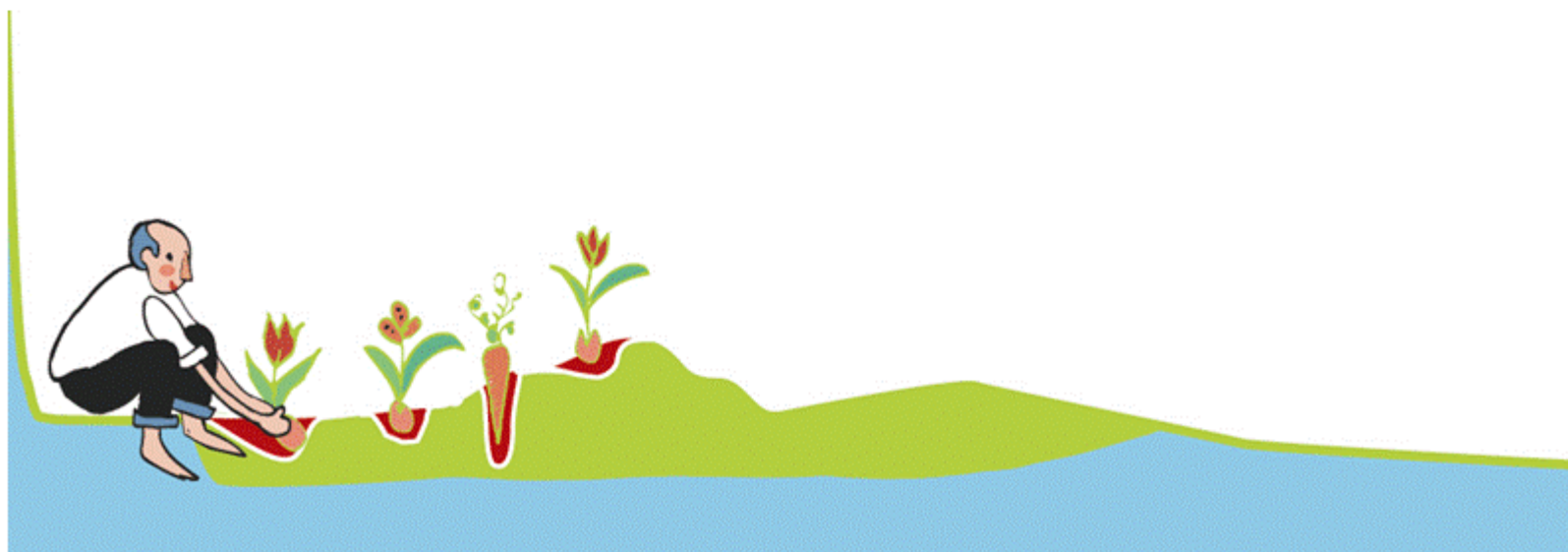


PROCESSUS D'IMPLANTATION DES ÉQUIPES SEMI-AUTONOMES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

CAS DE LA DIRECTION DE LA COORDINATION
ET DES AFFAIRES ACADÉMIQUES (DCAA)

Audrey Livia MENGUE ATIGA



PROCESSUS D'IMPLANTATION DES ÉQUIPES SEMI-AUTONOMES DANS LE
SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
CAS DE LA DIRECTION DE LA COORDINATION ET DES AFFAIRES
ACADÉMIQUES (DCAA)

Par

Audrey Livia MENGUE ATIGA

Essai-intervention présenté au programme de maîtrise en administration

En vue de l'obtention du grade de maître en administration

FACULTÉ D'ADMINISTRATION
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Novembre 2008

Rédaction

Audrey Livia Mengue Atiga, étudiante à la Faculté d'administration, Université de Sherbrooke

Révision linguistique

Nancy Hamel, Direction de la coordination et des affaires académiques

Hélène Thibault, Direction de la coordination et des affaires académiques

Mise en pages

Marie-Ève Latulippe, Direction de la coordination et des affaires académiques

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Le CSSS-IUGS est un centre affilié universitaire (CAU) du secteur social et un institut universitaire de gériatrie (secteur santé)

Vous pouvez obtenir ce document à l'adresse suivante :

Maryline Brault, technicienne en documentation

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Direction de la coordination et des affaires académiques

500, rue Murray, bureau 100

Sherbrooke (Québec) J1G 2K6

819 562-9121, poste 47011

mbrault.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

ISBN-13 : 978-2-922997-99-6 (Version PDF)

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec 2009

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives du Canada 2009

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXÉCUTIF	V
REMERCIEMENTS.....	VII
LISTE DES FIGURES	IX
LISTE DES TABLEAUX	XI
LISTE DES ABRÉVIATIONS	XIII
INTRODUCTION.....	1
1.1. BREF APERÇU DU SYSTÈME QUÉBÉCOIS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	9
1.2. LE CSSS–IUGS	12
1.2.1. <i>Mission</i>	13
1.2.2. <i>Mandats spécifiques</i>	13
1.2.3. <i>Valeurs</i>	14
1.2.4. <i>Vision</i>	15
1.2.5. <i>Organisation</i>	15
1.3. LA DCAA	16
1.3.1. <i>Mission</i>	16
1.3.2. <i>Mandats spécifiques</i>	16
1.3.2.1. En enseignement	16
1.3.2.2. En recherche	17
1.3.2.3. En diffusion et en transfert de connaissances.....	17
1.3.2.4. En innovation clinique	18
1.3.2.5. En gestion de l’information.....	18
1.3.2.6. En matière d’évaluation des technologies	18
1.3.2.7. En matière de coordination des affaires académiques	18
1.3.2.8. En matière de coordination interne	19
1.3.3. <i>L’équipe de la DCAA</i>	19
1.3.4. <i>Structure interne</i>	19
1.3.5. <i>Ses partenaires</i>	20
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE	21
2.1. DÉMARCHE RESPECTÉE	23
2.2. PARADIGME DE RECHERCHE	25
2.3. STRATÉGIE DE RECHERCHE	25
2.4. L’APPROCHE QUALITATIVE	25
2.5. POPULATION ET ÉCHANTILLONNAGE	26
2.6. TECHNIQUES ET OUTILS DE CUEILLETTE DE DONNÉES	26
2.6.1. <i>Les techniques</i>	26
2.6.2. <i>Les outils</i>	27
2.7. LES LIMITES DE LA RECHERCHE	27
CHAPITRE 3 : CADRE THÉORIQUE.....	29
3.1. REVUE DE LITTÉRATURE.....	31
3.2. DÉFINITIONS.....	34

3.2.1.	<i>Définition de la notion d'équipe</i>	34
3.2.1.1.	Une cible commune	34
3.2.1.2.	Une tâche à accomplir ou à opérationnaliser	34
3.2.1.3.	La convergence des efforts	35
3.2.2.	<i>La nature du travail d'équipe</i>	35
3.2.3.	<i>Définition d'équipes semi-autonomes</i>	36
3.3.	LES MODÈLES D'ANALYSE	37
3.3.1.	<i>Le modèle du processus évolutif des ÉSA</i>	37
3.3.1.1.	Le démarrage	37
3.3.1.2.	La confusion	37
3.3.1.3.	La dépendance	38
3.3.1.4.	La cohésion	38
3.3.1.5.	L'autogestion	38
3.3.2.	<i>Le modèle du continuum d'autonomie décisionnelle</i>	39
3.3.3.	<i>La combinaison des deux modèles</i>	40
	CHAPITRE 4 : DIAGNOSTIC	43
4.1.	LES FORCES	45
4.1.1.	<i>L'engagement de la direction</i>	45
4.1.2.	<i>L'implication des employés</i>	45
4.1.3.	<i>Le leadership naturel des chefs d'équipes</i>	46
4.1.4.	<i>Le climat de travail</i>	46
4.1.5.	<i>La structure aplanie</i>	46
4.1.6.	<i>Des équipes multidisciplinaires</i>	47
4.2.	LES FAIBLESSES	47
4.2.1.	<i>Le travail d'équipe</i>	47
4.2.2.	<i>L'ambiguïté de rôle</i>	49
4.2.3.	<i>L'encadrement</i>	50
4.2.4.	<i>La formation</i>	53
4.2.5.	<i>Le feedback</i>	54
4.2.6.	<i>Appropriation du changement</i>	55
4.2.7.	<i>La communication</i>	56
	CHAPITRE 5 : RECOMMANDATIONS ET MISE EN OEUVRE	59
5.1.	RENFORCER LE PROCESSUS DE RESPONSABILISATION DES ÉQUIPES	61
5.1.1.	<i>Clarifier les frontières et les niveaux d'autonomie</i>	62
5.1.2.	<i>Établir un plan des niveaux d'autorité</i>	62
5.1.3.	<i>Mettre en place une table de concertation</i>	63
5.2.	CRÉER DES CONDITIONS PROPICES AU TRAVAIL D'ÉQUIPE	63
5.2.1.	<i>Modifier la manière d'attribuer les dossiers</i>	63
5.2.2.	<i>Favoriser des récompenses groupales</i>	64
5.2.3.	<i>Élaborer des règles de fonctionnement d'équipe</i>	64
5.3.	OFFRIR UN SOUTIEN À L'IMPLANTATION DES CHANGEMENTS	65
5.3.1.	<i>Investir suffisamment dans des activités de formation</i>	65
5.3.2.	<i>Donner du feed-back</i>	65
5.3.3.	<i>Mettre en place des mécanismes de suivi des résultats et des correctifs</i>	66
5.3.4.	<i>Prévenir les conflits</i>	66
5.4.	CONSOLIDER LES ACQUIS	66

CONCLUSION.....	67
BIBLIOGRAPHIE.....	69
ANNEXE A : 95 RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES	71
ANNEXE B : PRINCIPAUX POINTS DE REPÈRE HISTORIQUES DU CSSS-IUGS	75
ANNEXE C : ORGANIGRAMME GÉNÉRAL DU CSSS-IUGS	79
ANNEXE D : QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE.....	83

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Cette étude est une recherche appliquée à la Direction de la coordination et des affaires académiques (DCAA), de qui nous avons reçu le mandat de poser un diagnostic sur l'état de la situation actuelle des équipes, d'en déterminer les causes et de formuler des recommandations ainsi que les moyens pouvant être pris pour améliorer la situation présente des équipes.

La DCAA est une direction du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) qui a été mise en place en 2006. Elle assume des responsabilités dans les diverses dimensions de la mission académique du CSSS-IUGS. Elle joue également un rôle dans les grands processus organisationnels reliés à la mission académique et à son ancrage au sein de l'établissement. Enfin, elle soutient, avec la Direction générale, les efforts de coordination interne.

Notre problématique découle de la volonté de la direction d'adopter une organisation de travail basée sur les équipes semi-autonomes (ÉSA), processus amorcé il y a plus de six mois. La stratégie d'implantation des ÉSA adoptée par la Direction semble ne pas donner les résultats escomptés.

Les résultats de l'analyse révèlent que les équipes font face à une ambiguïté de rôle principalement dû au fait que les objectifs poursuivis et les attentes ne sont pas clairement définis. Cette ambiguïté de rôle est accentuée par une faiblesse au niveau de l'encadrement et de la formation des équipes qui sont d'une certaine façon un peu livrées à elles-mêmes sans qu'elles aient la maturité nécessaire de travailler dans l'ambiguïté.

En nous appuyant sur les résultats de l'analyse, nous en déduisons que les équipes sont actuellement dans la phase de confusion qui se caractérise par une incertitude de leur capacité à assumer les nouveaux rôles étant donné que le gestionnaire prend moins de place dans la gestion interne des équipes. Clarifier, encadrer et former dans ce contexte constituent les mots d'ordre. Les équipes ne sont pas encore assez matures pour décider toutes seules de la manière dont elles doivent exercer leur nouveau rôle. Notre hypothèse est donc vérifiée.

Des recommandations et des actions pour les mettre en œuvre sont proposées. Nos recommandations tournent autour de quatre axes principaux : le renforcement du processus de responsabilisation des équipes, la création de conditions propices au travail d'équipe, le soutien à l'implantation des changements et la consolidation des acquis.

REMERCIEMENTS

Je ne pourrais commencer mon propos sans exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration du présent rapport d'intervention. Mes remerciements vont particulièrement à :

Johanne Archambault, directrice de la DCAA, pour sa confiance en m'ayant donné l'opportunité de vivre une expérience unique et enrichissante. J'aimerais tout particulièrement souligner sa clairvoyance et sa grande ouverture qui font d'elle un modèle pour moi.

Jean-Pierre Bhérier, pour avoir accepté de me guider dans cette belle aventure. Ton soutien et ton encadrement m'ont permis de toujours aller de l'avant et de surpasser mes nombreuses zones d'ombre. Ce fut un plaisir de travailler avec toi.

Jacques Mouloungou, pour son aide et son assistance exceptionnelle dans l'élaboration de ce rapport. Tu as été ma consolation dans mes moments de doute.

L'équipe de la DCAA pour votre accueil chaleureux et pour l'engouement et la collaboration dont vous avez fait preuve tout au long de cette démarche.

Tous mes professeures et tous mes professeurs, pour m'avoir donné les outils nécessaires à l'entreprise d'une telle démarche. Je pense particulièrement à Mme Caroline Perron qui m'a permis de découvrir l'univers de la DCAA.

Ma famille, tout particulièrement mon cher père, Paul Atiga, pour m'avoir toujours soutenue et encouragée. Tu as été le premier à croire en moi et à guider mes pas sur le chemin de la connaissance. Cette réalisation, je te la dois.

Mes amis, tout particulièrement Aminata Bah, pour son soutien infailible et ses encouragements.

Enfin, toi, Chou Mnd, pour ton soutien moral. Tu as toujours les mots justes pour me raviver et m'aider à prendre la vie du bon côté. Tu es mon équilibre.

À tous, je vous dis un grand merci!

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Organisation actuelle du réseau de la santé et des services sociaux du Québec	11
Figure 2 : Continuum d'autonomie décisionnelle.....	40
Figure 3 : Processus évolutif de l'autonomie décisionnelle des ÉSA.....	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Chronologie de la préparation du rapport	23
Tableau 2 : Illustration du changement de paradigme selon Glaser et Bayley (1992).....	31
Tableau 3 : Récapitulatif des forces et des faiblesses	56

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CAU :	Centre affilié universitaire
CHUS :	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC :	Centre local de santé communautaire
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CSSS -IUGS :	Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
DCAA :	Direction de la coordination et des affaires académiques
DEFMSS :	Direction de l'enseignement en lien avec la Faculté de médecine et des sciences de la santé
DSGPAS :	Direction des services généraux et des programmes spécifiques aux personnes adultes
DSPEJF :	Direction des services et des programmes spécifiques aux enfants, aux jeunes et à leur famille
DSPPAPA :	Direction des services et programmes aux personnes âgées ou en perte d'autonomie
DSPPM :	Direction des services professionnels et du partenariat médical
ÉSA :	Équipe semi-autonome
FMSS :	Faculté de médecine et des sciences de la santé
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RLS :	Réseau local de services
SSF :	Service sages-femmes

INTRODUCTION

GÉNÉRALITÉS

La conception de modèles de plus en plus nombreux a favorisé l'obsolescence des modèles traditionnels d'organisation du travail. Nous sommes passés d'une approche sociotechnique popularisée sous le vocable de qualité de la vie au travail, à l'approche de la démocratie industrielle, en passant par la réingénierie des processus et la restructuration. Par organisation du travail, nous entendons « la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre des tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ses tâches » (Mintzberg 1982).

Parmi les nombreuses innovations en matière d'organisation du travail, la participation des employés à des collectifs de travail est sans doute la plus importante. Les équipes de travail sont en train de se substituer à l'individu comme unité de base de l'organisation du travail. En effet, pour faire face aux pressions énormes d'un marché global, les entreprises, qu'elles soient grandes ou petites, publiques ou privées, délaissent les structures traditionnelles hiérarchiques et rigides (travail à la chaîne, spécialisation) au profit de formes d'organisation plus organiques et plus flexibles. Les entreprises doivent sans cesse s'ajuster aux défis d'une économie globale complexe et dynamique. Parmi ces défis, on retrouve les exigences des consommateurs pour des produits et des services d'une meilleure qualité et à des prix toujours plus bas, la nécessité d'être toujours à la fine pointe de la technologie ainsi que les pressions exercées par la compétition et les fournisseurs. C'est donc en réaction à ce contexte que les méthodes de travail traditionnelles ont évolué vers des méthodes de travail collaboratives. Les entreprises, se voulant de plus en plus flexibles et efficaces, remplacent leurs structures hiérarchiques traditionnelles par des structures de travail d'équipe. Selon Anderson et West (1998), l'implantation d'équipes de

travail au sein des entreprises semble permettre à celles-ci de s'adapter aux changements de l'environnement, voire de les anticiper.

Cependant, s'il est essentiel pour la survie et le développement des entreprises, le travail en équipe constitue en soi un véritable défi pour les gestionnaires parce qu'il exige la coopération entre des individus dont les antécédents, qu'il s'agisse de la culture, de la formation ou de l'expérience, sont souvent très différents d'une personne à l'autre.

Par ailleurs, les organisations utilisent aujourd'hui de multiples formes de groupes et d'équipes de travail à tous les niveaux organisationnels dans l'accomplissement de leurs activités courantes. Des auteurs, tels que Banker (Banker et al., 1996), Ray et Bronstein (1995), Sundstrum (Sundstrum et al., 1990), ont proposé des typologies permettant de classifier les diverses formes d'équipes rencontrées dans les entreprises en fonction du niveau d'implication des équipes dans la prise de décision : les équipes traditionnelles, les groupes d'amélioration, les groupes de projet et enfin, les équipes semi-autonomes. Dans cette étude, nous nous intéressons particulièrement aux équipes semi-autonomes (ÉSA).

PROBLÉMATIQUE

Notre étude est une recherche appliquée à la Direction de la coordination et des affaires académiques (DCAA), un établissement public appartenant au Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS).

Depuis sa mise en place en 2006, la DCAA tente de trouver un mode d'organisation de travail qui lui permettra d'être flexible, efficiente et de s'adapter à l'environnement complexe et instable dans lequel celle-ci évolue. Suite au départ du cadre intermédiaire, il y a plus de six

mois, la direction a amorcé un changement vers la mise en place d'équipes semi-autonomes pour organiser le travail. C'est dans ce contexte de changement que s'inscrit notre recherche. En effet, le processus d'implantation des ÉSA privilégié par la direction présente certaines lacunes ayant un impact sur les équipes. Ces lacunes ont été perçues par la directrice et celle-ci souhaite identifier les éléments qui entravent le processus d'autonomisation des équipes, d'où l'objet de notre mandat.

MANDAT

Notre mandat consiste à établir un diagnostic sur l'état de la situation actuelle des équipes et à émettre des recommandations et des actions pour leur mise en œuvre. Les recommandations et les actions proposées devront tenir compte des besoins des équipes et favoriser la progression de leur autonomie décisionnelle. Autrement dit, elles devront favoriser le changement vers les ÉSA. Le but étant d'amener la structure à plus d'efficacité dans l'accomplissement de ses missions.

QUESTION DE RECHERCHE

Pour répondre à notre mandat, nous allons tenter de définir à quel stade de maturité sont rendues les équipes actuellement. Ce qui conduit à nous poser la question suivante.

À quel stade d'évolution les équipes se trouvent-elles présentement?

Déoulant de cette question principale, nous nous sommes posé trois questions subsidiaires susceptibles d'apporter des éléments de réponse à la première question.

Quel portrait des équipes se dégage actuellement? Les équipes ont-elles suffisamment de structures pour se développer? Comment influencer le changement vers les ÉSA?

HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

Notre démarche est sous-tendue par l'hypothèse suivante.

Les équipes sont investies d'une autonomie décisionnelle qui est supérieure à leur degré de maturité actuel.

OBJECTIFS

Objectif général

L'objectif général de cette recherche est de susciter une prise de conscience des forces et des faiblesses des acteurs pour leur permettre de définir les priorités et de déployer les moyens visant à développer des mesures correctives pour atteindre la cible visée, les ÉSA.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de la recherche sont les suivants.

- Étudier l'état de la situation (besoins, préoccupations, intérêts, etc.).
- Analyser les données recueillies afin d'identifier les éléments significatifs représentant un potentiel d'action.
- Poser un diagnostic et identifier des éléments d'explication.

- Identifier des avenues à développer pour favoriser le processus d'autonomisation des équipes.

Le présent rapport comporte cinq chapitres. Le premier chapitre présente la structure mandataire et son environnement. Nous exposerons dans le deuxième, notre démarche méthodologique suivie du troisième chapitre dans lequel nous présentons les éléments théoriques sur lesquels s'appuie notre argumentation. Le quatrième chapitre traite du diagnostic. Le dernier chapitre, enfin, présente les recommandations et les actions à mettre en œuvre.

CHAPITRE 1 :

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ORGANISATION

Ce chapitre présente la DCAA dans son environnement global. Nous présentons donc brièvement le système de santé et de services sociaux du Québec. Par la suite, nous présentons le CSSS-IUGS et la DCAA.

1.1. BREF APERÇU DU SYSTÈME QUÉBÉCOIS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Au Québec, le système de santé et de services sociaux est régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux adoptée en décembre 1971. Ce dernier vise le maintien, l'amélioration et la restauration de la santé et du bien-être de la population en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés au sein d'une même administration. Il compte près de 300 établissements offrant des services dans plus de 1700 points de service, regroupe près de 200 établissements publics, une cinquantaine d'établissements conventionnés sans but lucratif et une cinquantaine d'établissements privés offrant de l'hébergement et des soins de longue durée, au-delà de 3000 organismes communautaires et près de 2000 cliniques et cabinets privés de médecine. Plus de 10 % de la main-d'œuvre active du Québec travaille dans l'ensemble du secteur.

Le régime d'assurance hospitalisation, institué en 1961, d'assurance maladie adopté en 1961 et le régime général d'assurance médicaments (RGAM) datant de 1997 permettent à l'ensemble de la population d'obtenir gratuitement des services hospitaliers et médicaux. La gestion des services sociaux englobe aussi les services psychosociaux destinés à l'ensemble de la population, les services particuliers pour les personnes plus vulnérables ainsi que d'autres services comme les activités communautaires ou l'adoption internationale. L'État est le principal assureur et administrateur de la gamme de services. Le financement des services de santé et de services sociaux se fait par le biais de l'impôt sur le revenu et les biens des individus et des entreprises, des cotisations au Fonds des services de santé ainsi que des taxes à la consommation, des droits et des permis, des revenus des sociétés d'État et de transferts fédéraux.

En décembre 2003, le système sociosanitaire québécois prend un nouveau tournant avec l'adoption par le gouvernement du Québec, de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. En effet, cette loi confiait aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basé sur des réseaux locaux de services. C'est ainsi qu'en juillet 2004, 95 « réseaux locaux de services » (RLS) sont créés à l'échelle du Québec dans le but de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus. Cette nouvelle réorganisation conduit à la mise en place d'un nouveau type d'établissement appelé « centre de santé et de services sociaux » (CSSS) au sein de chacun des réseaux locaux de services. Le CSSS étant le résultat de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier (CH). Un CSSS est défini par la loi sur les services de santé et les services sociaux comme étant « une instance locale, laquelle est un établissement multivocationnel qui exploite notamment un CLSC, un CHSLD et, le cas échéant, un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ».

Par ailleurs, la création de 95 CSSS a complètement bouleversé l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux favorisant une nouvelle réorganisation (Figure 1).

Figure 1 : Organisation actuelle du réseau de la santé et des services sociaux du Québec



Source : Gouvernement du Québec (2008) <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>

Sur le plan de la gouvernance, trois paliers de gestion sont imputables au système de santé et de services sociaux : le central, le régional et le local. Le palier central relève du ministère de la Santé et des Services sociaux qui établit les orientations en matière de politiques sociosanitaires. Il évalue, pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Quant au palier régional, il relève des agences de la santé et des services sociaux qui ont la responsabilité de la coordination de la mise en place des services sur leur territoire respectif. Enfin, le palier local, qui regroupe l'ensemble des partenaires dont font partie les médecins de famille, afin de partager collectivement une responsabilité envers la population d'un territoire.

Après la brève présentation du système de santé québécois et de services sociaux, examinons le fonctionnement du CSSS-IUGS et le processus qui a conduit à sa mise en place.

1.2. LE CSSS–IUGS

La mise en place du CSSS-IUGS s’inscrit dans le contexte de la réorganisation du système québécois de santé et de services sociaux entreprise par le ministère de la Santé et des Services sociaux avec l’adoption en 2003 de la « Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux », L.R.Q., chapitre A-8.1, qui a favorisé l’émergence des CSSS. C’est ainsi qu’en février 2005, la fusion entre le CLSC de Sherbrooke et l’Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) donne naissance au CSSS-IUGS. Il est l’aboutissement d’un long processus d’organisation des services de santé et de services sociaux dans la région de Sherbrooke amorcé depuis 1875 avec la création de la fondation de l’Hospice du Sacré-Cœur de Sherbrooke (Historique : Annexe B).

À Sherbrooke, la situation du CSSS est particulière dans la mesure où c’est un autre établissement, le centre hospitalier de l’Université de Sherbrooke (CHUS) qui assume une partie des mandats normalement confiés au CSSS. Aussi, étant un centre hospitalier de soins spécialisés pour la gériatrie, il est lui-même un établissement à vocation régionale. Sans compter qu’il est constitué d’un CLSC et d’un institut ayant chacun une vocation universitaire spécifique. C’est le seul établissement au Québec qui a été désigné dès sa création comme un établissement universitaire. Les deux désignations qui lui sont accordées sont celles d’institut universitaire de gériatrie et de centre affilié universitaire (CAU). C’est pour souligner cette singularité qu’il été officiellement désigné sous le nom de CSSS-IUGS.

1.2.1. Mission

Le CSSS-IUGS a pour mission¹ d'améliorer la santé et le bien-être de toute la population dont il a la responsabilité, par :

- la coordination de l'ensemble des services requis à cette fin;
- des soins et des services généraux;
- des soins et des services spécialisés pour les personnes âgées;
- la formation, la recherche et le partage des connaissances.

Par ailleurs, le CSSS-IUGS se voit aussi confier d'autres mandats spécifiques à l'échelle locale, régionale et suprarégionale².

1.2.2. Mandats spécifiques

À l'échelle locale, les responsabilités du CSSS-IUGS se résument en cinq volets.

- Coordonner la mise en place du réseau local de services de Sherbrooke.
- Définir le projet clinique avec l'ensemble des partenaires.
- Mobiliser les partenaires.
- Offrir des services de santé et de services sociaux.

¹ CSSS-IUGS : la santé, une passion à partager. Plan stratégique 2006-2011, page 30.

² CSSS-IUGS : la santé, une passion à partager. Plan stratégique 2006-2011, pages 8-21

- Assurer l'accès, la continuité et la mise en réseau des services par des mécanismes et des ententes.

À l'échelle régionale, le CSSS-IUGS assure l'accessibilité et la qualité de quelques services offerts à la population de l'Estrie et à la population des autres territoires de l'Estrie ayant des besoins ne pouvant pas être comblés par leur CSSS local.

À l'échelle suprarégionale, le CSSS-IUGS doit assurer un corridor de formation, de services et de consultation en gériatrie pour les pôles facultatifs de la Montérégie et du Centre-du-Québec. Il doit également diffuser, au Québec et ailleurs, les résultats obtenus et les outils cliniques produits. Enfin, par le biais du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, le CSSS-IUGS s'assure de consolider et de soutenir l'innovation et l'expertise en santé dans chaque milieu. Il assure la diffusion, l'application et le transfert des connaissances plus forts et plus performants dans la mise en valeur optimale des produits cliniques.

1.2.3. Valeurs

L'œuvre du CSSS-IUGS place les personnes et les familles au centre de toutes ses actions et se fonde sur les valeurs suivantes.

- Le respect.
- L'excellence.
- Le partenariat et la collaboration.
- La solidarité et l'engagement.

- L'autonomie et la responsabilisation.
- L'innovation.

1.2.4. Vision

Le CSSS-IUGS entend se distinguer par son leadership efficace au service de sa population et au cœur des réalités québécoises touchant la santé et le bien-être.

1.2.5. Organisation

Afin d'accomplir les mandats qui lui sont impartis, le CSSS-IUGS s'est structuré en cinq grands secteurs d'activités. Il s'agit notamment des secteurs :

- des activités cliniques qui regroupent quatre directions, dont la DSPPAPA, la DSPPM, la DSGPSA et la DSPEJF ainsi qu'un service sages-femmes;
- des activités de soutien aux activités cliniques qui englobent la DRHI, la DRMF, la DSI et la DSMu;
- des activités reliées au projet clinique et à la qualité qui relèvent de deux directions, dont la DPCSPDC et la DÉAQ;
- des activités universitaires soutenues par quatre directions notamment la DCRV, la DRCAU, la DEFMSS et la DCAA;
- enfin, des activités reliées à la Direction générale regroupant la DCAA et le bureau de la Direction générale.

L'organigramme du CSSS-IUGS est présenté en annexe. Dans la section 3 ci-dessous, nous présentons la DCAA.

1.3. LA DCAA

La DCAA, notre mandat, est une direction du CSSS-IUGS mise en place en 2006. Elle agit en soutien aux mandats du CSSS-IUGS dans le secteur des activités universitaires et à celui des activités de la Direction générale.

1.3.1. *Mission*

La DCAA s'est vu confier divers mandats (Annexe G). Elle assume des responsabilités dans les diverses dimensions de la mission académique du CSSS-IUGS. Elle joue également un rôle dans les grands processus organisationnels reliés à la mission académique et à son ancrage au sein de l'établissement. Finalement, elle soutient « avec la Direction générale, les efforts de coordination interne ».

1.3.2. *Mandats spécifiques*

La DCAA a des mandats spécifiques.

1.3.2.1. *En enseignement*

- 1) Soutenir l'innovation dans la formation.
- 2) Gérer les interfaces avec les milieux d'enseignement, autres que la FMSS.
- 3) Organiser tous les processus liés à l'enseignement (accueil, évaluation, etc.) et agir comme guichet pour le traitement des demandes de stage.

La plupart de ces activités se font en collaboration avec la Direction de l'enseignement de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (DEFMSS).

1.3.2.2. En recherche

- 1) Revoir et mettre en place les mécanismes du cadre réglementaire.
- 2) Revoir le mode de fonctionnement et soutenir les deux comités d'éthique de la recherche.
- 3) Accroître l'intérêt et les habiletés du personnel en recherche.
- 4) Soutenir la consolidation de la recherche en CAU.

La plupart de ces activités se font en collaboration avec la Direction du Centre de recherche sur le vieillissement, la Direction de la recherche en CAU et les présidents des deux comités d'éthique.

1.3.2.3. En diffusion et en transfert de connaissances

- 1) Étendre le soutien aux programmes à l'ensemble des programmes de l'établissement.
- 2) Assurer le développement et la coordination des stratégies de l'établissement en matière de transfert de connaissances à l'interne.
- 3) Créer l'Observatoire sur les RLS et faire de l'établissement une référence en matière de RLS.
- 4) Faire connaître au personnel les pratiques efficaces en prévention.
- 5) Favoriser les échanges entre les producteurs et les utilisateurs des connaissances.

- 6) Favoriser l'utilisation des résultats de recherche dans l'ensemble des activités cliniques et de gestion.

1.3.2.4. En innovation clinique

- 1) Assurer le soutien au développement de l'expertise clinique.
- 2) Renforcer les pratiques de pointe en 1^{re} ligne.
- 3) Soutenir les évaluations des pôles d'expertises cliniques de l'établissement.

1.3.2.5. En gestion de l'information

- 1) Coordonner et développer les mécanismes de gestion interne des documents administratifs et de l'information : site documentaire, dossiers administratifs, dépliants, publications.
- 2) Soutenir le personnel et les gestionnaires dans l'utilisation de ces outils.
- 3) Développer les services de bibliothèque au sein de l'établissement.

1.3.2.6. En matière d'évaluation des technologies

- 1) Coordonner les efforts de développement, en lien avec le CHUS, des activités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

1.3.2.7. En matière de coordination des affaires académiques

- 1) Soutenir les efforts d'intégration des mandats universitaires.
- 2) Soutenir les mécanismes d'interface université-établissement.
- 3) Assurer la négociation, le suivi et le renouvellement des contrats d'affiliation et des contrats de stages.
- 4) Favoriser la reconnaissance du CAU.

- 5) Évaluer les retombées des activités académiques pour l'établissement.

1.3.2.8. En matière de coordination interne

- 1) Soutenir l'élaboration, la coordination et le suivi des plans d'action interne.
- 2) Coordonner le suivi du plan stratégique 2006-2011.
- 3) Soutenir les processus de consultation organisationnels.

1.3.3. *L'équipe de la DCAA*

L'équipe de la DCAA, essentiellement féminine, est composée d'une quarantaine de professionnels de différentes disciplines occupant des postes permanents ou à contrat. L'équipe est composée d'agentes administratives, d'agents de planification, de programmation et de recherche, de professionnels de recherche, de bibliothécaires, de techniciens en documentation, de commis à l'information et de techniciens en administration.

1.3.4. *Structure interne*

Compte tenu de l'ampleur des mandats qui lui sont confiés, la DCAA a opté pour une organisation qui repose sur le travail d'équipe. Des équipes ont donc été mises en place et se sont vu confier à chacune, la responsabilité de la gestion des dossiers d'un volet spécifique. Pour l'instant, on dénombre six sous-équipes. La DCAA a une structure de type fonctionnel avec un seul niveau hiérarchique. La directrice exerce directement son autorité sur les équipes.

1.3.5. *Ses partenaires*

Pour la réalisation de ses mandats, la DCAA travaille en étroite collaboration avec différents partenaires, notamment :

- les institutions d'enseignement;
- les organismes de recherche;
- l'Institut national de santé publique;
- les comités d'éthique de la recherche et l'unité de l'éthique du MSSS;
- les comités mixtes établissement-institution d'enseignement;
- le CHUS;
- le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke;
- les partenaires de l'Observatoire estrien du développement des communautés;
- l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie dans ses mandats d'évaluation et de soutien au développement de nouvelles activités de santé publique;
- les autres centres affiliés universitaires et instituts universitaires du Québec.

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente les différentes étapes de notre recherche. Nous y exposons les techniques et les outils qui ont servi à la cueillette des données de même que la stratégie de recherche employée pour mener à bien notre mandat.

2.1. DÉMARCHE RESPECTÉE

La réalisation de ce rapport s'est faite selon une chronologie passant par des étapes de préparation, de planification, de cueillette de données, d'analyse et de production du rapport. Elle s'est concrétisée de la manière suivante.

Tableau 1 : Chronologie de la préparation du rapport

ÉTAPES RESPECTÉES	
Familiarisation	<ol style="list-style-type: none">1. Rencontre initiale avec la directrice et proposition de mandats2. Choix d'un mandat et validation du mandat par la directrice et le professeur3. Rencontre initiale avec les membres des différentes équipes4. Cueillette de données préliminaires (document de travail, plan stratégique, rapport de stage, etc.)
Organisation	<ol style="list-style-type: none">1. Élaboration du questionnaire d'entrevue2. Établissement des échéanciers et des plages de travail pour la validation et la cueillette de données3. Prise de rendez-vous et remise à l'avance des questionnaires aux différents membres des équipes en place

ÉTAPES RESPECTÉES (SUITE)	
Cueillette des données	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réalisation des entrevues de cueillette de données auprès des membres des différentes équipes en place (14 juillet au 1^{er} août)
Analyse des données et préparation du rapport	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compilation des données et analyses des tendances qui se dégagent 2. Revue de littérature et choix du modèle d'analyse 3. Analyse des résultats en lien avec la préoccupation du projet 4. Analyse des tendances qui se dégagent quant aux besoins et aux intérêts des participants
Rédaction du rapport diagnostic	
Présentation du diagnostic à la directrice	
Discussion et feedback favorable de la directrice	
Corrections et ajustements	
Rédaction du rapport	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interprétation 2. Recommandation 3. Pistes d'action à approfondir ou à développer 4. Leçons apprises

2.2. PARADIGME DE RECHERCHE

Le paradigme interprétatif est celui que nous privilégions pour cette étude dont le projet est de comprendre la réalité en recherchant les sens et l'interprétation que les acteurs donnent à la réalité. En effet, Burrell et Morgan (1979) soutiennent que, dans une logique interprétative, l'objet de la recherche est d'appréhender un phénomène dans la perspective des individus participant à sa création. La connaissance ainsi produite sera subjective et contextuelle. Selon Morgan (1980), la recherche interprétative avance que la connaissance est un construit social. Elle suppose une immersion dans le contexte pour en comprendre ses processus.

2.3. STRATÉGIE DE RECHERCHE

Étant dans une logique interprétative, nous allons privilégier une approche qualitative adoptant la stratégie d'études de cas. L'étude de cas est une stratégie de recherche qui implique une étude empirique, en contexte réel, d'un phénomène particulier en utilisant de multiples sources d'évidence (Robson, 1993). L'étude de cas consiste donc en une analyse systématique d'une situation dans le but de résoudre un problème. Elle se caractérise par le fait qu'il n'existe pas de réponse « toute faite », chaque cas est unique. Le chercheur doit faire preuve de jugement, d'esprit d'analyse et de synthèse, de créativité pour poser le bon diagnostic, proposer et évaluer des solutions et recommander une décision. Dans notre recherche, la DCAA est le cas étudié et les équipes, l'unité d'analyse.

2.4. L'APPROCHE QUALITATIVE

La recherche qualitative se définit principalement par le fait qu'elle consiste à prendre en compte le contexte de l'objet de recherche. Dans une recherche qualitative, on fait habituellement appel à des descriptions narratives et à des comparaisons continues pour comprendre les populations ou les situations étudiées. Autrement dit, elle est une

orientation générale de la recherche centrée sur l'analyse de discours, de textes, d'entrevues, etc. En effet, celle-ci tente, à partir d'observations et d'analyses ouvertes, de découvrir des tendances et des processus qui expliquent le comment et le pourquoi des choses. Cette analyse permet de dégager des données de nature discursive plutôt que des données chiffrables. La recherche qualitative répond donc à la volonté de tenir compte de la relativité de la réalité et cherche, dans la plupart des cas, à révéler les particularités d'une situation ou d'un individu.

2.5. POPULATION ET ÉCHANTILLONNAGE

Dans le cadre de notre recherche, la population visée était tous les employés de la DCAA intégrés dans une équipe de travail. Autrement dit, nous visions tous les membres des équipes. Cependant, plusieurs membres des équipes n'ont pas pu être interrogés du fait de leur absence lors de la phase de collecte de données. Seuls les membres présents ont pu être interrogés. Nous avons donc opté, dans le cadre de notre recherche, pour un échantillon de convenance dans la mesure où celui-ci ne repose sur aucune méthode qui garantit *a priori* sa représentativité.

2.6. TECHNIQUES ET OUTILS DE CUEILLETTE DE DONNÉES

2.6.1. *Les techniques*

Nous avons préféré la conduite d'entrevues individuelles semi-directives auprès des membres des équipes. L'entrevue individuelle a été privilégiée pour préciser les besoins individuels des membres et en tenir compte dans notre analyse. Dans une moindre mesure, l'observation et l'analyse documentaire ont été utilisées. L'observation est une technique de cueillette de données qui consiste à observer un événement, un objet ou une personne et à consigner ses caractéristiques (Shermerhorn et al., 2006). L'observation dans notre cas a porté sur les

interactions entre les membres, l'aménagement physique des lieux de travail, le climat de travail et les activités d'équipe. Enfin, une analyse documentaire a été faite pour comprendre le cadre réglementaire et institutionnel de la DCAA et pour s'imprégner des études déjà menées auparavant. Les documents utilisés à cette fin sont : le plan stratégique 2006-2011 du CSSS-IUGS, le plan d'organisation 2006-2009, des documents de travail, ainsi qu'un rapport de stage sur l'appropriation des valeurs organisationnelles de la DCAA (Keita, 2008).

2.6.2. *Les outils*

Pour guider les entrevues, nous avons développé un questionnaire portant sur plusieurs dimensions du travail des équipes. Les participants ont été invités à prendre position sur la situation actuelle des équipes, à partager leur perception sur l'organisation fonctionnelle de la DCAA et à exprimer leurs principaux besoins et leurs préoccupations actuelles.

2.7. LES LIMITES DE LA RECHERCHE

La principale limite de cette recherche est le temps et, dans une moindre mesure, la représentativité des témoignages. En effet, notre recherche s'est effectuée en l'espace de six semaines. Cela n'est pas suffisant pour pouvoir appréhender la réalité de l'objet observé qui est, dans notre cas, les équipes. Étant donné que cette démarche s'est déroulée durant la période estivale, plusieurs membres étaient en congé. Le diagnostic, donc, présenté dans ce rapport ne peut pas vraiment faire l'objet d'une généralisation à l'ensemble de la population.

CHAPITRE 3 : CADRE THÉORIQUE

Ce chapitre met en évidence les modèles théoriques qui guideront notre analyse. Nous y exposons au préalable une revue de littérature sur les éléments pertinents de notre hypothèse et définissons ensuite le concept clé de notre recherche.

3.1. REVUE DE LITTÉRATURE

Il existe une abondante littérature qui traite des ÉSA. La plupart des documents que nous avons lus précisent que l'adoption d'un mode d'organisation du travail fondé sur les ÉSA constitue un véritable changement de paradigme pour les entreprises traditionnelles. On passe d'un paradigme de surveillance et de contrôle à un paradigme d'habilitation et de responsabilisation (Roy et al., 1998). Dans ce sens, Chang et Cuttin (1994) soutiennent que les ÉSA amènent des changements à tous les niveaux des organisations. Wellins et al. (1994) abondent dans le même sens en parlant de changements dans les principes de révision des processus organisationnels, particulièrement au niveau de la prise de décision. Glaser et Bayley (1992) ont d'ailleurs, à ce propos, élaboré des éléments de différenciation de paradigme entre l'organisation du travail traditionnelle et celle qui repose sur les ÉSA.

Tableau 2 : Illustration du changement de paradigme selon Glaser et Bayley (1992)

ORGANISATION DU TRAVAIL TRADITIONNELLE	ORGANISATION DU TRAVAIL EN ÉQUIPES SEMI-AUTONOMES
Centrée sur le management	Centrée sur le client
Employés spécialisés et isolés	Employés polyvalents
Plusieurs descriptions de tâches	Peu de catégories d'emploi
Information peu diffusée	Information largement partagée
Plusieurs niveaux hiérarchiques	Peu de niveaux hiérarchiques
Focus sur le département ou la fonction	Focus sur l'ensemble de l'organisation
Buts individuels	Buts communs
Impression de structure	Impression de chaos

Accent sur la résolution de problèmes	Accent sur la réalisation de la mission
Engagement élevé de la haute direction	Engagement élevé des travailleurs
Amélioration continue	Amélioration continue
Contrôle du management	Auto-contrôle
Fondée sur des politiques et des procédures	Fondée sur des valeurs et des principes

Par ailleurs, plusieurs modèles sur le processus de développement des ÉSA sont présentés dans la littérature. En effet, St-Arnaud (1994) soutient que la dynamique relationnelle qui s'établit entre les membres des ÉSA suit un processus qui évolue avec le temps. C'est le cas, d'ailleurs, de tout groupe de tâches qui poursuit une cible commune. Hartman (1992) a démontré ce processus évolutif en utilisant le modèle générique de Tuckman (1965) qu'il a découpé en quatre étapes : formation, turbulence, normalisation, performance. La CSN (1995) utilise un découpage similaire en quatre phases : dépendance, conflits de rôles, normalisation et maturité. À chacune des phases, le groupe fait face à des enjeux qu'il devra résoudre pour survivre et maintenir son développement. Aussi, l'état de maturité des ÉSA est lui aussi évolutif et nécessite d'être entretenu par de nouveaux projets de développement. Lorsqu'il y a ajout ou perte d'un membre de l'équipe, il est possible que celle-ci se transforme et régresse à une phase antérieure de son développement. Il importe donc de maintenir une certaine stabilité dans la composition de l'équipe (Roy et al., 1998).

Certains auteurs ont, par contre, généré un modèle élaboré à partir d'expériences concrètes d'introduction d'ÉSA dans diverses organisations pour décrire le même processus évolutif (Hitchcock, 1992; McDonald, 1994; Moran et Hogeveen, 1992; Musselwhite et Moran, 1990; Orsburn, 1990). Ce modèle est découpé en cinq phases : démarrage, confusion,

dépendance, cohésion et autogestion. Le processus de développement d'une équipe semi-autonome peut s'échelonner sur une période de trois à cinq ans (Hartman, 1992; Moran et Hogeveen, 1992), et même, de trois à sept ans (Wingfield, 1992). Par ailleurs, la plupart des auteurs soutiennent qu'il existe une relation entre l'autonomie décisionnelle des équipes et leur degré de maturité. En effet, plus une équipe démontre de la maturité, plus elle risque de se voir confier des responsabilités importantes concernant la gestion et l'organisation de son travail; les sujets traités par les ÉSA évoluent en fonction du niveau de maturité des équipes. (Wellins et al., 1991). D'autres auteurs, par contre, considèrent que les ÉSA peuvent traiter de toutes les dimensions; le niveau d'autonomie est révélé par la nature des gestes qui sont posés pour chacune des dimensions.

Par rapport au rôle de superviseur, des auteurs soutiennent que le changement dans le rôle du superviseur suit de près le processus de développement de l'autonomie des équipes. Plus le niveau de contrôle s'accroît au sein de l'équipe, moins on a recours à la hiérarchie pour prendre des décisions. Pour Letize et Donovan (1990), le rôle de superviseur passe d'une position centrale à une position périphérique au niveau de l'influence au sein du groupe.

En matière de gestion interne des ÉSA, deux stratégies sont dominantes : concentrer les activités de gestion dans un seul rôle, celui de leader de l'équipe (Benson et al., 1994; Coleman, 1993; Fisher, 1993) ou encore répartir ces activités entre une partie ou à l'ensemble des membres de l'équipe (Roy et al., 1998).

Après cette revue de littérature sur le fonctionnement des ÉSA, nous allons maintenant tenter de définir le concept d'ÉSA. Mais avant, il nous apparaît judicieux d'éclaircir les notions d'équipe et de groupe.

3.2. DÉFINITIONS

3.2.1. *Définition de la notion d'équipe*

En comportement organisationnel, la notion d'équipe est définie comme étant « un petit groupe de travailleurs aux compétences complémentaires collaborant activement à l'atteinte d'un objectif commun, dont ils se considèrent comme collectivement responsables » (Schermerhorn et al., 2006). *Le Petit Larousse* quant à lui, définit une équipe comme un groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans le même dessein. Ces différentes définitions permettent néanmoins de dégager trois éléments essentiels qui font qu'on peut attribuer le vocable « équipe » à un groupe d'individu. Avant d'en venir à ses trois éléments, voyons d'abord ce qu'est un groupe. « En comportement organisationnel, un groupe est un ensemble constitué d'au moins deux personnes qui collaborent régulièrement à l'atteinte d'objectifs communs ».

Pour qu'un groupe soit considéré comme une équipe, il faudrait que les trois ingrédients suivants soient réunis.

3.2.1.1. *Une cible commune*

Il est primordial pour le succès d'une équipe d'avoir une cible commune. C'est cet objectif qui doit permettre de justifier la mise en commun des efforts, de donner un sens à l'action et de solidifier les liens entre les membres.

3.2.1.2. *Une tâche à accomplir ou à opérationnaliser*

L'atteinte d'une cible commune se fait au moyen d'une série d'opérations entreprises par les membres d'une équipe. La tâche constitue donc le moyen concret que se donne une équipe pour atteindre son but en fonction des ressources à sa disposition. Plus la cible est précise, plus la tâche sera orientée vers la cible.

3.2.1.3. La convergence des efforts

Chaque membre d'une équipe est responsable de l'atteinte de la cible commune. Cela signifie que tous les membres doivent se soutenir, s'entraider, converger leurs efforts dans le même sens, autrement dit, ils doivent collaborer ensemble.

Les éléments d'une équipe étant clarifiés, voyons maintenant ce que constitue le travail d'équipe.

3.2.2. *La nature du travail d'équipe*

En comportement organisationnel, le travail d'équipe réfère au travail de groupe où les membres mettent en commun leurs compétences respectives au service d'un objectif commun. La caractéristique première d'une véritable équipe est le sentiment de responsabilité collective qu'éprouvent ses membres par rapport à ce qu'ils accomplissent (Schermerhorn, 2006). Cela suppose un engagement véritable de chacun des membres. Soulignons que le leadership joue un rôle déterminant dans le bon fonctionnement d'une équipe. « Mettre en place une équipe signifie beaucoup plus que de regrouper quelques personnes, puis d'attendre qu'elle fasse du bon travail. Il faut que la gestionnaire crée des conditions favorables au développement de l'équipe et la soutienne dans ses

efforts. » La créativité, la complémentarité des compétences, l'entretien des valeurs fondamentales et la traduction de la mission en objectifs de rendement sont les principales caractéristiques des équipes performantes (Schermerhorn, 2006).

Voyons maintenant ce qu'est une ÉSA.

3.2.3. Définition d'équipes semi-autonomes

Les premières définitions d'une équipe semi-autonome viennent des auteurs tels que Cleland (1996), Fisher (1993) et Wellins, (1991). Ils parlent des ÉSA comme un groupe qui dispose d'un haut degré d'autodétermination de la gestion des activités courantes. Ses membres travaillent de façon interdépendante à la production d'un bien ou à l'offre d'un service. Dans cette même lignée, Hayajneh (1992) l'enrichit en rajoutant la notion de responsabilités et de supervision limitée. Il la définit donc comme un groupe qui assume des responsabilités de gestion en plus d'exécuter des tâches avec un minimum de supervision ou sans supervision immédiate. Autrement dit, une équipe semi-autonome a un pouvoir décisionnel sur certains sujets habituellement réservés aux gestionnaires ou aux superviseurs dans les organisations traditionnelles.

La définition qui sera retenue dans le cadre de notre travail est apportée par Mario Roy et al. (1998) et se libelle de la manière suivante :

« Le concept d'équipes semi-autonomes de travail est défini comme un mode d'organisation du travail où des employés sont collectivement responsables, en permanence, d'une séquence complète de travail dans un processus de production

d'un bien ou d'un service destiné à des clients internes ou externes; les équipes sont imputables de leurs résultats et les membres de l'équipe assument à l'intérieur de certaines limites, des fonctions de gestion en plus d'accomplir leurs tâches de production. »

Dans le paragraphe suivant, nous présentons les modèles qui seront utilisés dans le cadre de notre analyse portant sur les équipes.

3.3. LES MODÈLES D'ANALYSE

3.3.1. *Le modèle du processus évolutif des ÉSA*

La littérature présente plusieurs modèles du processus évolutif des ÉSA. Nous avons opté pour un modèle qui, pour nous, est plus proche de la réalité des ÉSA. Notre choix s'est donc porté sur le modèle de processus évolutif élaboré à partir d'expériences concrètes d'introduction d'ÉSA dans diverses organisations et qui se découpe en cinq phases.

3.3.1.1. Le démarrage

Dans cette phase, les membres sont habituellement optimistes sans être véritablement engagés envers le groupe. La formation des participants et des superviseurs concernant les nouveaux rôles qu'ils auront à jouer au sein de l'organisation constitue le principal centre d'attention.

3.3.1.2. La confusion

Dans cette phase, le gestionnaire prend moins de place dans les décisions du groupe, ce qui provoque un sentiment d'insécurité et d'incertitude au sein de l'équipe vis-à-vis la répartition du travail et les

rôles de chacun. Les membres sont soucieux par rapport à leur capacité à assumer les nouveaux rôles et par rapport à la sécurité d'emploi. Cela nuit à la coopération entre les membres et l'efficacité du groupe diminue.

3.3.1.3. La dépendance

Dans la phase de dépendance, le travail en équipe prend réellement forme. Les membres vivent un état de dépendance à un leader qui émerge du groupe et qui oriente les efforts. Il y a moins de conflits au sein des équipes et une plus grande confiance entre les individus. Le gestionnaire est plutôt axé sur le traitement des problèmes extérieurs qui peuvent avoir un impact sur le groupe.

3.3.1.4. La cohésion

La phase de cohésion se caractérise par l'émergence de plusieurs leaders en fonction des situations auxquelles est confrontée l'équipe. La loyauté entre les membres s'intensifie, l'équipe croit en son potentiel et son fonctionnement interne est excellent. Il y a un fort membership et l'équipe peut devenir défensive face à l'organisation.

3.3.1.5. L'autogestion

La phase d'autogestion est signe de la maturité de l'équipe. Elle se caractérise par une coordination et une coopération avec les autres groupes de l'organisation. Toutes les équipes unissent leurs efforts et travaillent dans le sens des objectifs de l'entreprise. Les membres de l'équipe sont suffisamment polyvalents pour exécuter les multiples

tâches requises au sein de l'équipe. Le développement personnel des membres est réel et l'amélioration continue du système devient le principal objectif poursuivi.

3.3.2. *Le modèle du continuum d'autonomie décisionnelle*

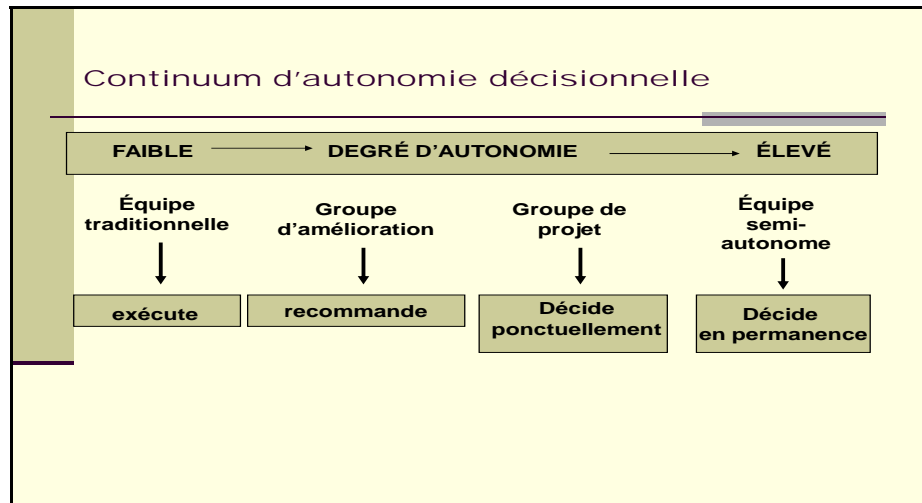
Étant donné que ÉSA rime avec pouvoir décisionnel, il nous a semblé pertinent de considérer le modèle du continuum d'autonomie décisionnelle dans notre cadre d'analyse. Le modèle du continuum d'autonomie décisionnelle (Roy et al., 1998) (Figure1) montre que les ÉSA constituent la forme d'organisation du travail en équipe ayant le plus grand pouvoir décisionnel, car les membres prennent et exécutent en permanence des décisions qui concernent l'organisation et la réalisation de divers aspects de leur travail. Les ÉSA, par rapport à d'autres types de groupe, agissent avec un degré d'autonomie nettement plus élevé en étant investies d'une partie de l'autorité habituellement dévolue aux cadres pour mener à bien les affaires de l'organisation. Il s'agit ici d'une délégation du droit de gérance couvrant une gamme plus ou moins étendue d'activités de gestion (Roy et al., 1998).

Les équipes de travail traditionnelles, quant à elles, se positionnent au bas de l'échelle du pouvoir. Leur niveau d'autonomie est à peu près nul étant donné que toutes les décisions sont prises sans consultation par le gestionnaire et que les membres des équipes sont confinés à un rôle d'exécutant.

Entre les deux extrêmes, nous avons les groupes d'amélioration et les groupes de projet. Les groupes d'amélioration continue sont investis d'un pouvoir de recommandation sur hypothèses de solutions qui peuvent être ou non prises en

compte par la direction. Généralement, une structure parallèle est mise en place pour s'assurer que les recommandations de l'équipe ont bien été examinées avant que la direction ne décide de ne pas les appliquer. En ce qui concerne les groupes de projets, ils jouissent d'un niveau d'autonomie encore plus élevé. Ils peuvent prendre des décisions dans les limites définies par le mandat qui leur a été confié. En plus de réaliser le travail, ils peuvent déterminer comment ils vont s'organiser pour l'accomplir.

Figure 2 : Continuum d'autonomie décisionnelle



Source : Roy et al. (1998)

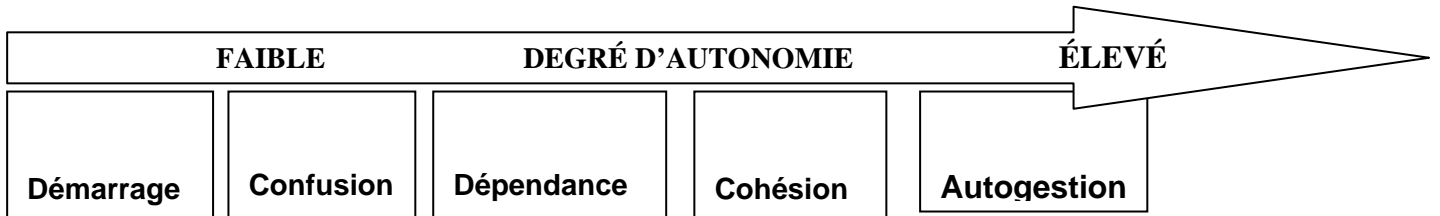
3.3.3. *La combinaison des deux modèles*

Notre analyse va se faire à partir d'une combinaison du modèle du processus évolutif des ÉSA et celui du continuum de l'autonomie décisionnelle. Cette combinaison nous a permis de générer un troisième modèle (Figure2) que nous avons appelé le processus évolutif de l'autonomie décisionnelle des ÉSA. C'est

ce modèle qui constituera donc le cadre de notre analyse. Le processus évolutif de l'autonomie décisionnelle des ÉSA montre que les ÉSA passent à travers différentes phases d'évolution et que leur autonomie décisionnelle s'accroît d'une phase à l'autre. L'autonomie décisionnelle suit donc le processus évolutif des ÉSA. Le démarrage constituant la phase où le pouvoir décisionnel est le plus faible et la phase d'autogestion où le pouvoir décisionnel des ÉSA est le plus élevé.

Par ailleurs, certains auteurs ont déjà fait mention de la relation existant entre le niveau de maturité d'une équipe et son degré d'autonomie. En effet, plus une équipe démontre de la maturité, plus grandes seront ses responsabilités. Dans ce sens, Roy et al. (1998) affirment que le degré d'autonomie et les types de responsabilités confiées aux équipes semblent évoluer en fonction de leur maturité puisque l'apprentissage du processus décisionnel en équipe demande un certain temps, un certain « vécu ensemble » et une certaine cohésion sociale (McGrath, 1991).

Figure 3 : Processus évolutif de l'autonomie décisionnelle des ÉSA



CHAPITRE 4 : DIAGNOSTIC

Dans ce chapitre, nous présentons, à la lumière de l'analyse des entrevues et de nos observations, les forces ou les acquis à consolider, d'une part, et les faiblesses ou les aspects à améliorer, d'autre part.

4.1. LES FORCES

4.1.1. *L'engagement de la direction*

L'engagement de la direction dans le processus d'implantation des ÉSA est présenté par certains auteurs comme une condition préalable et essentielle au succès de l'implantation des ÉSA. Selon Orsburn et al. (1990), il est nécessaire d'établir au départ la disposition de la direction à mettre en pratique la philosophie participative qui caractérise cette forme d'implication des travailleurs dans le processus décisionnel. Rayner et Fisher (1991) abondent dans le même sens en soulignant que le changement doit commencer dans l'esprit et le cœur des dirigeants pour se matérialiser ensuite dans leurs décisions et leurs comportements.

Nous avons pu entrevoir que la directrice est très engagée dans ce processus et recherche des voies et des moyens pour permettre aux équipes de progresser. D'ailleurs, cette démarche témoigne de la volonté de la directrice de prendre en compte les besoins des employés et d'y répondre du mieux qu'elle peut. Elle nous a sans cesse manifesté à quel point la participation des employés est importante pour elle et que toute action entreprise doit avoir du sens pour chacun d'eux afin qu'il s'y reconnaisse. Flexible et attentive aux besoins de ses employés, la directrice n'hésite pas à essayer de nouvelles choses pour que tout le monde y trouve son compte.

4.1.2. *L'implication des employés*

Comme nous venons de le mentionner plus haut, la directrice tient à ce que le changement adopté soit une démarche collective avec l'ensemble des employés. Il est important pour elle que tout le monde puisse participer et donner son point

de vue. Les employés sont donc invités à émettre leur point de vue ou leur critique librement. Le changement provoqué par l'introduction des ÉSA peut susciter des résistances importantes chez les travailleurs au point de rendre beaucoup plus difficiles l'introduction et le développement des ÉSA. L'implication des employés dans ce processus fait donc partie des conditions essentielles à une implantation réussie (Roy & Saint- Jacques, 2003).

4.1.3. *Le leadership naturel des chefs d'équipes*

Avant d'être désignés officiellement chefs d'équipe, les chefs exerçaient déjà un certain leadership sur leurs collègues. Cela justifie d'ailleurs le choix porté sur eux pour assumer ce rôle. Leur positionnement dans l'équipe est donc légitimé et accepté par tous les membres. De ce fait, la mobilisation des membres en devient facilitée.

4.1.4. *Le climat de travail*

Les membres se disent satisfaits du climat qui règne au sein des équipes. Les relations entre les membres sont amicales. Les membres se respectent et se font confiance mutuellement.

4.1.5. *La structure aplanie*

La structure aplanie de la DCAA est appropriée pour la mise en place des ÉSA compte tenu de la réduction des niveaux hiérarchiques. Ici, la directrice exerce directement son autorité sur les équipes sans intermédiaire. Cela favorise le rapprochement de la directrice et des membres. En effet, nous avons pu observer que la directrice connaît bien ses employés et entretient avec eux plus que des relations de travail.

4.1.6. *Des équipes multidisciplinaires*

Les personnes réunies au sein des équipes ont des compétences et des expériences variées, ce qui enrichit les équipes.

4.2. LES FAIBLESSES

4.2.1. *Le travail d'équipe*

Selon Schermerhorn et al. (2005), dans une équipe, les membres mettent leurs compétences respectives au service d'un objectif commun. La définition du travail en équipe qui vient d'être évoquée ci-dessus ne se prête véritablement pas aux équipes de la DCAA. Selon ce que nous avons pu observer, chaque membre est simplement préoccupé et concentré sur les dossiers qu'il pilote. Les membres ne sont pas interdépendants dans le sens où un événement qui affecte l'un d'entre eux les affecte tous. En effet, les opérations menées par un membre dans ses dossiers n'ont pas véritablement pas d'incidences sur les opérations des autres membres dans la réalisation de leurs dossiers. Autrement dit, un membre est tout à fait capable de gérer ses dossiers sans nécessairement avoir besoin d'interagir avec ses coéquipiers, si tout va bien. Certains membres, tout particulièrement quelques chefs d'équipe, nous ont mentionné ne pas connaître les dossiers de certains de leurs coéquipiers.

Par ailleurs, nous avons noté que les interactions entre les membres dans la plupart des cas se font lorsque l'un d'eux rencontre des difficultés dans l'opérationnalisation de ses dossiers. L'interaction consiste à échanger sur le problème vécu, à savoir si le coéquipier a déjà été confronté à la même situation et ce qu'il a fait pour sortir de l'impasse. Mais nous avons aussi constaté que les membres optent la plupart du temps de se référer aux collègues avec qui ils ont

le plus d'affinité et non plutôt à la personne la plus susceptible de contribuer à la résolution de leur problème. Selon nous, cela ressemble beaucoup plus à une envie de se confier à un ami pour lui partager ses problèmes plutôt qu'à une manifestation du désir de travailler en équipe.

Sans vouloir tomber dans les stéréotypes, cette caractéristique témoigne probablement de la réalité affective de la DCAA qui est un milieu de travail essentiellement féminin. Nous savons qu'en milieu de travail, les femmes privilégient beaucoup les rapports humains et les liens affectifs priment avant tout.

En dernier lieu, soulignons que les équipes n'ont pas leurs propres règles de fonctionnement et les objectifs des équipes se confondent avec ceux de l'entreprise. Certains membres ne s'identifient même pas à leur équipe, car selon eux, le fait de mettre en place des équipes n'a modifié en rien leurs habitudes puisqu'ils ont toujours travaillé de la même façon.

De ce constat et selon ce que nous avons pu observer, le fonctionnement des équipes de la DCAA est basé sur le résultat de la somme du travail individuel. Or, la caractéristique première d'une véritable équipe est le sentiment de responsabilité collective qu'éprouvent ses membres par rapport à ce qu'ils accomplissent. Comme le dit Schermerhorn et al. (2005), un tel engagement envers le travail d'équipe suppose que chacun soit prêt à « écouter ce que disent les autres et à y réagir positivement; le cas échéant, à leur accorder le bénéfice du doute; à leur apporter leur soutien; à reconnaître leurs intérêts et leurs réalisations ».

4.2.2. *L'ambiguïté de rôle*

Par définition, l'ambiguïté de rôle fait référence à la situation où une personne ne sait pas ce qu'on attend d'elle. Nous avons pu identifier ce malaise chez certains membres, en particulier les chefs d'équipe qui ont explicitement affirmé ne pas savoir ce qu'on attend d'elles. Il y a une certaine difficulté chez les chefs d'équipe à concilier leurs responsabilités en tant qu'employé et en tant que chef d'équipe. Nous avons pu percevoir que certaines chefs d'équipe doutent de leur capacité à assumer ce nouveau rôle du fait qu'elles n'ont jamais exercé cette fonction auparavant. Cette incertitude est renforcée par le fait qu'elles estiment ne pas avoir les compétences requises pour bien assumer ce rôle dans la mesure, où elles n'ont pas de formation en gestion. Ces dernières ont explicitement émis le vœu de recevoir des formations qui vont leur permettre d'acquérir des notions de base en gestion et de développer leurs habiletés interpersonnelles.

Aussi, certaines chefs d'équipe ont clairement exprimé leurs craintes quant aux exigences et aux défis que comporte leur rôle dans l'équipe. Nous avons pu déceler une certaine angoisse face à l'ampleur des responsabilités, de devoir décider, se prononcer ou prendre position. Cela se manifeste par les questions qu'elles se posent comme, « Est-ce que je dois connaître en profondeur tous les dossiers de mes coéquipiers pour pouvoir faire les liens entre les dossiers? », « Dans quoi je m'embarque? », « C'est quoi les enjeux? », « Jusqu'où va le rôle de chef d'équipe? », « Combien de temps dois-je investir pour bien assumer mon rôle? »... D'ailleurs, certaines chefs d'équipe ont avoué avoir peur de

s'épuiser professionnellement parce qu'elles doivent, en parallèle à leur rôle de chefs d'équipe, faire avancer leurs dossiers.

Pour ce qui est des autres membres du groupe qui, généralement, ont affirmé que leurs rôles et leurs responsabilités étaient clairs pour eux, nous avons tout de même pu entrevoir au fil des discussions que les choses n'étaient pas aussi claires qu'ils le prétendaient. En effet, les responsabilités par rapport à leur fonction à la DCAA sont claires, car ils étaient capables de décrire concrètement ce qu'ils font dans l'établissement. Par contre, leurs rôles et leurs responsabilités au sein de l'équipe sont moins clairs. Ils en ont parlé avec beaucoup d'hésitation. Cela s'est manifesté par des mots ou des expressions telles que : « Tout est dans le non-dit », « Probablement que », « J'imagine que Johanne veut que », « Ça va de soi que », « Je ne sais pas », etc. Ainsi, la raison pour laquelle les membres des équipes nous ont dit que tout est clair alors que nous nous sommes aperçus du contraire peut signifier que ces derniers ont peur de se faire dire qu'ils ne sont pas responsables et autonomes. Ils préfèrent le dissimuler et renvoyer une image d'assurance, de confiance en soi pour ne pas paraître incompetents. Pour finir, ce qui confirme que les choses ne sont pas aussi claires vient du fait que certains membres nous ont rapporté avoir vécu des conflits de rôle au sein de leur équipe, en ce sens que certains membres empiétaient sur les responsabilités des autres. Autrement dit, « le qui fait quoi » ou « le ceci est de ma responsabilité » n'est pas clairement défini.

4.2.3. *L'encadrement*

L'incertitude ou, disons plutôt, la confusion qui règne au sein des équipes relève d'un encadrement « insuffisant » de la direction. Les objectifs à atteindre ou la

cible commune à atteindre par les équipes ne sont pas clairement définis, les attentes de la direction ne sont pas partagées aux équipes et les responsabilités de chacun ne sont pas clairement délimitées.

Soulignons que cette situation était voulue par la directrice. En effet, celle-ci a considéré que les chefs d'équipe exerceraient mieux leurs rôles si elles avaient la latitude de décider de la manière dont elles l'exerceraient en fonction des besoins et des spécificités de chaque équipe. La directrice craignait que fixer des attentes trop précises allait confiner les chefs d'équipe dans un cadre si étroit qu'il pourrait les étouffer avec le temps. Elle a donc préféré leur laisser décider du sens qu'elles accorderaient à ce rôle. Ajoutons aussi que la directrice, dans sa volonté de responsabiliser ses employés, s'est mise dans une position où elle ne veut plus leur donner des réponses toutes faites; elle aimerait qu'ils apprennent à résoudre leurs problèmes, qu'ils développent le réflexe de rechercher différentes avenues quand ils sont en difficulté. Pour les amener vers ce cheminement, elle se garde de leur donner l'information précise, en ne communiquant que les grandes lignes. On peut donc se demander si c'est la bonne attitude à tenir quand on met en place des équipes. Hackman (1990) s'est positionné sur la question. Selon lui, l'une des erreurs que commettent souvent les gestionnaires lorsqu'ils mettent sur pied et gèrent des équipes de travail, c'est de « rassembler un groupe de personnes, leur dire dans des termes généraux ce qui doit être fait et les laisser s'arranger avec les détails ». En effet, selon l'auteur, il arrive souvent que, lorsqu'ils créent des équipes, les gestionnaires tentent d'éliminer toutes les contraintes bureaucratiques qui pourraient nuire au fonctionnement de celles-ci. Ce faisant, ils laissent aux

équipes moins de structure qu'elles en auraient réellement besoin. Par exemple, la tâche est définie seulement dans des termes vagues et généraux. La composition de l'équipe et les limites de l'autorité du groupe sont elles aussi vagues et fluides. Il a pu observer aussi que les équipes dont les structures sont insuffisantes ou inappropriées rencontrent de sérieux problèmes de fonctionnement. La question importante à se poser quand on met en place une équipe est de savoir si la structure choisie permet et encourage le travail collectif, ou si elle rend le travail en équipe plus difficile ou plus frustrant que nécessaire³.

Par ailleurs, l'auteur observe aussi que, une fois qu'une équipe est lancée, les gestionnaires prennent parfois pour acquis que leur travail est terminé et abandonnent celle-ci à son sort. S'il existe de bonnes raisons de ne pas trop s'immiscer dans les processus internes de l'équipe, une approche non interventionniste peut toutefois nuire à l'efficacité si les membres ne possèdent pas déjà les habiletés requises ou encore l'expérience du travail en équipe. Par rapport à tout ce qui précède, nous pensons qu'il serait nécessaire, pour éviter que l'évolution des équipes ne soit affectée, que la gestionnaire s'assure que les conditions simples soient réunies. Nous pensons ici à une tâche d'équipe, des frontières claires, à une autonomie suffisante et clairement spécifiée ainsi qu'un membership raisonnablement stable.

³ PÉPIN, Richard (2005). Les éditions SMG gestion des équipes de travail, aidez vos équipes à exceller p.19-20.

4.2.4. *La formation*

Une faiblesse importante observée dans ce processus est la formation donnée aux équipes. En effet, les équipes n'ont pas été formées au travail d'équipe. Pépin (2005) avance que même si la tâche et la structure d'une équipe sont claires et simples, la performance de celle-ci restera sous-optimale si l'équipe n'est pas bien soutenue. La plupart du temps, les personnes réunies au sein d'un groupe ne possèdent pas déjà les habiletés requises pour bien travailler en équipe. Selon certains auteurs ci-dessous cités, la formation du personnel constitue le mécanisme privilégié pour favoriser le passage d'une forme d'organisation traditionnelle à l'utilisation des ÉSA au sein des milieux de travail (Cheney, 1994; Hartman, 1992; Wellins & George, 1991). Elle doit être adaptée en fonction de l'évolution du processus d'introduction des équipes et des enjeux qui y sont associés (Turner, 1995). Malheureusement, plusieurs entreprises n'investissent pas suffisamment dans les activités de formation, ce qui entraîne souvent un échec de l'ensemble de la démarche (Byham, 1992). Dans ce sens, Turner (1995) soutient que les équipes ne réussissent pas parce qu'elles ont une formation insuffisante. Les équipes qui ont du succès consacrent de 40 à 80 heures de formation par membre au développement d'habiletés de travail en équipe au cours de leur première année d'existence, et de 20 à 30 heures ou plus par année à la formation technique.

Par ailleurs, des auteurs ont regroupé en trois catégories les formations devant être données aux équipes (Orsburn, 1990; Musselwhite et Moran, 1991; Wingfield, 1992).

Il s'agit :

- 1) d'habiletés techniques;
- 2) d'habiletés administratives;
- 3) d'habiletés interpersonnelles et de travail en équipe⁴.

- Les habiletés techniques ont pour but de développer chez les membres une expertise polyvalente leur permettant de participer à la rotation des postes avec les autres membres de l'équipe.
- Les habiletés administratives constituent les outils pour compléter les dossiers et les documents nécessaires à la confection des rapports essentiels au suivi des activités de production.
- Les habiletés interpersonnelles et de travail en équipe permettent aux membres de communiquer efficacement, de gérer leurs différends, de gérer leurs réunions et de prendre des décisions éclairées en équipe (développement et utilisation de la mission et des normes de l'équipe; échange de feedback, communication interpersonnelle, entraînement et coaching, animation de réunion, identification des opportunités d'amélioration de la qualité, outils et techniques de qualité, etc.).

4.2.5. *Le feedback*

Les membres interrogés, plus particulièrement les chefs d'équipe, disent ne pas recevoir de feedback et souhaiteraient en recevoir. La directrice nous a par ailleurs confirmé qu'elle donnait peu de feedback. Cette situation constitue, selon nous, une faiblesse dans la mesure où le feedback complète bien la

⁴ Mario Roy et al. (1998)

fixation des objectifs de l'équipe. Un feedback efficace permet aux membres de jauger régulièrement la performance de l'équipe à la lumière des objectifs de départ et d'ajuster leurs efforts et leurs stratégies en conséquence (Pépin, 2005). Le feedback s'appuie sur des objectifs clairs, une appropriation de ceux-ci par les membres de l'équipe et par des mesures précises de la performance de l'équipe (Jones & Moffet, 1999). En ce sens, le feedback est lié de près à la performance des équipes de travail (Barr & Conlon, 1994). Les équipes de travail ont donc besoin d'un feedback continu pour être à même d'atteindre leurs objectifs et d'améliorer leur performance.

4.2.6. *Appropriation du changement*

Nous entendons par appropriation le fait pour les employés de percevoir la mise en place des ÉSA comme une décision prise conjointement avec la directrice. Mais nous nous sommes rendu compte lors des entrevues que les membres des équipes ne se sont pas approprié le projet. Pour eux, c'est une décision prise par la directrice; c'est donc elle qui doit fixer les règles du jeu. Cela se manifestait par des mots ou des expressions tels que « Quand Johanne a décidé de mettre en place », « C'est Johanne qui a mis en place cette structure, c'est à elle de... » ou encore « Johanne ne veut plus que ... ». C'est dire que les employés sont dans une perspective plus traditionaliste où les ordres doivent venir du haut. Or, nous nous sommes rendu compte que, pour la directrice, c'est le contraire. Selon elle, l'idée de mettre en place des équipes est venue des employés, puis, les équipes ont émergé. Pour la directrice, c'est donc une décision commune et les règles du jeu doivent être fixées avec la participation de tous les employés. Cette

divergence de point de vue révèle peut-être une forme de résistance déguisée de la part des employés.

4.2.7. La communication

Comme nous venons de le voir plus haut, les employés semblent ne pas s'être appropriés le projet, qui pour eux, est une décision de la directrice tandis que pour la directrice, c'est une idée des employés. Nous pensons que cela peut révéler un problème de communication dans l'entreprise. Soulignons aussi que nous avons pu remarquer que beaucoup d'employés ne savaient pas ce qui se passait dans l'entreprise. Certains ne savaient même pas à quelle équipe ils appartenaient. Les gens ne prennent pas le temps de valider leurs perceptions.

Tableau 3 : Récapitulatif des forces et des faiblesses

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • L'engagement de la direction • L'implication des employés • Le climat de travail • Le leadership naturel des chefs d'équipes • La structure aplanie • Des équipes multidisciplinaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Le travail d'équipe • L'ambiguïté de rôle • L'encadrement • La formation • Le feedback • Appropriation du changement • La communication

Si nous nous référons à notre modèle du processus évolutif de l'autonomie décisionnelle des ÉSA (Figure 2 du chapitre III), nous situons les équipes de la DCAA à la phase de confusion qui se caractérise par un sentiment d'insécurité et d'incertitude au sein de l'équipe vis-à-vis de la répartition du travail et les rôles de chacun. Cette incertitude est liée au fait que la gestionnaire prend moins de place dans les décisions de l'équipe. Ce qui signifie, toujours en

référence à notre modèle, que les équipes ont un pouvoir décisionnel faible et ont encore du chemin à faire pour atteindre la phase d'autogestion dans laquelle les ÉSA ont un pouvoir d'autonomie décisionnel élevé.

Étant donné que, dans cette phase, les préoccupations principales des équipes tournent autour des rôles au sein de l'équipe et à leur capacité à les exercer, l'accent doit donc être mis dans cette phase d'évolution, sur la clarification et sur l'encadrement aux équipes. Il y a lieu ici pour la direction de préciser la cible, d'établir des procédures, de définir les termes, de formuler clairement ses attentes, de procéder par objectif. Il faudrait que la direction s'assure que les choses sont claires pour tous les membres, sinon son évolution stagnera.

CHAPITRE 5 : RECOMMANDATIONS ET MISE EN OEUVRE

Ce chapitre formule des recommandations visant à renforcer le processus d'implantation des ÉSA déjà amorcé et à proposer un plan d'action de mise en œuvre desdites recommandations.

L'idée de mettre en place des ÉSA démontre une gestion d'avant-garde et soucieuse d'efficacité et du bien-être des employés. L'état actuel de la situation des équipes, tel que discuté dans le précédent chapitre, nous permet de supposer que le processus de leur implantation s'est fait sans une véritable planification au préalable et sans que l'on ne tienne compte de certains facteurs critiques. En effet, Roy et al. (1996) soutiennent que certaines conditions sont requises pour réussir le passage à un mode d'organisation du travail en ÉSA et que ce processus passe par quatre étapes.

1. La mobilisation des acteurs.
2. L'étude de faisabilité.
3. Le plan de réorganisation du travail.
4. Le support à l'implantation des changements proposés.

Ceci veut dire que la mise en place des ÉSA exige d'accomplir au préalable un véritable travail de préparation pour décider de sa faisabilité. Dans le cas de la DCAA, étant donné que la formation des équipes s'est amorcée depuis plus de six mois, nous ne jugeons pas pertinent de recommencer le processus à zéro et annihiler les efforts déjà consentis à rendre le changement effectif. Les recommandations que nous allons formuler viseront donc essentiellement à favoriser et à soutenir le passage des équipes de leur état d'immaturation actuel vers plus de maturité. Nos recommandations vont s'articuler autour de quatre axes d'intervention et seront assorties de moyens de les mettre en œuvre.

5.1. RENFORCER LE PROCESSUS DE RESPONSABILISATION DES ÉQUIPES

Edmonton (1999) affirme que le processus de responsabilisation des équipes atteindra les objectifs d'amélioration de la productivité, de flexibilité et d'efficacité à partir du moment où les équipes auront des conditions favorables à leur apprentissage collectif et à leur prise de décision. Ces conditions permettront un véritable engagement des équipes envers les

responsabilités qui leur sont confiées (Davel et al., 2003). Dans cette perspective, les actions que nous préconisons pour renforcer le processus de responsabilisation des équipes sont les suivantes.

5.1.1. *Clarifier les frontières et les niveaux d'autonomie*

Les chefs d'équipe et les membres des équipes doivent avoir une idée claire des responsabilités et des pouvoirs qui leur sont dévolus. La directrice doit clairement formuler ses attentes et délimiter les champs de responsabilité de chacun. Tout ce travail de clarification doit se faire en collaboration avec les équipes. Quoi qu'il en soit, les équipes à la base doivent devenir directement responsables des décisions liées à l'organisation du travail, à l'aire de travail et aux tâches individuelles à accomplir au sein du groupe (Rayner et Fisher, 1991). En d'autres termes, c'est le niveau minimal d'autonomie qui doit être donné aux équipes.

5.1.2. *Établir un plan des niveaux d'autorité*

Compte tenu de l'immaturation des équipes, celles-ci ne peuvent pas encore assumer certaines responsabilités. Nous suggérons donc à la directrice de déterminer les différents degrés d'autonomie décisionnelle qu'elle souhaiterait que les équipes atteignent au fur et à mesure que celles-ci progressent vers la maturité. En effet, la responsabilisation des équipes varie en fonction de leur degré d'autonomie. Roy et al. (1998) soutiennent que le degré d'autonomie et les types de responsabilités confiées aux équipes semblent évoluer en fonction de leur maturité puisque l'apprentissage du processus décisionnel en équipe demande un certain temps, un certain « vécu ensemble » et une certaine cohésion sociale (McGrath, 1991).

Déterminer les niveaux d'autonomie décisionnelle peut donc servir d'indicateur sur le niveau de maturité des équipes dans la mesure où plus les équipes démontreront de la maturité, plus elles se verront confier des responsabilités plus grandes. Cela va aussi permettre aux équipes de se rendre compte de leur progression et constituer un stimulus pour les équipes qui chercheront à tout mettre en œuvre pour parvenir à atteindre le plus haut niveau d'autonomie décisionnelle.

5.1.3. *Mettre en place une table de concertation*

La mise en place de cette table de concertation vise avant tout à favoriser la communication entre les différents acteurs. La table de concertation devra regrouper la directrice et les chefs d'équipe. Un membre de chaque équipe peut prendre place à la table de concertation. Mais dans ce cas, la désignation des membres doit se faire de façon rotative pour donner la chance à tout le monde de participer. La table de concertation servira de tribune aux équipes. Elle pourra, entre autres, se pencher sur le développement de pratiques transversales, formuler les orientations, servir de guide aux équipes, trouver des moyens de pallier aux problèmes rencontrés par les équipes...

5.2. CRÉER DES CONDITIONS PROPICES AU TRAVAIL D'ÉQUIPE

5.2.1. *Modifier la manière d'attribuer les dossiers*

À l'heure actuelle, chaque équipier gère un certain nombre de dossiers qui lui sont assignés par la directrice et dont il a l'entière responsabilité. Cette façon d'assigner le travail peut ne pas favoriser le travail d'équipe dans la mesure où les gens se sentent seulement imputables des dossiers à leur charge. Ainsi, les efforts sont déployés pour le succès de leurs dossiers personnels et non pour la

réussite des dossiers de l'ensemble des équipiers. De plus, la plupart ne connaissent même pas les dossiers de leurs coéquipiers. Difficile de travailler en équipe dans ce contexte. La tâche de la directrice devrait simplement se limiter à l'assignation des dossiers aux équipes et leur laisser l'entière responsabilité de l'opération desdits dossiers. La gestion des dossiers confiés à une équipe doit faire l'objet d'une concertation en équipe et doit être répartie entre les membres en fonction des forces et des faiblesses de chacun. Le travail ainsi accompli sera le résultat d'un travail collectif et non le résultat de la somme de travaux individuels comme c'est le cas présentement. Cela permettra aussi de créer de l'interdépendance entre les équipes et les différents membres d'une équipe tout en réduisant la collaboration par affinité.

5.2.2. *Favoriser des récompenses groupales*

La directrice devra mettre en place un système de récompenses pour la performance du groupe et penser à un moyen de distribuer ces récompenses de façon à favoriser l'interaction des membres et l'effort nécessaire pour l'accomplissement de la tâche. C'est une des tâches pouvant être confiée à la table de concertation. Une récompense groupale pourrait par exemple être attribuée à une équipe qui se donne comme objectif d'éliminer le travail par affinités en mettant en place un plan d'action commun et qui le respecte.

5.2.3. *Élaborer des règles de fonctionnement d'équipe*

Toutes les équipes doivent, de façon concertée, élaborer leurs propres règles de fonctionnement et leurs objectifs d'équipe en dehors des objectifs généraux de la DCAA. Chaque équipe pourrait réaliser un document de travail qui fixe les modalités de travail de l'équipe. Les règles de fonctionnement peuvent porter

sur la participation, la prise de décision, les rôles d'animation, le partage des responsabilités, etc. Il est important que les équipes se prêtent à cet exercice pour développer le sentiment d'appartenance à l'équipe et pour pouvoir gagner en maturité.

5.3. OFFRIR UN SOUTIEN À L'IMPLANTATION DES CHANGEMENTS

5.3.1. *Investir suffisamment dans des activités de formation*

La formation des personnes constitue le mécanisme privilégié pour favoriser le passage d'une forme d'organisation traditionnelle à l'utilisation des ÉSA au sein des milieux de travail (Cheney, 1994; Hartman, 1992) L'expérience de Turner (1995) à titre de consultant démontre que la raison pour laquelle les équipes ne réussissent pas réside dans une formation insuffisante, reliée à un soutien inadéquat des gestionnaires qui négligent souvent d'investir temps et ressources pour développer les équipes. Les équipes qui ont du succès consacrent de 40 heures à 80 heures de formation par membre au développement d'habiletés de travail en équipe au cours de leur première année d'existence. Dans le cas de la DCAA, la formation doit se faire non seulement au niveau des équipes, mais aussi au niveau des chefs d'équipe pour les aider à se familiariser avec leurs nouvelles responsabilités.

5.3.2. *Donner du feed-back*

Hackman (1987) souligne la nécessité pour les équipes d'avoir du feedback pour assurer un rendement satisfaisant des ÉSA. Selon lui, l'organisation doit mettre en place un système d'information qui permet aux équipes de réaliser leurs tâches et d'interagir avec les autres équipes. Ce système peut prendre la forme d'une base de données compréhensible et intégrée qui fournit aux équipes

un feedback opportun sur leur fonctionnement et leur performance, dans une perspective d'amélioration continue (Carroll, 1992).

De façon plus simple, la directrice peut établir avec les équipes les périodes de feedback. Celui-ci doit également se faire entre les membres, au moment de boucler une réunion, par exemple.

5.3.3. *Mettre en place des mécanismes de suivi des résultats et des correctifs*

Les ÉSA nécessitent une certaine supervision. La table de concertation doit définir le type d'encadrement, les contrôles à effectuer, les modalités de vérification des résultats et les correctifs à apporter. À cette fin, on devra nécessairement mettre en place des mécanismes de communication entre les équipes.

5.3.4. *Prévenir les conflits*

La table de concertation doit établir à l'avance les modalités d'arbitrage et de règlement des différends entre des membres d'une même équipe

5.4. CONSOLIDER LES ACQUIS

La table de concertation doit veiller à la préservation des éléments efficaces de sorte qu'il ne faudra pas toujours réinventer la roue. La bonne ambiance de travail, le respect entre les personnes, les relations amicales, l'enthousiasme et la motivation sont des choses à préserver. Dans les périodes de feedback, il serait important de toujours souligner ces aspects pour ne pas les perdre de vue.

CONCLUSION

Comme nous venons de le voir à travers ce rapport, la mise en place des ÉSA est un processus long, et exige une importante préparation et une planification pour garantir son succès. Un tel changement ne s'effectue pas spontanément et nécessite de mettre en place une démarche structurée. Le processus utilisé lors de l'implantation des ÉSA influence certainement une part importante du succès ou de l'échec (Roy & Saint-Jacques, 2003). C'est donc d'une importance capitale. Aussi, la mise en place des ÉSA se fait sous certaines conditions et tient compte de plusieurs facteurs tant internes qu'externes.

Si l'on se réfère au cas de la DCAA, nous avons pu déceler quelques forces, mais aussi certaines faiblesses dans la mise en place des ÉSA. En matière de forces, nous pouvons noter l'engagement de la direction, l'implication des employés, le climat de travail, le leadership naturel des équipes, les incitatifs financiers et la structure aplanie. Par contre, le travail d'équipe, l'ambiguïté de rôle, l'encadrement, la formation, le feedback, l'appropriation du changement et la communication seraient les axes à améliorer.

L'analyse portée sur les équipes montre que celles-ci sont dans la phase de confusion qui témoigne de leur immaturité. À cette phase, l'autonomie décisionnelle d'une équipe est faible. Celle-ci n'est pas encore apte à voler de ses propres ailes. Le gestionnaire doit donc exercer un style de gestion plus directif. Ceci vérifie notre hypothèse selon laquelle les équipes sont investies d'une autonomie décisionnelle qui est en inadéquation avec leur degré de maturité. Suite à cette analyse, nous avons formulé quelques recommandations assorties d'actions permettant de les mettre en œuvre. Les recommandations tournent essentiellement autour de quatre axes : renforcer le processus de responsabilisation des employés; créer des conditions

propices au travail d'équipe; développer le support à l'implantation des changements et enfin, consolider les acquis.

Cependant, nous nous permettons d'émettre quelques doutes quant à la faisabilité de mettre en place des ÉSA dans le contexte actuel de la DCAA. En effet, le passage vers de nouvelles formes d'organisation du travail telles que les ÉSA « est un changement organisationnel majeur qui concerne l'ensemble de l'organisation. Pour que les équipes fonctionnent bien, il faut non seulement définir leur rôle et préparer les membres à le jouer correctement, mais il faut également ajuster l'ensemble des autres sous-systèmes de l'organisation pour qu'ils adoptent une position de conseil et de support auprès des équipes... » ((Roy & Saint-Jacques, 2003). Ce qui signifie, si l'on en croit ces auteurs, que la mise en place des ÉSA au sein de la DCAA est une démarche qui doit être coordonnée avec l'ensemble du CSSS-IUGS. C'est un changement de culture qui doit se faire dans toute l'organisation. Or, il apparaît que ce changement ne vise que la DCAA et n'est pas une démarche structurée avec l'ensemble des acteurs qui composent le CSSS-IUGS.

Étant tout de même en accord avec la nécessité pour les organisations d'adopter des modes de travail fondés sur le travail d'équipe du fait de ses nombreux avantages, notamment en termes de flexibilité et d'efficacité, nous pensons que, en nous référant au modèle du continuum d'autonomie décisionnelle, la question ici doit porter sur la forme du travail en équipe qui cadrerait avec le contexte organisationnel actuel de la DCAA. Selon nous, les équipes entrant dans la catégorie des groupes d'amélioration pourraient convenir. C'est une voie à explorer et qui pourrait faire l'objet d'une recherche plus approfondie.

BIBLIOGRAPHIE

- Adamec, Bruce A., Zelenka, Janet H. (1996). "Self-Directed Audit Teams". *Internal Auditor*, vol. 53, p. 36-43.
- Austin, Nancy. (1993). "Making Teamwork Work". *Working Woman*, vol.18, p. 28-29.
- Banker, Rajiv D. and al. (1996). "Impact of Work Teams on Manufacturing Performance: A Longitudinal Field Study". *Academy of Management Journal*, vol. 39, p. 867-890.
- Carroll, Bod. (1992). *Developing a High Performance Work Team: A Case Study*. The 1992 International Conference on Self-Managed Work Teams. The Interdisciplinary Center for the Study of Work Teams, University of North Texas, Dallas, Texas, p 3-11.
- Chang, Richard Y., Curtin, Mark J. (1994). *Succeeding as a Self-Managed Team*. Richard Chang Associates, Inc., Publications Division, Irvine, 104 p.
- Cleland, David. (1996). *Strategic Management of Teams*. John Wiley & Sons Inc., New York, 292 p.
- CSN (Confédération des syndicats nationaux). (1995). *Travail en équipe et démocratie au travail*, 122 p.
- Fisher, Kimball. (1993). *Leading Self-Directed Work Teams: A Guide to Developing New Team Leadership Skills*. Library of Congress, Cataloging-in-Publication Data, 263 p.
- Glaser, Rollin., Bayley, C. (1992). *Classics. Readings in Self-Managing Teams Work*. Organization Design and Development, Inc., 492 p.
- Hackman, J. Richard. (1990). *Groups That Work (and those that don't): Creating Conditions for Effective Teamwork*. San Francisco: Jossey-Bass, p. 505-508.
- Hartman, Lorne M. (1992). *Operationalizing Empowerment*. The 1992 International Conference on Self-Managed Work Teams. The Interdisciplinary Center for the Study of Work Teams, University of North Texas, Dallas, Texas, p. 59-65.
- Hayajneh, Abdalla F., Udeh, Igwe E., Dwairi, Musa A., Hedí, John P. (1992). *Self-Managing Work Teams: How do They Perceive Their Organizations?* The 1992 International Conference on Self-Managed Work Teams. The Interdisciplinary Center for the Study of Work Teams, University of North Texas, Dallas, Texas, (1992), p. 115-125.
- Hitchcock, Darcy E. (1992). "Measuring Team Progress". *Journal for Quality & Participation*, vol. 15, p. 12-18.
- Hitchcock, Nancy A. (1993). "Can Self-Managed Teams Boost Your Bottom Line?". *Modern Materials Handling*, vol. 48, p. 57-59.
- IRSST - Équipes semi-autonomes 63
- Leiser, R. (1994). "Ritz Reduces Turnover with Self-Directed Work Teams". *Hotel & Motel Management*, vol. 211, p. 27.
- Man, B.W. (1965). "Developmental Sequence in Small Groups". *Psychological Bulletin*, vol. 63, no 6, p. 384-399.
- Manz, Charles C., Angle H. (1986). "Can Group Self-Management Mean a Loss of Personal Control: Triangulating a Paradox". *Group & Organization Studies*, vol. 11, p. 309-334.

- McDonald, G. (1994). "Making Things Work: A Self-Directed Work Team". *Job Safety & Health Quarterly*, vol. 5, no 3, p. 19.
- Moran, L., Hogeveen, J. (1992). *Self-Directed Work Teams and Total Quality Management: Where the Roads Come Together* The 1992 International Conference on Self-Managed Work Teams. The Interdisciplinary Center for the Study of Work Teams, University of North Texas, Dallas, Texas, p. 93-98.
- Moskal, Brian S. (1988). "Supervisors, Begone! Self-Managed Groups' Payoffs Widespread". *Industry Week*, vol. 236, p. 32.
- Orsburn, Jack D. and al. (1990). *Self-Directed Work Teams: The New American Challenge*, Homewood, Illinois: Business One Irwin, 1990, 354 p.
- Pépin, R. (2005). « Gestion des équipes de travail », Les éditions SMG. 333 p.
- Ray, D., Bronstein, H. (1995). *Teaming Up: Making the Transition to a Self-Directed, Team-Based, Organization*. McGraw Hill inc., New York, 247 p.
- Ray, M. (1979). « Les équipes semi-autonomes et la maîtrise. Le cas d'un atelier de bonbonage ». *Revue Française de Sociologie*, vol. 20, no 3, p. 590-604.
- Ray, Glenn R., Hines, J., Wilcox, D. "Training Internal Facilitators". *Training*
- Roy M., Guindon J.C., Bergeron J.L., Fortier L., Giroux D. (1998). « Équipe semi-autonomes de travail » IRSST- direction des communications, Bibliothèque nationale du Québec.
- Sagoe, Isaac K. II. (1994). "Why are Self-Managed Teams so Popular?". *Journal for Quality & Participation*, p. 64-67.
- Schermerhorn JR., Hunt, J.G., Osborn, R.N., De Billy, C. (2006). « Comportement humain et organisation », 3^e édition, ERPI, 593 p.
- St-Arnaud, Y. (1994). *Les petits groupes, participation et communication*, Les Presses de l'Université de Montréal.
- St-Onge, S., Audet, M., Haines, V., Petit, A. (2004). *Relever les défis de la gestion des ressources humaines*, 2^e édition, Gaétan Morin éditeur, 706 p.
- Sundstrum, E., De Meuse, K., Futrell, D. (1990). "Work Teams". *American Psychologist*, vol. 45, p. 120-123.
- Turner, Gary O. (1993). *Busting Bureaucracies: From Regulating Rules to Rejuvenating*. The 1993 International Conference on Self-Managed Work Teams. The Interdisciplinary Center for the Study of Work Teams, University of North Texas, Dallas, Texas, p. 161-166.
- Wellins, Richard S. and al. (1994). *Inside Teams: How 20 World-Class Organizations are Winning Through Teamwork*, Jossey-Bass Publishers, 366 p.
- Wellins, Richard S. (1993). "Self-Directed Teams at Work". *Executive Excellence*, vol. 10, p.13-14.
- Zuidema, Kevin R., Kleiner, Brian H. (1994). "New Developments in Developing Self-Directed Work Groups". *Management Decision*, vol. 32, p. 57-63.

ANNEXE A :
95 réseaux locaux de services

Annexe A : 95 réseaux locaux de services



Source : Gouvernement du Québec (2008)

<http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>

ANNEXE B :
Principaux points de repère historiques
du CSSS-IUGS

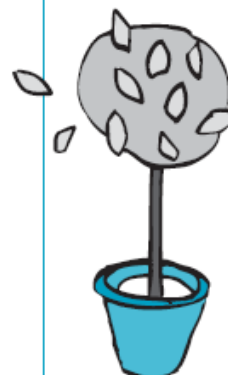
Le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke en quelques pages

Le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke est issu de l'intégration, en 2005, du CLSC de Sherbrooke et de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Depuis de nombreuses années, chacune de ces organisations était connue pour sa mission spécifique, ses réalisations et sa culture propre. En acceptant de s'unir pour devenir un Centre de santé et de services sociaux, c'est-à-dire le maître d'œuvre du réseau local de services sur le territoire de Sherbrooke, le CLSC et l'Institut ont fait le pari de la mise en commun pour assurer de meilleurs services à la population.

Principaux points de repère historiques

Afin de mieux comprendre l'environnement interne du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, il est important d'en esquisser les traits principaux, ne fut-ce que brièvement. Tout d'abord, voici quelques dates marquantes qui ont jalonné son histoire.

- 1875 Fondation de l'Hospice du Sacré-Cœur de Sherbrooke
- 1888 Fondation du Centre hospitalier de Sherbrooke (Sherbrooke Hospital)
- 1966 Ouverture du Foyer St-Joseph
- 1968 Création de l'Hôpital D'Youville de Sherbrooke
- 1968 Ouverture du Foyer de Bromptonville
- 1969 Ouverture de la Résidence de l'Estrie
- 1972 Création du premier CLSC à Sherbrooke : le CLSC SOC (Sud-Ouest-Centre)
- 1975 Mise en place au CLSC SOC d'un projet intégré de services aux personnes âgées, lequel comprend des services d'aide à domicile
- 1978 Regroupement de citoyens et de citoyennes de l'est de Sherbrooke, Fleurimont, Stoke et Ascot Corner pour obtenir la création d'un CLSC pour ce territoire
- 1982 Extension du territoire du CLSC SOC aux municipalités de Rock Forest, Saint-Élie-d'Orford et Deauville
- 1983 Premier agrément, par le Conseil canadien d'agrément des services de santé, de l'Hôpital D'Youville
- Premier agrément, par le Conseil canadien d'agrément des services de santé, du Centre hospitalier de Sherbrooke (Sherbrooke Hospital)
- 1985 Création du CLSC Gaston-Lessard et ouverture d'un point de services dans le quartier est de Sherbrooke et à Lennoxville



- 1987 Inauguration d'un nouveau point de services du CLSC SOC à Rock Forest
- 1992 Création du CHSLD Estriade, à la suite de la fusion du Foyer St-Joseph, du Foyer de Bromptonville et de la Résidence de l'Estrie
- 1993 Acceptation, par le ministère de la Santé et des Services sociaux, du projet d'une maison des naissances, projet parrainé par le CLSC SOC
- 1994 Agrément, par le Collège des médecins du Québec, du CLSC Gaston-Lessard comme unité de médecine de famille et arrivée des premiers résidents et externes
- 1995 Mise en place des services Info-Santé et du service d'intervention de crise psychosociale, accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine
- 1996 Création de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, à la suite de l'intégration de l'Hôpital D'Youville et du Centre hospitalier de Sherbrooke
- Désignation officielle du Centre de recherche sur le vieillissement et création du Centre d'expertise de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
- 1998 Désignation du CLSC Gaston-Lessard comme « centre affilié universitaire » (CAU), l'un des deux premiers CLSC à obtenir ce titre
- 1999 Fusion du CLSC SOC et du CLSC Gaston-Lessard donnant naissance au CLSC de la Région-Sherbrookoise
- 2002 Changement de nom du CLSC de la Région-Sherbrookoise, appelé désormais CLSC de Sherbrooke
- 2004 Intégration à l'IUGS des CHSLD Estriade comprenant la Résidence de l'Estrie et le Foyer St-Joseph
- Adoption par le conseil d'administration du CLSC et le conseil d'administration de l'IUGS, le 29 avril, de la convention d'intégration entre le CLSC de Sherbrooke et l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Première réunion du comité administratif conjoint, le 7 septembre
- 2005 Création officielle, le 5 février, du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

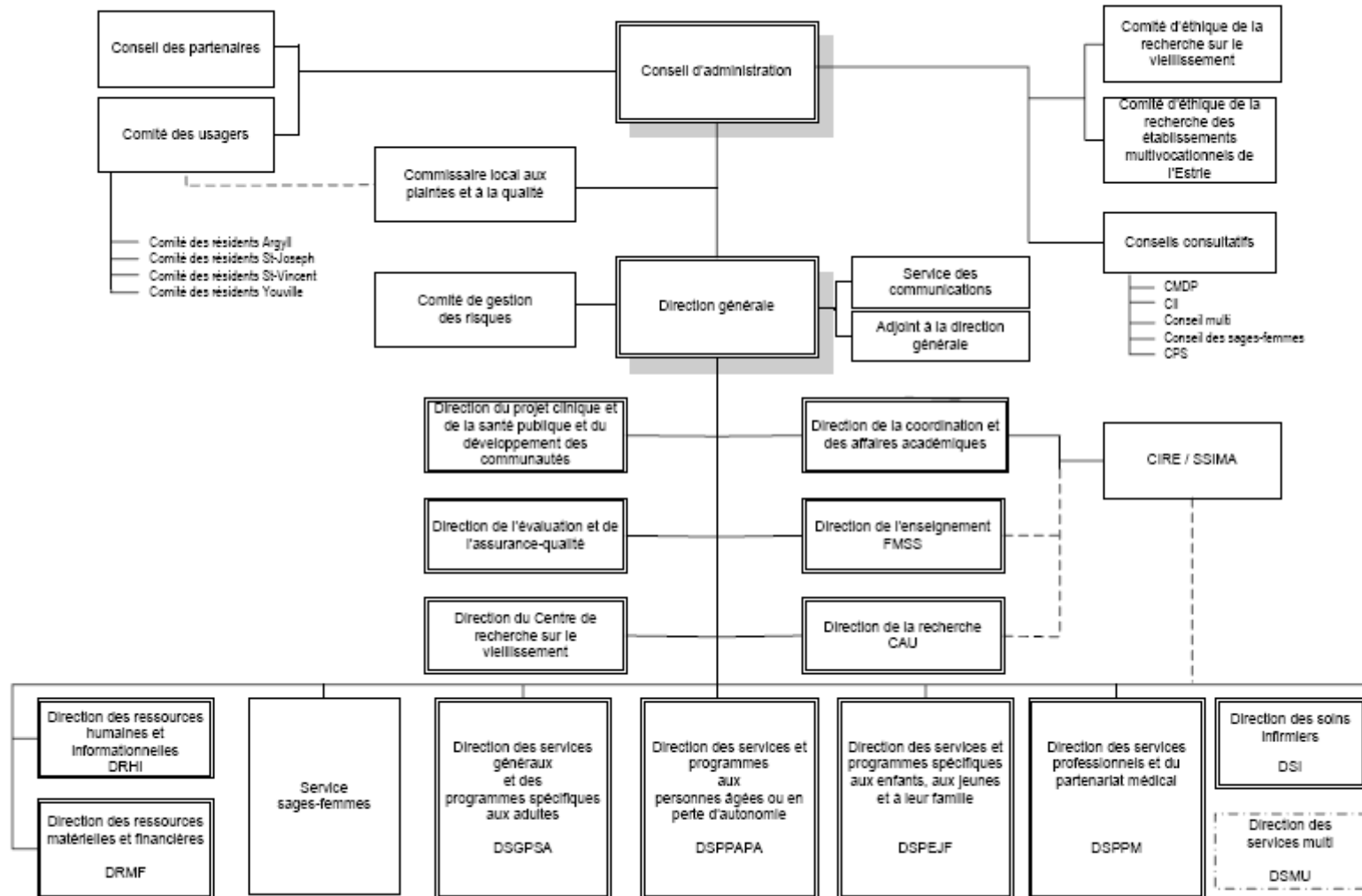
Un centre de santé et de services sociaux distinctif

La Loi sur les services de santé et les services sociaux définit un centre de santé et de services sociaux (CSSS) comme « une instance locale, laquelle est un établissement multivocationnel qui exploite notamment un CLSC, un CHSLD et, le cas échéant, un CH de soins généraux et spécialisés ». À Sherbrooke, le CSSS ne comprend pas de centre hospitalier de soins généraux, car ce mandat est exercé par un centre hospitalier universitaire, le CHUS. Or, les centres hospitaliers universitaires ne sont pas intégrés au sein des CSSS. Le CSSS se caractérise toutefois par l'intégration d'un centre local de services communautaires (CLSC) possédant déjà une désignation de centre affilié universitaire (CAU) à un institut universitaire largement reconnu, qui inclut un centre hospitalier de soins spécialisés en gériatrie et un important centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

À Sherbrooke, la réalité du CSSS prend donc un visage particulier puisque c'est un autre établissement, le CHUS, qui assume une partie du mandat normalement attribué au CSSS. Par ailleurs, il est lui-même un établissement à vocation régionale, en tant que centre hospitalier de soins spécialisés pour la gériatrie. De plus, il est constitué d'un CLSC et d'un institut ayant chacun une vocation universitaire spécifique. Pour rendre compte de cette réalité singulière, l'établissement a officiellement été désigné sous le nom de « Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke » (CSSS-IUGS).

ANNEXE C :
ORGANIGRAMME GÉNÉRAL DU CSSS-IUGS

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX - INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE



ligne double = direction

ANNEXE D :
QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE

Grille d'évaluation des rôles et des responsabilités des équipes

Identification du groupe _____

1) Les membres de l'équipe

Quelles sont les responsabilités des membres vis-à-vis de l'équipe?

Quel rôle jouez-vous dans votre équipe?

Comment aidez-vous votre équipe à performer?

Qui est responsable des résultats dans votre équipe?

Comment qualifierez-vous votre sentiment d'appartenance à l'équipe?

Participez-vous activement au processus de décision de l'équipe?

Aidez-vous vos collègues dans la réalisation de leurs tâches?

Qui doit pousser les membres de votre équipe à performer?

La directrice devrait-elle s'impliquer davantage pour le bon fonctionnement de votre équipe?

Qui est responsable du succès de l'atteinte de vos objectifs?

2) Les chefs d'équipe

Avez-vous une bonne compréhension du rôle et des responsabilités de votre chef d'équipe? Sinon, pourquoi?

Croyez-vous qu'il soit nécessaire d'avoir un chef d'équipe? Sinon, pourquoi?

Quelles sont vos attentes par rapport au chef d'équipe?

Connaissez-vous les critères pour être désigné chef d'équipe? Qu'en pensez-vous?

Quelles sont selon vous les habiletés ou les compétences requises pour être chef d'équipe?

Pensez-vous que votre chef d'équipe assume bien son rôle et ses responsabilités?

Faites-vous confiance à votre chef d'équipe?

Votre chef d'équipe sait-il faire preuve de leadership?

Que souhaitez-vous que votre chef d'équipe fasse, qu'il ne fait pas en ce moment?

Que faites-vous pour l'aider à assumer pleinement ses responsabilités?

Le chef est-il responsable de la performance de l'équipe?

Selon vous, votre chef d'équipe a-t-il besoin de formation? Si oui lesquelles?

Décrivez trois situations où le chef d'équipe a failli à ses responsabilités

Grille d'analyse des besoins de formation des chefs d'équipe.

Identification du groupe _____

Selon vous, quelles sont les compétences ou les habiletés nécessaires pour assurer efficacement votre rôle de chef d'équipe?

Quelles sont les principales difficultés rencontrées au sein de votre équipe?

Dans l'ensemble des responsabilités qui vous ont été assignées, avec lesquelles êtes-vous :

1) Plus à l'aise?

2) Moins à l'aise? Pourquoi?

Quels sont les résultats attendus que vous ne parveniez pas à satisfaire?

Pouvez-vous décrire une situation où le manque de formation a nui à votre performance?

Selon vous, quels seraient vos principaux besoins en formation?



À PROPOS DU DOCUMENT...

Le présent document expose les résultats d'une recherche menée auprès des équipes de la Direction de la coordination et des affaires académiques (DCAA). Le but étant de poser un diagnostic sur la situation actuelle des équipes et de formuler des recommandations ainsi que les moyens pouvant être pris pour l'améliorer.

Le diagnostic posé sur les équipes a permis de mettre en relief des forces et des faiblesses sur les plans organisationnel, opérationnel et humain. Il en ressort principalement que les équipes sont actuellement dans une phase de confusion qui se caractérise par une incertitude de leur capacité à s'autogérer compte tenu du fait que la gestionnaire prend moins de place dans la gestion interne des équipes. En effet, depuis plus de six mois, la DCAA tente d'adopter un mode de fonctionnement reposant sur les équipes semi-autonomes (ÉSA).

Afin d'aider les équipes à progresser dans leur cheminement, les recommandations formulées portent sur quatre principaux axes, notamment le renforcement du processus de responsabilisation des équipes, la création de conditions propices au travail d'équipe, le support à l'implantation des changements et la consolidation des acquis.

À PROPOS DES AUTEURS...

Ce rapport est un essai-intervention rédigé par Audrey Livia MENGUE ATIGA dans le cadre de sa Maîtrise en administration avec une concentration en Management public à l'Université de Sherbrooke. Ce dernier marque la fin dudit programme et s'est réalisé avec l'appui et la supervision de la directrice de la DCAA, madame Johanne Archambault ainsi qu'avec l'aide de son équipe.

Audrey Livia MENGUE ATIGA est diplômée depuis le 13 septembre 2008. Elle envisage poursuivre des études de 3^e cycle en analyse des politiques publiques. Pour l'heure, acquérir de l'expérience de travail dans sa sphère d'études reste sa priorité.

À PROPOS DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX—INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE (CSSS-IUGS)

Le CSSS-IUGS possède une désignation d'institut universitaire de gériatrie et une désignation de centre affilié universitaire. Ces deux désignations font en sorte de créer un environnement de travail où l'innovation est présente dans l'optique de contribuer au rehaussement constant de la qualité des services. Cela se traduit par l'omniprésence de l'enseignement, de la recherche et du partage des connaissances au sein de l'établissement. Les publications du CSSS-IUGS visent ainsi à favoriser la diffusion et le partage des connaissances produites par les intervenants, les gestionnaires, les chercheurs et les stagiaires de l'établissement.

