalités au CH du CSSSNL.

3.4 Exécution : Animer une rencontre où une ébauche de plan d'action pour l'implantation de l'AG sera présentée par l'équipe de gestion de projet.

3.5 Surveillance : Rester disponible auprès de l'équipe de gestion de projet afin de répondre aux inquiétudes en lien avec l'application des éléments du PMI dans le plan d'action.

3.6 Clôture : À la fin du stage, une version finale du plan d'action pour l'implantation de l'approche AG inspiré du PMI, sera présentée à la direction de santé physique par l'équipe de gestion de projet.

Objectifs d'apprentissage

- Approfondir mes connaissances en lien avec le cadre de référence PMI.
- Améliorer mes capacités de leader en soins infirmiers par l'utilisation des principes de PMI dans les discussions avec les participants.
- Approfondir les connaissances en matière de technologies d'information et de communication (TIC).
- Développer une réflexion critique dans l'intégration des principes du PMI aux activités de gestion de projet.
- Développer une réflexion critique dans l'intégration des principes du PMI aux activités de gestion de projet.
- Contribuer à l'introduction du changement au CSSSNL.

-
- ✓ La rétroaction des questionnaires de la DASP, de l'équipe de gestion de projet, Suivi avec mes professeurs et les personnes-ressources, Mon journal de bord sont les principaux moyens d'évaluation du stage.

Annexe 2

Les parties prenantes du projet

14

- **Le chef de projet** : la responsable de la conduite du projet,
- **L'équipe de management de projet** : les membres de l'équipe de projet directement impliqués dans les activités de management du projet,
- **Les membres de l'équipe de projet** : le groupe qui effectue le travail du projet,
- **Le commanditaire** : la personne ou le groupe qui finance le projet, en capitaux ou en nature,
- **Les personnes influentes** : les personnes ou les groupes qui, sans être directement concernés par l'acquisition ou l'utilisation du produit du projet, peuvent influencer en bien ou en mal la marche du projet,
- **Le bureau des projets** : ou indirecte sur le résultat du projet.
- **Le client/l'utilisateur** : la personne ou l'organisation qui utilisera le produit du projet.

Annexe 3

Tableau résumé présentent respectivement la logique à la base des préparations aux activités du stage par la stagiaire et le déroulement type d'une rencontre avec les participants du stage.

Activités	Stagiaire	Personnes Ressources
1. Analyse et conception	1.0 Cibler les besoins du milieu en lien avec l'implantation de l'AG.	
	1.1 Lecture du document PMI (2004) et autres documents pertinents en gestion et l'approche gériatrique.	
	1.2 Identifier les principes de gestion de projet du PMI.	Mme Isabelle Brault,
2. Construction	2.0 Adapter ces principes en fonction des réalités du milieu	M. Carl-Ardy Dubois
	2.1 Préparation des documents d'exposé pour la rencontre (PowerPoint, Word).	Mme Ginette Provost
	2.2 Convocation des rencontres d'équipe de gestion de projet.	Mme Nancy Pellerin
3. Validation	3.0 Confirmation des dates des rencontres.	
	3.1 Référence aux experts pour réajustement.	Mme Isabelle Brault
	3.2 Préparation les réponses aux éventuelles questions les participants.	
	3.3 Réajustement selon les propositions des participants.	
4. communication	4.0 Présentation auprès des participants.	

4.1 Participer aux rencontres des comités
développement plan de communication et gestion
des lits PALV.

4.2 Finaliser les documents et rédaction de ma
réflexion dans le journal de bord.

Tableau du déroulement type d'une rencontre avec les participants du stage.

➤ Rôles du stagiaire

- Convoquer une rencontre selon les disponibilités des participants.
- Faire l'exposé du document.
- Favoriser le partage avec les participants et entre les participants.
- Valider la compréhension des principes.
- Favoriser le retour sur les expériences dans le milieu.
- Superviser les débats tout en restant neutre.
- Recueillir les réactions des participants et répondre à leurs besoins.
- Valider l'objet de la prochaine rencontre et clore l'activité.
- Rédiger mon journal de bord.

➤ Rôles des participants

- Lecture préalable du document à présenter.
 - Partager leurs questionnements à la suite de la lecture.
 - Modifier, s'il y a lieu, les propositions faites selon la réalité de l'organisation.
 - Partager ses expériences de gestion.
 - Questionner au sujet de l'application des principes du PMI dans le présent projet.
 - Faire des propositions de changements adaptées à leurs besoins.
 - Faire des recommandations.
-

Annexe 4. Document de présenté aux membres de l'équipe de gestion de projet.

Université de Montréal




2

STRATÉGIE D'IMPLANTATION de AG À LA DAPSP DU CSSSNL

Kalanga KARHALÉ MSc. ©

Implantation de l'AG: un défi organisationnel!



Kalanga KARHALÉ MSc. ©

Plan de présentation

3

- **But**
- **Cadre de référence :**
 - Cinq groupes de processus de PMI
 - Le système de management de projet
 - Les parties prenantes (acteurs clés)
- **Intégration du PMI dans ce projet**

Kalanga KARHALÉ MSc. ©

4

But du stage:

Soutenir la direction administrative de santé physique (DASP) au CH du CSSSNL dans le développement et mise en place d'une approche systématique de gestion de projet pour l'implantation de l'approche gériatrique (AG).

Kalanga KARHALÉ MSc. ©

5

Cadre de référence

Project Management Institute (PMI)

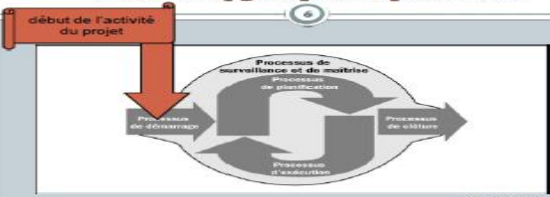
- Une organisation sans but lucratif fondée en 1969 à Philadelphie.
- Guide de corpus des connaissances «*Project Management Body of Knowledge (PMBOK)*».
- Projet :Entreprise temporaire , produit.
- Moyen pour l'organisation de réaliser son plan d'action.
- La gestion de projet est l'application des connaissances.

(PMI, 2004)

Kalanga KARHALÉ MSc. ©

6

PMI: Cinq groupes de processus



(PMI, 2004)

Kalanga KARHALÉ MSc. ©

Les parties prenantes du projet

14

- Les parties prenantes (acteurs clés) du projet.

(PMI, 2004)

Kelipe KASSALI ©

Parties prenantes du projet

14

Le chef de projet : la responsable de la conduite du projet (Mandat).
L'équipe de management de projet : les membres directement impliqués dans les activités de management du projet,
Les ou l'équipes de projet : les groupes qui effectuent le travail en lien direct avec le projet (sur le terrain),
Le commanditaire : la personne ou le groupe qui finance le projet, en capitaux ou en nature,
Les personnes influentes : du projet,
Le bureau des projets : indirecte sur le résultat du projet.

Faire le choix

15

Former l'équipe de gestion de projet

Origine

- Les membres de l'équipe de projet proviennent de toutes les sources.
- devoir être en mesure d'influencer ou de diriger les affectations de personnel.

Caractéristiques suivantes :

Disponibilité. Qui est disponible et à quel moment ?

Capacité. Quelles sont les compétences des candidats ?

Expérience. Les personnes ont-elles déjà effectué un travail similaire ?

Intérêts. Les personnes sont-elles intéressées ?

Coût. Combien ça coûte ?

Comment procéder ?

16

Former l'équipe de gestion de projet

- Affectation préalable**
 - les membres de l'équipe de projet connus à l'avance
- Négociation**
 - avec les autres services, syndicat, la DRH, personnel aux compétences adéquates qui pourront travailler sur le projet jusqu'au terme de leurs responsabilités
- Acquisition**
 - embauche
- Équipes virtuelles**
 - résidant dans des secteurs géographiques étendus (**communications** s'accroît).

Former l'équipe de gestion de projet

17

- Actif organisationnel**
 - politique interne, des lignes directrices ou des procédures régissant l'affectation du personnel.
- Rôles et responsabilités**
 - définir les postes et les compétences requises par le projet.
- Organigrammes du projet**
 - offrent une vue d'ensemble du nombre de personnes nécessaires au projet et leurs relations.
- Plan de management des ressources humaines**
 - ressources humaines, l'échéancier du projet, fréquences des rencontres, autres info sur l'équipe de gestion de projet.

Planification stratégique


18

rôles et fonction du chef d'équipe

- participer à l'identification et formation de l'équipe de gestion du projet**
 - Clarification des rôles et responsabilités.
 - Définir les relations d'autorité.
 - Faire l'organigramme.
- gérer la portée du projet**
 - Stratégies de gestion de projet
 - Structure du travail (Tâches, ressources, les échéanciers...).
- Gérer les activités de l'équipe de GP.**
 - La planification des communications entre les membres d'équipe les autres personnes clés
- Coaching**

19

Rôles et fonction du chef d'équipe (suite)



suivi et contrôle

4 Évaluation des performances du projet

- formelles ou informelles selon les indicateurs.
- structuration du temps.

5 Documentation les organigrammes, les règles de base, les techniques et les événements, les procédures, le regroupement, la négociation, la formation et la construction d'équipe, les succès, les capacités et compétences spéciales de membres, les problèmes majeurs et leurs solutions.

20

rôles de l'équipe de gestion de projet



Faire un plan du projet

- Définir les objectifs du projet
- Identifier les différentes activités du projets (phases).
- Estimer les ressources nécessaire pour la réalisation des activités.
- Définir les échéanciers avec un calendrier complet.
- Estimer les coût.
- identifier les risques et les solutions possibles.
- Définir les critères de performance.

21

rôles de l'équipe de gestion de projet



1. Structure de décomposition du travail :

- formation des équipes secondaires (les équipes terrains) qui mettront en œuvre des activités du projet.
- assignation des tâches
- échéanciers

2. Actions correctives


- modifications de personnel par choix ou suite à des événements incontrôlables
- faire des suivis des activités du projet.
- reconnaissance et récompenses.

3. Actions préventives

- identifie des problèmes majeurs.
- mieux clarifier les rôles.
- prévoir plus de temps respecter l'échéancier.

22

rôles de l'équipe de gestion de projet (suite)



4 Évaluations de performance

- fournir des éléments d'évaluation régulière des performances relatives à l'organisation des autres équipes ou comités avec lesquels ils ont des interactions significatives.


6. Faire des modifications

- nouveaux rôles pour les membres de l'équipe de projet,
- une formation supplémentaire et des décisions concernant les récompenses...

23

Organigramme

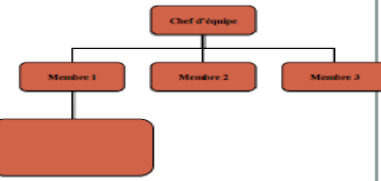
Pouvoir informel
Et
Rôle expert conseil (horizontal)



24

Organigramme

Pouvoir formel
Avec rôle Décisionnel (vertical)



Annexe 5 : Dépliants présentant les actions des intervenants tirés du CSSSNL (2011) adaptées du cadre de référence du MSSS 2011, sur l'approche gériatrique.



Qu'est-ce que le syndrome d'immobilisation?

« Ensemble des symptômes physiques, psychiques et métaboliques résultant de la décompensation de l'équilibre précaire du vieillard par le seul fait de l'interruption ou de la diminution des activités quotidiennes habituelles » (Grumbach, 1973) - Précis de gériatrie Arcand-Hébert, Edisem, 2007.

Voici quelques conseils qui vous permettront de « garder la forme ». Des gestes simples qui peuvent faire toute la différence... la différence entre perdre des capacités ou les conserver.

1. S'hydrater avec 1,5 litre par jour

- Assurez-vous de boire 1,5 litre de liquide par jour (équivalent à 6 verres d'eau de 1 tasse ou de 8 onces), même si vous ne ressentez pas la soif.
- Suivez les indications de votre médecin ou de votre diététiste, si vous avez une limite liquidienne à respecter.
- L'eau demeure la meilleure source d'hydratation, mais n'oubliez pas le lait et les jus de fruits ou de légumes.
- Attention : l'alcool ne peut compenser l'eau, au contraire l'alcool déshydrate.

2. Avoir une alimentation riche en protéines

- Assurez-vous de consommer des protéines à chaque repas.

Voici d'excellentes sources :

- La viande (ex. : bœuf, poulet, porc, œufs);
- Le poisson;
- Les produits laitiers (ex. : lait, fromage, boissons de soya);
- Les légumineuses (ex. : fèves au lard, tofu, lentilles);
- Les noix (ex. : noix de Grenoble, arachides, beurre d'arachide).

Trucs pour enrichir votre alimentation en protéines :

- Ajoutez des noix à vos céréales, votre yogourt ou votre crème glacée;
- Ajoutez 2 c. à table de lait en poudre à votre gruau, vos sauces, vos soupes, votre purée de pommes de terre, vos desserts au lait, vos omelettes;
- Gratinez vos légumes;

3. Prendre les 3 repas au fauteuil

- Assurez-vous d'être assis, soit au fauteuil ou à la table, afin de favoriser votre appétit.

4. Privilégier la position semi-assise

- Installez-vous en position semi-assise, si votre médecin vous demande de rester au lit.
- Relevez la tête de lit, si vous avez un lit électrique.
- Placez des coussins et des oreillers, si vous avez un lit conventionnel.

5. Aller à la toilette ou à la chaise d'aisance à heure fixe

- Vous permet de faciliter l'élimination et la continence.
- Vous permet de bouger, marcher et garder ou gagner des forces.

6. Bouger de façon précoce

- Bougez, marchez, levez-vous pour garder ou gagner des forces.
- Continuez à vaquer à vos occupations à la maison.

Il est faux de croire que le repos au lit est bénéfique, au contraire

7. Être orienté dans les trois sphères : temps, espace et personne

- Maintenez le lien avec le moment présent.
- Ayez un cadran et un calendrier à portée de main.
- Informez la personne de la date, de l'heure et du temps qu'il fait.
- Assurez-vous d'avoir à la maison un éclairage adéquat selon le moment de la journée.

8. Porter les lunettes, les prothèses auditives et dentaires

- Pour bien voir.
- Pour bien mastiquer et parler.
- Pour bien entendre.
- Pour mieux COMMUNIQUER.

9. Encourager l'exécution des activités de la vie quotidienne et des transferts

Annexe 6. Le logo de l'approche gériatrique (Focus Aînés) tiré du CSSSNL (2011).

Centre de santé et de services sociaux
du Nord de Lanaudière

Ensemble, engageons-nous pour la vie!

Ensemble, engagés auprès de nos aînés.

- Forces
- Orientées
- Coordonnées
- Unifiées pour contrer le
Syndrome d'immobilisation
- Autonomie et mobilité
- Intégrité de la peau
- Nutrition et hydratation
- Élimination/
État cognitif et comportement
- Sommeil*

* AÎNÉS inspiré de l'approche OPTIMAH de l'UQM.



focus-aînés
Ensemble, engagés auprès de nos aînés.

- Que vous soyez à votre résidence, hospitalisé ou un aidant qui prenez soin d'un proche... unissons nos forces pour contrer le syndrome

Annexe 7

6.1.2 Préparation des activités du stage

Les tableaux 3 et 4 présentent respectivement la logique à la base des préparations aux activités du stage par la stagiaire et le déroulement type d'une rencontre avec les participants du stage.

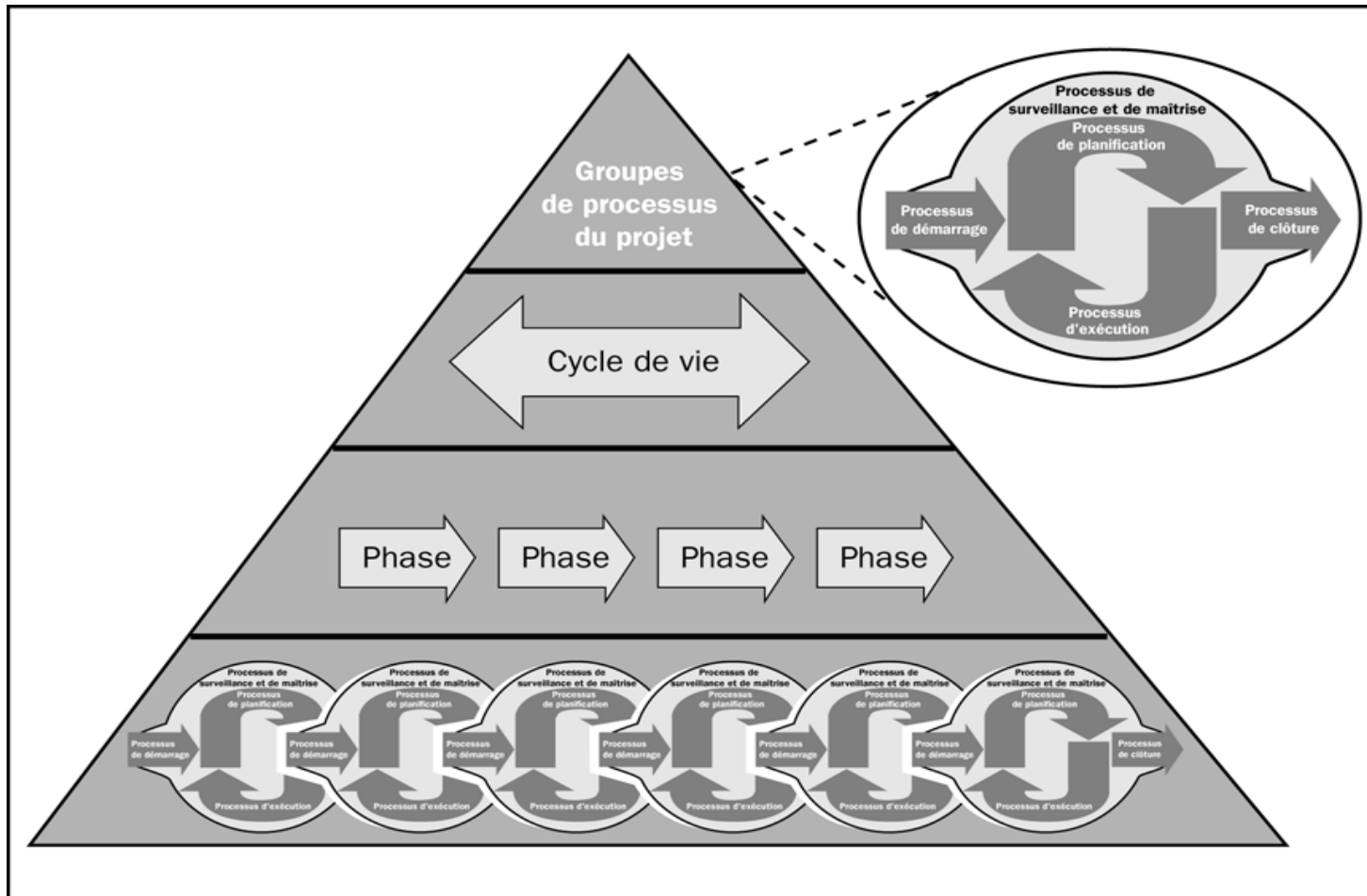
Tableau 3 : Préparations et déroulement des activités du stage.

Activités	Stagiaire	Personnes Ressources
5. Analyse et conception	1.0 Cibler les besoins du milieu en lien avec l'implantation de l'AG.	
	1.3 Lecture du document PMI (2004) et autres documents pertinents en gestion et l'approche gériatrique.	
	1.4 Identifier les principes de gestion de projet du PMI.	Mme Isabelle Brault
6. Construction	3.0 Adapter ces principes en fonction des réalités du milieu	M. Carl-Ardy Dubois
	2.1 Préparation des documents d'exposé	Mme Ginette

	pour la rencontre (PowerPoint, Word).	Provost
7. Validation	2.3 Convocation des rencontres d'équipe de gestion de projet.	Mme Nancy Pellerin
	3.0 Confirmation des dates des rencontres.	Mme Isabelle Brault
	3.1 Référence aux experts pour réajustement.	
	3.2 Préparation des réponses aux éventuelles questions des participants.	
	3.3 Réajustement selon les propositions des participants.	
8. Communication	4.0 Présentation auprès des participants.	
	4.1 Participer aux rencontres des comités, développement d'un plan de communication et gestion des lits PALV.	
	4.3 Finaliser les documents et rédaction de ma réflexion dans le journal de bord.	

Annexe 8

Les groupes de processus sont illustrés avec leurs relations



DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL

PREMIÈRE ÉTAPE D'UNE
DÉMARCHE
DE TRANSFORMATION



DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL

PREMIÈRE ÉTAPE DE LA DÉMARCHE DE TRANSFORMATION
POUR L'IMPLANTATION DE L'APPROCHE ADAPTÉE À
LA PERSONNE ÂGÉE (AAPA) EN MILIEU HOSPITALIE

COMITÉ DE TRAVAIL

Ginette Bélec, Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) Danielle

Benoit, ministère de la Santé et des Services sociaux Diane Boyer,

Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) Céline Crowe,

Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)

Danielle Fleury, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)

Céline E. Gervais, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Suzanne Gosselin, Centre de santé et de services sociaux/Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS/IUGS)

Lucie Grenier, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA)

Joanne Guilbeault, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS)

Lucille Juneau, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ), Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA)

Madeleine Provencher, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Graphisme Jean-François Cabana

Révision linguistique Pauline Côté

COMMENTAIRES	12
NIVEAU STRATÉGIQUE	12
NIVEAU TACTIQUE.....	13
NIVEAU OPÉRATIONNEL.....	13
Total du pointage	13
CONTINUITÉ DES SOINS.....	14
OUI 1-2.....	14
NON	14
DÉFI	14
COMMENTAIRES	14
NIVEAU STRATÉGIQUE	14
NIVEAU TACTIQUE.....	14
NIVEAU OPÉRATIONNEL.....	15
Total du pointage	16
FAITES LE TOTAL DE VOS POINTS	17
Grand total.....	17

INTRODUCTION

DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL... ÉTAPE ESSENTIELLE

La démarche d'implantation de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier implique une transformation importante. Elle nécessite temps, énergie, persévérance et suivi. Afin de bien orienter le projet, il est essentiel de préciser d'où l'on part et où l'on veut aller. Ainsi, la première étape de cette démarche est le diagnostic organisationnel de l'établissement.

Afin de vous soutenir dans l'évaluation des atouts et points d'amélioration de votre établissement au regard des soins et services à la personne âgée, voici un outil de diagnostic organisationnel.

Cet outil est exhaustif et donne une vision générale de l'établissement. Nous suggérons qu'il soit rempli par l'équipe de direction, à laquelle peuvent s'ajouter des intervenants clés de l'organisation. En plus de cerner l'état de situation, ce diagnostic organisationnel global permet de mieux saisir certains enjeux :

- ③ niveaux différents de compréhension de la situation des personnes âgées dans votre hôpital;
- ③ estimation de la participation nécessaire de chacune des directions;
- ③ évaluation de l'intérêt soulevé par ce projet dans les équipes (conseil d'administration, direction, gestionnaires, unités de soins);
- ③ repérage des « champions » qui peuvent devenir les leaders de cette implantation;
- ③ consensus sur les premières étapes à entreprendre pour amorcer cette transformation.

Vous remarquerez quatre différentes sections qui réfèrent aux principes directeurs élaborés dans le cadre de référence sur l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (chapitre 5) :

- culture adaptée à la personne âgée;
- importance de l'équipe soignante;
- collaboration interprofessionnelle;
- continuité des soins.

Nous avons aussi réparti les questions en niveaux stratégique, tactique et opérationnel. Bien que les distinctions entre chaque niveau puissent parfois être discutables selon le point de vue qu'on adopte, nous croyons qu'il est intéressant de regarder le fonctionnement de l'organisation à travers ces différentes perspectives.

Enfin, nous ne saurions trop insister sur l'importance de cette étape du diagnostic organisationnel. Étape essentielle, elle nécessite du temps, mais permet de bien établir les assises de cette démarche de transformation. Nous espérons que cet outil vous sera utile et qu'il pourra faciliter votre tâche lors de l'implantation de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA).

MARCHE À SUIVRE

- 1- Nommez un animateur qui connaît l'AAPA et le document.
- 2- Réservez environ une heure et demie au comité de direction, (celui-ci peut inclure d'autres personnes « clés » de l'organisation (adjoints, responsable de l'agrément, chefs de programme, etc.). Si vous souhaitez profiter de cette occasion pour faire une discussion plus en profondeur, prévoyez plus de temps.
- 3- Procédez question par question. À chaque question, répondez par oui ou non.
 - i. Si oui, « évaluez » votre réponse (1 partiellement; 2 en application).
 - ii. Sinon, n'allouez aucun point.
- 4- Dans la colonne « défi », indiquez si cet aspect représente un défi pour l'organisation et ajoutez vos commentaires dans la colonne suivante.
- 5- À la fin de chaque section, faites le total des points.
- 6- À la fin du questionnaire, faites le total des points de chaque section.
- 7- Vous avez ainsi un portrait rapide des zones « fortes » et « fragiles » de votre organisation pour l'implantation de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA).

SECTION 1

CULTURE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE

CULTURE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE		OUI 1 - 2	NON	DÉFI	COMMENTAIRES
1.	③ Les soins et services à la personne âgée font-ils partie intégrante de la mission et des valeurs	1/2		X	Intégrer de façon formelle ds MVVO de l'organisation
	③ L'approche adaptée à la personne âgée est-elle inscrite dans la planification stratégique	2/2			
2.	Les caractéristiques de la clientèle (age, profil de consommation de soins et services)				
	③ le conseil d'administration	2/2			
	③ le comité de direction	2/2			
	③ les gestionnaires (cadres intermédiaires)	1/2		X	Prévoir des activités ds le plan d'implantation
3.	L'établissement fait-il le suivi de certains indicateurs?				
	③ nombre de personnes âgées (par strate d'âge) dans les départements, secteurs, unités, spécialités, dans quelles proportions?	2/2			
	③ chutes (nombre/unité/spécialité)	1/2			Pas de suivi
	③ plaies de pression (nombre/unité/spécialité)	1/2			Pas de suivi
	③ contentions (nombre/unité/spécialité)	1/2		X	
	③ surveillance constante (nombre/unité/spécialité)	1/2	X	X	Revoir le mécanisme de contrôle
	③ durée moyenne de séjour (DMS) pour les 75 ans et + par unité/spécialité	2/2			
	③ utilisation des benzodiazépines (nombre/unité/spécialité)	1/2	X	X	Implication de la pharmacie
	③ bilan comparatif des médicaments (BCM) (nombre/unité/spécialité)	1/2	X	X	POR - QMENTUM
	③ taux réadmission à l'urgence, après 1 semaine, 3mois, 6mois	1/2		X	Pas d'analyse prospective
	③ nombre de visites à l'urgence, au cours des 3 derniers mois, 6 derniers mois.	2/2			
	③ taux d'hébergement en CHSLD à partir de l'hôpital	2/2			
	③ Autres indicateurs, lesquels?	2/2			Tableau de bord

CULTURE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE		OUI 1 - 2	NON	DÉFI	COMMENTAIRES
4.	A-t-on identifié les « champions » de l'organisation chez les :				
	③ infirmières	1/2		X	2 par unités, il faudra en nommer 1 par quart
	③ gestionnaires	1/2		X	
	③ médecins	1/2		X	Il faut impliquer les médecins de la santé physique
	③ autres professionnels, lesquels?	1/2			Équipe ÉCGI, ergo et PHT à venir
5.	L'aménagement physique des unités et de l'urgence favorise-t-il la participation des proches aux soins de leurs aînés?	/2	X	X	Revoir aménagement
6.	La direction des services techniques connaît-elle les concepts architecturaux en fonction des caractéristiques des personnes âgées?	1/2		X	Valider l'utilisation des sous-contractants
7.	La direction des ressources humaines soutient-elle la gestion du changement?	/2	X	X	Plus en réaction qu'en prévention. Nous devrions les mettre plus à contributions dans un contexte de changement de culture
8.	Chacune des directions se sent-elle interpellée par l'AAPA, y compris les chefs des départements médicaux?	1/2		X	Poursuivre la sensibilisation. Il est important d'obtenir l'adhésion de la table des chefs
9.	Chacune des directions comprend-elle ce qu'on attend d'elle dans l'implantation de l'AAPA?	1/2			Plan de comm. Et plan d'implantation à poursuivre
10.	L'organisation a-t-elle déjà mené avec succès des projets majeurs visant un changement organisationnel?	1/2		X	Il faut fixer des indicateurs et avoir les ressources humaines, matériels et financières. Faire les suivis requis pour assurer la pérennité
11.	La collaboration entre les directions, les services et les départements a-t-elle un historique positif?	1/2		X	Du travail est à faire pour avoir une meilleure concertation
12.	Existe-t-il une volonté ainsi qu'une tradition d'implication des proches dans la prestation des soins et services dispensés dans l'établissement?	1/2		X	Mieux encadrer et structurer le rôle des proches
13.	Le comité des usagers est-il, ou sera-t-il, mis à contribution dans le développement d'une culture adaptée à la personne âgée?	2/2			
14.	L'établissement prend-il les moyens pour ajuster la gestion des ressources matérielles aux besoins de la clientèle âgée?	1/2		X	Poursuivre, débuté avec la transformation clinique

15.	L'établissement prend-il les moyens pour ajuster la gestion des ressources financières aux besoins de la clientèle âgée?	1/2		X	Beaucoup en PALV-DP-SAD, à améliorer en santé physique
16.	L'établissement prend-il les moyens pour ajuster la gestion des ressources humaines aux besoins de la clientèle âgée?	1/2		X	Revoir selon le plan d'implantation

CULTURE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE		OUI 1 - 2	NON	DÉFI	COMMENTAIRES
------------------------------------	--	--------------	-----	------	--------------

NIVEAU TACTIQUE

17.	Les gestionnaires ont-ils une attitude favorable face aux changements proposés par l'AAPA, notamment en donnant le droit à l'erreur et en permettant l'innovation?	1/2			
18.	Une direction a-t-elle été désignée pour piloter la démarche d'implantation de l'approche adaptée?	2/2			PALV-DP-SAD, DAPSP et DSI
19.	Une équipe de gestion de projet comprenant des gestionnaires, des cliniciens et des médecins est-elle en place et en mesure d'assurer un leadership transformationnel?	1/2		X	Trouver argent pour médecin
20.	Avant tout projet de construction ou de rénovation, invite-t-on les experts en gériatrie à y prendre part pour s'assurer que les changements prévus respecteront les besoins des personnes âgées?	1/2	X	X	S'assurer de l'implication à l'avenir
21.	Un programme de reconnaissance pour les employés engagés dans l'AAPA a-t-il été prévu?	2/2			

NIVEAU OPÉRATIONNEL

22.	Les employés favorisent-ils la présence et la participation des proches dans l'hôpital?	1/2		X	Les tolèrent, certains ne le favorise pas
23.	Des rencontres de sensibilisation à l'approche adaptée ont-elles été mises en place pour tous les nouveaux employés ou stagiaires?	2/2			Début avril 2011

TOTAL DU POINTAGE

Composante	Niveau stratégique	Niveau tactique	Niveau opérationnel
Culture	37/66	6/10	3/4

Reportez votre pointage à la fin du questionnaire

SECTION 2

RECONNAÎTRE L'IMPORTANCE DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE

	RECONNAÎTRE L'IMPORTANCE DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE	OUI 1 - 2	NON	DÉFI	COMMENTAIRES
NIVEAU STRATÉGIQUE					
24.	La direction a-t-elle intégré dans ses critères d'évaluation du personnel, les compétences requises pour appliquer l'AAPA?	/2	X	X	Aucune évaluation annuelle pour le personnel. Un objectif sera intégré dans les plans d'action des cadres
25.	La direction des soins infirmiers travaille-t-elle de concert avec les autres directions ou collabore-t-elle aux programmes en poursuivant des objectifs communs?	2/2			
26.	La direction offre-t-elle au personnel des équipes soignantes des facilités d'accès aux résultats probants?				
	③ ordinateurs, liens avec universitaires	1/2			Publiciser la disponibilité de l'information
	③ renseignements sur les banques de données provinciales	/2	X	X	Aucun accès internet, accès à de la documentation sur intranet
	③ participation à des projets de recherche, etc.)?	/2	X		
	③ autres (précisez)	2/2			Bibliothèque, diner scientifique, conseillère clinicienne
27.	Y a-t-il des personnes ressources qui facilitent cet accès?	2/2			
	Si oui, qui?	2/2			Directions conseils
28.	La direction et les gestionnaires mettent-ils en place des mécanismes de soutien visant à faciliter l'intégration pratique des connaissances de son personnel et son suivi au quotidien?				
	③ budget	2/2			Budget dépassé en lien avec AAPA
	③ remplacement	2/2			
	③ formation	2/2			En cours
	③ autres (précisez)	2/2			Outils cliniques/formation gratuite, capsules

NIVEAU TACTIQUE

29.	Assure-t-on une adéquation entre les besoins des personnes âgées, leurs diagnostics, les connaissances du personnel et la structure de postes des unités?	1/2		X	Il existe des indicateurs. Pas de lien entre la structure et les besoins des personnes
-----	---	-----	--	---	--

	RECONNAÎTRE L'IMPORTANCE DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE	OUI 1 - 2	NON	DÉFI	COMMENTAIRES
30.	L'équipe multiprofessionnelle est-elle complète et est-elle disponible pour les équipes soignantes afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées? Le cas échéant, selon quels critères?	2/2			ÉCGI
		1/2			Critères à revoir (âge, profil,...)
31.	Existe-t-il des personnes ressources en soins aux personnes âgées?				
	③ infirmières	2/2			
	③ professionnels	2/2			
	③ médecins	2/2			
	③ autres (précisez)	2/2			PEP et PAB
32.	Offre-t-on un soutien au quotidien (coaching) sur le terrain aux équipes soignantes?	1/2		X	ÉCGI, Inf SAD à l'urgence, champions sur tous les quarts de travail
33.	Des formations sur le vieillissement, la gériatrie, l'AAPA sont-elles offertes aux équipes soignantes?	1/2			Il serait requis d'Avoir des formations sur le vieillissement normal
34.	Les gestionnaires disposent-ils des leviers nécessaires pour assurer une certaine continuité de soins et services aux personnes âgées dans leurs unités, quant aux ressources humaines qui leur sont affectées?	1/2		X	Pénurie – recours à la MOI
	Si oui, lesquels? (Précisez)	1/2			Équipe volante et répartition
35.	Les cadres reçoivent-ils du soutien de la part de l'organisation en ce qui a trait aux soins des personnes âgées dans leur unité?	1/2			Pas toujours prioritaire

NIVEAU OPÉRATIONNEL

36.	Des outils cliniques pertinents à la prévention, au dépistage, à l'évaluation et au suivi auprès des personnes âgées sont-ils utilisés au sein des unités de soins?	1/2		X	Dépistage ÉCGI, SVG, risque de chute et suivi post chute
	Si oui, lesquels? (Précisez)	2/2			En cours d'implantation
37.	Les préposés aux bénéficiaires, les infirmières auxiliaires participent-ils aux réunions de l'équipe multiprofessionnelle?	1/2		X	Inégal selon les secteurs

TOTAL DU POINTAGE

Composante	Niveau stratégique	Niveau tactique	Niveau opérationnel
Culture	17/24	17/24	4/6

SECTION 3

UNE APPROCHE DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

	APPROCHE DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	OUI 1 - 2	NON	DÉFI	COMMENTAIRES
NIVEAU STRATÉGIQUE					
38.	La direction et les gestionnaires mettent-ils le soutien nécessaire en place pour assurer une meilleure collaboration interprofessionnelle (ex. : disponibilité de lieux de rencontre, aménagement du travail, etc.)?	1/2		X	Manque de disponibilité de locaux
39.	La direction favorise-t-elle la présence d'équipes d'intervention plus spécialisées pour soutenir les équipes soignantes dans une optique de transfert d'expertise?	2/2			
40.	A-t-on déterminé quelles sont les stratégies organisationnelles à mettre en place pour développer des pratiques de collaboration interprofessionnelle?	/2			DSM nouvellement formée
41.	Est-ce que les équipes multiprofessionnelles ont accès à des experts en gériatrie :				
	③ des infirmières ressources en clientèle âgée?	2/2			
	③ des gériatres?	2/2			
	③ des médecins avec une expertise en gériatrie?	2/2			
42.	Si vous n'avez pas de gériatre dans votre établissement, disposez-vous de mécanismes de consultation interétablissements?	2/2			
43.	Si vous n'avez pas d'infirmière ressource en clientèle âgée dans votre établissement, avez-vous élaboré un plan de perfectionnement pour vos ressources internes?	2/2			
44.	Disposez-vous de mécanismes de consultation interétablissements?	2/2			

45.	L'aiguillage vers les gériatres ou les infirmières ressources en clientèle âgée pour des problèmes complexes chez la personne âgée fait-il partie de la culture de l'organisation?	2/2			
APPROCHE DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE		OUI 1 - 2	NON	DÉFI	COMMENTAIRES
NIVEAU TACTIQUE					
46.	Existe-t-il des mécanismes de soutien au travail interprofessionnel des équipes face aux différents problèmes qu'elles éprouvent? Lesquels? (Précisez)	2/2 2/2			Relation de travail, PAE, DSM, DSI, DO et gestionnaires
47.	Existe-t-il des activités de formation spécifiques au travail interprofessionnel?	/2	X	X	Formation
NIVEAU OPÉRATIONNEL					
48.	Y a-t-il des mécanismes mis en place pour assurer une participation active de la personne âgée ou de son représentant dans les rencontres interprofessionnelles? Si oui, lesquels? (Précisez)	1/2 1/2			Principalement gériatrie et SAD
49.	Y a-t-il des outils de communication efficaces pour tous les membres de l'équipe de soins, y compris les préposés aux bénéficiaires? Si oui, lesquels? (Précisez)	1/2 1/2			Moins pour les PAB, inégale selon les unités Rapport, cahier PAB, à vois pour les SVG
50.	Y a-t-il des outils cliniques utilisés spécifiquement pour soutenir le travail interprofessionnel? Si oui, lesquels? (Ex. : outils d'évaluation partagés, plans d'intervention au dossier, etc.)	2/2 1/2			OEMC, évaluation conjointe et ce selon les unités de soins
51.	Est-ce que les préposés aux bénéficiaires, les infirmières auxiliaires sont informés du plan d'intervention et des raisons qui le justifient?	2/2			
52.	La participation des membres de l'équipe concernés aux discussions interprofessionnelles (y compris les médecins) est-elle assidue?	1/2			Selon les secteurs

TOTAL DU POINTAGE

Composante	Niveau stratégique	Niveau tactique	Niveau opérationnel
Culture	17/20	4/6	10/16

SECTION 4

LA CONTINUITÉ DES SOINS

CONTINUITÉ DES SOINS		OUI 1 - 2	NON	DÉFI	COMMENTAIRES
NIVEAU STRATÉGIQUE					
53.	La continuité des soins avant, pendant et après l'hospitalisation fait-elle partie des orientations de l'établissement pour la prestation de soins de qualité?	1/2		X	Travail à faire concernant la planification du congé
54.	Existe-t-il des mécanismes de concertation entre les directions pour assurer la continuité des soins et des ressources?	1/2		X	
55.	Y a-t-il des mécanismes de liaison et de partenariat entre les ressources intra- et extra- hospitalières afin d'assurer une continuité de soins et services pendant et après l'hospitalisation?	2/2			
	Si oui, lesquels? (Précisez)	2/2			Feuilles
NIVEAU TACTIQUE					
56.	A-t-on désigné des responsables pour la transmission de l'information nécessaire pour la continuité des soins?	2/2			
57.	Y a-t-il des intervenants de liaison (infirmières, travailleurs sociaux, gestionnaires de cas) entre l'hôpital et le lieu de résidence habituel de la personne âgée?	2/2			
58.	Le gestionnaire d'unité de soins travaille-t-il en collaboration avec les secteurs concernés pour assurer une certaine stabilité du personnel soignant?	2/2		X	Pénurie, recours à la MOI
59.	Les mécanismes de communication sont-ils les mêmes				
	③ le jour?	2/2			
	③ le soir?	2/2			
	③ la nuit?	2/2			
	③ les fins de semaine?	2/2			
	③ les congés fériés?	2/2			

	CONTINUITÉ DES SOINS	OUI 1 - 2	NON	DÉFI	COMMENTAIRES
NIVEAU OPÉRATIONNEL					
60.	Les communications écrites et orales permettent-elles d'informer les personnes âgées et leur famille du rôle qu'elles peuvent jouer dans le maintien de leur autonomie?	1/2		X	Pas de communication écrite
61.	Lors de la visite ou de l'hospitalisation d'une personne âgée, votre établissement a-t-il mis en place des mécanismes de communication efficaces afin de recevoir :				
	③ le profil médicamenteux de la personne âgée provenant de la pharmacie communautaire	2/2			
	③ de l'information du médecin de famille	/2	X	X	Communication à établir
	③ de l'information des soignants concernés avant l'hospitalisation (ex. : infirmières du soutien à domicile, gestionnaires de cas, etc.)	2/2			
62.	Est-ce que l'infirmière de liaison demeure en contact avec les ressources du réseau pour chaque congé de l'hôpital de toute personne âgée de 75 ans ou plus?	/2	X		Appel tél pour les 85 ans et + sera en place au SAD
63.	Cherche-t-on à obtenir systématiquement de l'information sur l'état de santé de la personne âgée avant son hospitalisation?				En cours d'intégration avec les SVG et RSIPA
	③ Autonomie dans les AVQ	1/2			
	③ Mobilité	1/2			
	③ Intégrité de la peau	1/2			
	③ Nutrition	1/2			
	③ Hydratation	1/2			
	③ Élimination	1/2			
	③ État cognitif	1/2			
	③ Sommeil	1/2			
	L'information est-elle consignée?	2/2			
	③ Par qui?	2/2			
	③ Où?	2/2			

	CONTINUITÉ DES SOINS	OUI 1 - 2	NON	DÉFI	COMMENTAIRES
64.	Est-ce que le bilan comparatif des médicaments est effectué pour toutes les personnes âgées?				POR, objectif de la pharmacie
	③ Quand?	1/2		X	
	③ Par qui?	1/2		X	
	③ Avec qui?	1/2		X	Lacune plus importante au congé
65.	Demande-t-on systématiquement aux proches de la personne âgée (avec le consentement de celle-ci) de fournir ou de valider des renseignements sur l'état de santé de la personne âgée avant l'hospitalisation?	1/2			Au besoin
66.	Invite-t-on systématiquement les proches de la personne âgée à prendre part à la planification du congé?	1/2		X	Nouvelle politique de congé
67.	Les résumés de dossier médicaux (feuilles sommaires) remplis sont-ils acheminés aux médecins de famille et aux établissements vers lesquels la personne est aiguillée, le cas échéant?	2/2			
68.	Les renseignements sur les évaluations et services professionnels reçus sont-ils acheminés aux équipes assurant le suivi au congé?	1 /2			Inégal selon les secteurs ou les spécialités

TOTAL DU POINTAGE

Composante	Niveau stratégique	Niveau tactique	Niveau opérationnel
Culture	6/8	16/16	27/48

FAITES LE TOTAL DE VOS POINTS

Composante	Niveau stratégique	Niveau tactique	Niveau opérationnel
Culture adaptée à la personne âgée	37/66	6/10	3/4
Importance de l'équipe soignante	17/24	17/24	4/6
	17/20	4/6	10/16

Collaboration interprofessionnelle	6/8	16/16	27/48
Continuité des soins	77/118	43/56	44/74