

*Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Montérégie*

**Québec** 

**Expérience de réorganisation des soins,  
des services et du travail  
dans les centres d'hébergement  
de la Montérégie**

**Bilan des réalisations  
du plan FORTERESSS**

**AUTEURS**

**Christian Viens  
Jocelyne Audet**

**Direction de santé publique, secteur Planification, évaluation-recherche  
Direction des ressources humaines, des affaires administratives et de la qualité**

**Février 2011**

## **Auteurs**

Christian Viens, DSP, ASSSM  
Jocelyne Audet, DRHAAQ, ASSSM

## **Coordination**

Ginette Lafontaine, DSP, ASSSM  
Lucie Rioux, DRHAAQ, ASSSM

## **Soutien technique**

Martine Hamel, DRHAAQ, ASSSM

## **Secrétariat et mise en pages**

Sabrina Quisari, DSP, ASSSM  
Francine Alarie, DSP, ASSSM

## **Collaboration**

Les éléments contenus dans ce document proviennent des bilans provisoires des établissements membres du plan FORTERESSS ainsi que de l'apport des chargées de projet dans la collecte des données sur les indicateurs de processus et de résultats. Il s'agit des personnes suivantes :

Sylvie Ouellet et Manon Aumais, CSSS Champlain  
Joé Poulin, CSSS Haut-Richelieu-Rouville  
Christine Poirier et Debbie Clément, CSSS du Haut-Saint-Laurent  
Pauline Gévry, CSSS de la Haute-Yamaska  
Mélanie Charron et Stéphanie Thibert, CSSS Jardins-Roussillon  
Chantal McMahon, CSSS La Pommeraie  
Martine Denault, CSSS Pierre-Boucher  
Diane Pilon, CSSS Pierre-De Saurel  
Stéphanie Vaillancourt, CSSS Richelieu-Yamaska  
Claudia Demers, CSSS du Suroît  
Gaétane Bourgoïn, CSSS de Vaudreuil-Soulanges  
Madeleine Cabana, Hôpital Charles LeMoyné

## **Comité directeur du plan FORTERESSS**

Nelson Boulianne, directeur des ressources humaines, des ressources informationnelles et du développement organisationnel, CSSS de Vaudreuil-Soulanges

Anne Chiasson, directrice des soins infirmiers, de la qualité des services, de la gestion des risques et agrément, CSSS du Haut-Saint-Laurent

Sylvie Desjardins, présidente, Commission infirmière régionale

Claudette Giguère, directrice réseau personnes en perte d'autonomie, CSSS du Suroît

Olga Medeiros, directrice des soins infirmiers, CSSS Haut-Richelieu-Rouville

Carole Meilleur, directrice des ressources humaines et du développement organisationnel, CSSS Champlain

Claire Lebeau, adjointe à la direction PPALV-DP, CSSS Jardins-Roussillon

Marie-Christine Letellier, directrice du Programme personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique (PPALV-DP), CSSS Jardins-Roussillon

Lise Montagne, directrice du soutien à la gestion des personnes, CSSS La Pommeraie

Pauline Plourde, directrice des soins infirmiers et des programmes de santé publique, CSSS Pierre-Boucher

Pour l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM) :

Gilles Michaud, directeur DRHAAQ, Lucie Rioux, coordonnatrice DRHAAQ, Jocelyne Audet, chargée de projet régionale FORTERESSS, DRHAAQ

Le plan FORTERESSS n'aurait pu être réalisé sans le concours de toutes les autres personnes (directeurs, coordonnateurs, gestionnaires de proximité, chargés de projet, membres des équipes de soins, etc.) qui ont été à l'origine du projet et qui ont participé à son développement.

Nous tenons à remercier toutes les autres personnes qui ont été associées de près ou de loin à la réalisation et au succès du plan FORTERESSS.

Ce document est disponible en version électronique sur le portail Internet de l'Agence – [www.santemonteregie.qc.ca/agence](http://www.santemonteregie.qc.ca/agence), section documentation.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011  
Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-89342-496-5 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89342-497-2 (PDF)

Reproduction ou téléchargement autorisé à des fins non commerciales avec mention de la source :

VIENS, C. et AUDET, J. *Expérience de réorganisation des soins, des services et du travail dans les centres d'hébergement de la Montérégie, bilan des réalisations du plan FORTERESSS*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2011, 10 p. et annexe.

© Tous droits réservés  
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2011

## Mot du directeur

En 2007, et pour la première fois au Québec, tous les établissements d'hébergement d'une même région acceptent de participer à une expérience de réorganisation des soins, des services et du travail : il s'agit du plan FORTERESSS en Montérégie.

Il s'avère que ce plan constitue, après trois ans, un changement innovateur, à la fois **clinique** (rehaussement de la pratique infirmière et transformation du style de gestion au sein des équipes de soins) et **organisationnel** (élimination de contraintes dans l'environnement de travail, adaptation des structures d'équipe, partage des nouveaux rôles, etc.).

Dès le début, le choix de placer le développement des compétences infirmières au premier plan des actions, se révèle une stratégie gagnante pour soutenir l'ensemble de la réorganisation du travail et pour améliorer l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la continuité des soins et services offerts à la clientèle.

Les résultats du *Bilan des réalisations du plan FORTERESSS* font état de son implantation dans les différents centres d'hébergement. Ils témoignent des avancées vers l'atteinte des objectifs premiers, soit fidéliser les employés, optimiser l'utilisation de leurs compétences et favoriser un environnement de travail de qualité, afin que l'hébergement devienne un milieu de travail attractif, notamment auprès des jeunes.

À la lecture du bilan, vous serez à même de saisir comment les démarches ont mené à une nouvelle organisation du travail. Vous y trouverez également le plan d'action, les étapes de réalisation, les conditions favorables à l'implantation, les contraintes, les défis et les enjeux rencontrés et les éléments qui ont contribué à la réussite du plan.

La révision de l'organisation du travail effectuée correspond au premier levier de la stratégie nationale en soins infirmiers. Elle s'inscrit dans le contexte plus large, des plans stratégiques 2010-2015 du MSSS et de l'Agence de la Montérégie, pour les volets de l'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines. Elle fait aussi écho aux recommandations issues des rapports des visites d'appréciation ministérielles en centres d'hébergement, à l'effet de *revoir l'organisation du travail afin de permettre une réponse aux besoins des résidents*.

Nous sommes fiers de partager ce portrait régional des réalisations du plan FORTERESSS qui souligne le travail et l'implication de tous les CSSS de la Montérégie et de l'hôpital Charles LeMoine. Nous demeurons ouverts à échanger les connaissances, les pratiques et les outils développés, dans une optique de codéveloppement entre les différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, impliqués dans la gestion de transformations organisationnelles.

Le directeur des ressources humaines,  
des affaires administratives et de la qualité,



Gilles Michaud



## Présentation

Le plan Fidélisation, Organisation du Travail et Reconnaissance des Employés de la Santé et des Services Sociaux (FORTERESSS) constitue une expérience réseau de réorganisation des soins, des services et du travail dans les centres d'hébergement de la Montérégie.

Pour l'essentiel, ce plan vise à **fidéliser les employés déjà en place, optimiser l'utilisation de leurs compétences et favoriser un environnement de travail de qualité pour devenir un milieu attractif notamment pour les jeunes.**

Par cette approche, les directrices des soins infirmiers de la Montérégie ont souhaité surmonter certaines difficultés concernant l'augmentation de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante et le taux élevé de temps supplémentaire effectué par les infirmières. Il est également mis en perspective la sécurité et la qualité des soins à la clientèle, dans un contexte marqué par la pénurie de nouvelles infirmières pour compenser les départs à la retraite.

Enfin, le contexte doit également tenir compte de l'utilisation actuelle du temps infirmier en hébergement. Les activités au cœur de la profession infirmière (projet de loi 90) sont l'évaluation de la condition physique et mentale du résident symptomatique, la surveillance clinique et le suivi infirmier des problèmes complexes. L'ensemble de ces activités représente 7 % du temps infirmier, selon une étude réalisée par Philippe Voyer (2007), alors qu'il serait souhaitable qu'elles occupent 45 % du temps infirmier.

En ce sens, dès le début du plan, amorcé en décembre 2007, la révision de l'organisation du travail et des pratiques professionnelles est proposée comme action pouvant contribuer à :

- favoriser et reconnaître la pleine contribution des équipes de soins et chacune des catégories de personnel;
- créer un environnement de travail et des conditions de pratique permettant de rehausser et de mieux utiliser les compétences des ressources humaines en place;
- rendre les milieux de travail plus attractifs dans le recrutement de nouveaux employés.

Avec l'accord des directions des 11 CSSS, de l'Hôpital Charles LeMoine (HCLM) et de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie, cette expérience de gestion est menée dans 44 sites d'hébergement impliquant plus de 4 000 personnes (gestionnaires, médecins, personnel des équipes de soins et représentants syndicaux).

Le secteur des Ressources humaines réseau de l'Agence exerce le leadership régional du plan. Il assure également le pilotage des opérations en mettant en place une structure de gouvernance composée d'un comité directeur de projet formé de représentants :

- des gestionnaires du réseau clinico-administratif Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV);
- des directeurs des ressources humaines (DRH) des CSSS;
- de la commission infirmière régionale (CIR);
- du regroupement des directrices des soins infirmiers (DSI).

Sur le plan local, des chargés de projet dans les CSSS partagent un cadre commun de gestion de projet, des stratégies de mise en œuvre, une méthodologie standardisée d'analyse et de révision des processus de travail, des outils de transfert des connaissances et des indicateurs d'évaluation continue. Ces différentes composantes s'inspirent d'un modèle de gestion du changement et d'organisation du travail (CEOST, 2005).

**Les principes directeurs qui guident les travaux peuvent être résumés comme suit :**

- adhésion et implication soutenues des centres d'hébergement;
- adaptation locale du plan et respect du rythme de chaque établissement;
- apprentissage dans l'action, codéveloppement et partage de connaissances appuyés par la recherche et les meilleures pratiques en gestion de projet, gestion de changement, organisation de travail et développement des compétences;
- approche participative impliquant les gestionnaires de proximité et les membres des équipes de soins, notamment les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires (PAB).

Le plan FORTERESSS est initié à l'aide d'un soutien financier régional : 600 000 \$ en 2007-2008, 1,8 M\$ en 2008-2009 et 120 000 \$ applicable à des projets d'organisation du travail en 2009-2010. De même, des sommes importantes sont allouées par tous les CSSS et l'HCLM pour assurer le démarrage et l'implantation du changement.

Les prochaines sections présentent le plan d'action, le bilan des réalisations, la discussion sur les retombées et les suites à donner au plan FORTERESSS.

## Plan d'action

Le plan FORTERESSS comporte quatre étapes de réalisation. **L'étape initiale de planification et de mise en œuvre du projet de changement** permet aux établissements de :

- considérer l'ampleur des pénuries de personnel actuelles et anticipées;
- rassembler les divers acteurs du changement dans un comité directeur local et une équipe de gestion de projet;
- informer les gestionnaires, médecins, membres des équipes de soins et syndicats des objectifs poursuivis;
- sensibiliser et habiliter les gestionnaires au changement qu'ils vont vivre afin de favoriser leur implication dans la réorganisation du travail;

- rehausser les compétences cliniques des infirmières afin qu'elles deviennent de véritables agents de changement dans leur organisation.

**La seconde étape concerne l'analyse de la situation actuelle et des opportunités d'amélioration.** Cette étape s'effectue en tenant compte du projet de loi 90 modifiant plusieurs lois professionnelles dont la loi des infirmières et le code des professions dans le domaine de la santé (2003) et qui donne lieu à la délégation d'actes professionnels. Les rôles et responsabilités des membres des équipes de soins, infirmières, infirmières auxiliaires, etc., sont évalués en fonction du profil des besoins de la clientèle et de la demande de soins infirmiers.

Les infirmières participent à l'analyse par rapport aux contraintes vécues dans l'exercice de leur profession et relèvent les principaux irritants dans leur environnement psychosocial de travail (charge de travail, latitude décisionnelle, lien à la clientèle, reconnaissance de leur contribution, etc.), afin de proposer des améliorations. Les établissements consultent leur personnel, prennent la mesure du climat de travail et mettent en place des plans d'action pour en favoriser son amélioration.

Les directions ou services connexes tels que alimentation, buanderie, entretien ménager, etc., s'impliquent dans l'implantation de solutions permettant de recentrer les tâches de chacun.

C'est également à cette étape que les gestionnaires revoient la composition des structures d'équipe et d'organisation des soins, en tenant compte de la main-d'œuvre en place et des besoins des résidents. Ils exercent des activités de coaching et de soutien clinique auprès des infirmières, favorisant ainsi l'exercice du leadership infirmier dans la gestion des équipes de soins et le transfert des apprentissages issus des formations reçues par les infirmières (examen clinique pulmonaire, abdominal et de l'état mental de la personne âgée : dépression, delirium, démence).

Fortes du rehaussement de leurs compétences, les infirmières sont amenées à effectuer de plus en plus d'exams cliniques, en situations aiguës, en suivis ou lors de l'admission d'un nouveau client.

En parallèle, plusieurs centres d'hébergement donnent des formations locales sur les nouveaux rôles des infirmières auxiliaires et des PAB à l'intérieur des équipes de soins. La formation nationale *Agir auprès de la personne âgée* offerte à l'ensemble des PAB vient les habiliter à mieux répondre aux besoins de services de la clientèle hébergée et permet de renouveler leur contribution à l'équipe de soins.

La collaboration, à l'intérieur de l'équipe et avec les autres secteurs de l'organisation, de même que les partenariats inter-professionnels, par exemple entre médecins et infirmières, sont valorisés.

**La troisième étape consiste, pour chaque centre d'hébergement, à tester l'efficacité de la nouvelle composition d'équipe,** de l'exécution des nouvelles activités professionnelles et des nouvelles routines de travail de chacun des intervenants, à les évaluer et les ajuster, si nécessaire. Cette démarche contribue à implanter un nouveau modèle d'organisation du travail et de prestation de soins et services auprès de la clientèle hébergée.

**L'étape finale consiste à s'assurer de la pérennité du changement** et à créer une culture de mesure et d'amélioration continue des processus de travail et de la qualité des soins et des services.

Tous les établissements ont utilisé différents outils d'information pour promouvoir le plan à l'intérieur de leur organisation afin d'en faire connaître les avancées et les changements proposés (ex. : bulletin interne, affichage, point d'information au comité directeur, rencontres des syndicats).

En Montérégie, l'ensemble des CSSS et l'HCLM sont impliqués, à des degrés différents, dans la réalisation des trois premières étapes du plan.

## **Bilan du plan FORTERESSS**

### **Constats sur le processus d'implantation**

Globalement, on estime l'état d'avancement de l'implantation du plan FORTERESSS dans les établissements de la Montérégie à **74 %** (voir annexe 1, tableau 1). Plus précisément, il ressort que :

- 84 % des sites sont en expérimentation;
- 83 % ont intégré partiellement ou totalement le partage des nouveaux rôles dans les équipes de soins;
- 92 % ont adapté leurs structures d'équipe ou sont en expérimentation de nouvelles structures;
- 58 % ont expérimenté des formules d'aménagement du temps de travail (ex. : horaire 7/7, changement début quart de travail).

Sur le plan des données qualitatives, les établissements font les constats suivants dans le cadre de leurs bilans des réalisations et de la journée du 8 avril 2010 intitulée ***Le plan FORTERESSS en action!***

### **Conditions favorables à l'implantation**

- Soutien du conseil d'administration et adhésion de la direction générale;
- Mobilisation du personnel, des gestionnaires et des partenaires syndicaux;

- Implication et soutien des directions PALV, soins infirmiers, ressources humaines, financières et des directions support (ex. : pharmacie, buanderie, entretien ménager);
- Tandem infirmière-ressource / gestionnaire de proximité pour accompagner les infirmières dans leur nouveau rôle;
- Ressource dégagée et dédiée au plan;
- Disponibilité d'une expertise en gestion du changement;
- Soutien régional de l'ASSS de la Montérégie à la gestion de projet et au développement des compétences.

### **Contraintes, défis et enjeux**

- Augmentation de l'intensité des soins en lien avec le vieillissement de la population hébergée et les maladies qui y sont associées (ex. : comorbidité);
- Augmentation du mouvement des résidents (taux de roulement);
- Conciliation des nombreuses demandes avec le peu de personnel présent (ex. : protocoles des opiacés, agrément, visites d'appréciation du MSSS, inspections des ordres professionnels);
- Appropriation du nouveau rôle de l'infirmière, infirmière auxiliaire et PAB selon les exigences du projet de loi 90 et les standards de pratique professionnelle;
- Libération du personnel pour tenir les formations, transférer les apprentissages et participer à la consultation sur les contraintes et solutions;
- Gestion de la liste de rappel pour le remplacement infirmier;
- Remplacement de l'absence des infirmières par une main-d'œuvre compétente, formée aux examens cliniques;
- Soutien continu des gestionnaires de proximité notamment en raison des nouveaux enjeux (ex. : encadrement des pratiques, révision de l'organisation des soins et du travail) et de leur charge de travail déjà élevée;
- Actualisation des structures d'équipe en lien avec le profil de la clientèle (ex. : taux de professionnalisation) et la nouvelle organisation du travail, sans budget dédié;
- Ajustement des ressources matérielles et informationnelles en lien avec le rehaussement des pratiques cliniques (ex. : outils PTI, plans de travail);
- Investissement financier nécessaire pour poursuivre l'optimisation des compétences, l'implantation des nouveaux rôles, l'actualisation des nouvelles structures d'équipes, la nouvelle organisation du travail, et ce, malgré les sommes importantes déjà investies.

### **Leviers à la réussite du plan**

- Actualisation du projet de loi 90;
- Révision et actualisation des nouvelles structures d'équipe et d'organisation des soins;
- Déploiement des diverses formations cliniques de M. Philippe Voyer;
- Titularisation des postes;

- Implantation du Plan thérapeutique infirmier (PTI);
- Formation des préposés aux bénéficiaires *Agir auprès de la personne âgée*;
- Actualisation des activités réservées aux infirmières auxiliaires;
- Actualisation de la démarche d'agrément (ex. : qualité, sécurité, climat de travail);
- Promotion des résultats au sein des établissements et des équipes de soins;
- Leadership de gestion dans l'appropriation et l'actualisation locale du plan, le maintien des compétences et le transfert des apprentissages cliniques;
- Maintien de la collaboration interdirectionnelle (ex. : directions des soins infirmiers, des ressources humaines, de l'hébergement et des secteurs connexes).

### **Constats sur les dimensions cliniques du plan**

En lien avec les objectifs du plan, les constats cliniques, provenant des bilans provisoires des CSSS, des exposés présentés à la journée du 8 avril 2010 intitulée ***Le plan FORTERESSS en action!***, des commentaires reçus par les membres du comité directeur et les chargés de projet ainsi que des données sur la qualité des soins fournies par les établissements, concernent deux principaux aspects :

- qualité des soins infirmiers et sécurité des résidents ;
- satisfaction du personnel.

### **Qualité des soins et sécurité des résidents**

Globalement, on estime à **75 %** l'évolution du changement de pratiques cliniques (formations et examens cliniques réalisés, voir annexe 1, tableau 2). Les données en provenance des établissements montrent que :

- 95 % des 400 infirmières de l'hébergement sont formées à l'examen clinique pulmonaire (variation de 80 à 100 % selon les établissements);
- 92 % des 400 infirmières de l'hébergement sont formées à l'examen clinique de l'abdomen (variation de 75 à 100 % selon les établissements);
- 32 % des 400 infirmières de l'hébergement sont formées à l'examen clinique de l'état mental (formation à compléter en 2010-2011);
- 75 % de réalisation des examens cliniques pulmonaires (variation de 30 à 100 % selon les établissements);
- 56 % de réalisation des examens cliniques de l'abdomen (variation de 13 à 100 % selon les établissements).

Depuis le rehaussement des compétences des infirmières en 2007-2008 et l'accent mis sur les tâches d'évaluation, de surveillance et de suivi infirmier, on observe une légère amélioration de la qualité des soins : réduction des chutes de 1 %, des erreurs de médicaments de 3 % et des plaies pression II et + de 3 %, sur le plan régional.

Pour les établissements dont nous disposons de données couvrant les périodes de 2007-2008 et 2009-2010, on remarque que :

- 4 sur 7 CSSS ont diminué les chutes de 2 à 8 %;
- 4 sur 8 CSSS ont diminué les erreurs de médicaments de 2 à 9 %;
- 3 sur 4 CSSS ont diminué les plaies pression II et + de 1 à 5 %.

Comme il a été mentionné lors des formations, la poursuite de l'optimisation du temps infirmier est un facteur qui pourrait améliorer la réalisation des examens cliniques et favoriser la mise en place de programmes de prévention.

Quant aux problèmes respiratoires diagnostiqués à l'urgence pour la clientèle en provenance des centres d'hébergement, le CSSS Pierre-Boucher a procédé à une étude de cas à l'aide des données extraites du logiciel SIURGE pour les années 2007 à 2009 (CSSS Pierre-Boucher, 2010). Ainsi, depuis l'implantation du plan FORTERESSS, ce CSSS observe une diminution des transferts à l'urgence :

- de 65 % chez les patients présentant une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC);
- de 43 % chez les patients présentant des problèmes de dyspnée, détresse ou insuffisance respiratoire.

Pour le Centre d'hébergement Champlain du CSSS Champlain, les transferts de l'hébergement vers l'urgence, pour les maladies et troubles respiratoires, ont diminué de 47 % entre 2007-2008 et 2009-2010

Sur la qualité des soins, les établissements font également les constats suivants :

- Amélioration de la qualité des soins infirmiers, à savoir :
  - une meilleure vision globale et prise en charge des résidents dès l'admission, évaluation rapide de la détection des risques et traitement précoce des résidents présentant des symptômes ou dont l'état de santé se détériore,
  - une meilleure démarche d'examen cliniques structurés et systématiques,
  - une meilleure personnalisation des soins, accessibilité plus rapide aux soins et meilleur suivi clinique;
- Rehaussement du rôle des infirmières, infirmières auxiliaires et PAB selon les paramètres du projet de loi 90 (ex. : utilisation d'ordonnances collectives, retrait d'activités sans valeur ajoutée et transfert de certaines tâches);
- Utilisation plus répandue des tableaux de bord de mesure de la qualité des soins en vue d'une rétroaction aux gestionnaires et équipes de soins;
- Prestation de soins plus sécuritaires (ex. : prise en charge plus rapide du résident de manière à diminuer les transferts à l'urgence).

## Satisfaction du personnel

- Identification et réduction des contraintes dans l'environnement de travail;
- Amélioration du partenariat interprofessionnel et du leadership infirmier se concrétisant dans certains établissements par :
  - une meilleure communication avec les membres des équipes de soins,
  - de meilleurs liens de confiance des médecins envers les infirmières,
  - une meilleure qualité de la note au dossier (ex. : note plus complète, détaillée, démarche d'analyse adéquate);
- Standardisation des outils d'évaluation (ex. : grille d'examen pulmonaire);
- Exportation possible de l'expertise infirmière à d'autres secteurs de l'établissement (ex. : clinique de vaccination grippe / pandémie);
- Aménagements d'horaires de travail différents (ex. : horaire 7/7, changement de début de quart de travail).

## Constats sur la fidélisation du personnel

Entre 2007-2008 et 2009-2010, les données statistiques disponibles (données R-25 et SIRH) démontrent une meilleure fidélisation du personnel en place, à savoir :

- réduction des taux de roulement global du personnel de 4,1 % pour les infirmières, 3,2 % pour les infirmières auxiliaires et 1,2% pour les PAB;
- réduction du taux de roulement *des arrivées dans l'année* de 19,6 % pour les infirmières, 20,1 % pour les infirmières auxiliaires et 7,7 % pour les PAB;
- augmentation de la titularisation des postes d'infirmières (4 %) et d'infirmières auxiliaires (5 %);
- stabilité des taux d'absentéisme en matière d'assurance salaire, de CSST et de congé sans solde.

Les données montrent que **les taux de roulement global et les taux de roulement des arrivées dans l'année**, pour toutes les infirmières, les infirmières auxiliaires et les PAB, ont diminué en hébergement (-1,8 et -10,6 %), alors qu'inversement ils ont augmenté (+2 et +12,3 %) dans l'ensemble des CSSS, toutes missions confondues.

Par ailleurs, entre 2007-2008 et 2009-2010, on constate une augmentation d'environ 1 % des heures travaillées en temps supplémentaire chez les infirmières et les infirmières auxiliaires. On observe également une augmentation des heures d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI) de 2 % pour les infirmières et infirmières auxiliaires. Ces tendances à la hausse sont aussi observables pour l'ensemble du personnel infirmier travaillant dans les différentes missions des CSSS.

En hébergement, cette situation pourrait être expliquée, en partie, par l'obligation de remplacer les intervenants qui participent aux formations et aux processus d'analyse des contraintes à l'environnement de travail.

### Limites du contexte et des données disponibles

Nous formulons quatre limites à la réalisation de ce bilan, à savoir :

- le peu de temps écoulé depuis l'implantation du plan FORTERESSS, soit moins de trois ans, ne permet pas d'observer des retombées significatives sur l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante et du temps supplémentaire dans tous les CSSS;
- le respect du rythme de réalisation de chacun des établissements fait qu'ils ne sont pas tous rendus au même point dans l'avancement des travaux et l'atteinte des résultats;
- les données sur la qualité des soins (ex. : plaies de pression de stade II et +, chutes et erreurs de médicaments) sont parcellaires et manquantes pour plusieurs CSSS et années de référence;
- les indicateurs de résultats sur les transferts de résidents, de l'hébergement vers l'urgence, ne sont pas disponibles dans tous les CSSS.

### Discussion sur les retombées

Le plan FORTERESSS a permis des changements de pratiques cliniques (examens et soins infirmiers adaptés à la personne âgée), une optimisation de l'utilisation des membres des équipes de soins et une amélioration des processus organisationnels qui ne se seraient pas concrétisés sans cette initiative. Pour ce faire, il a été nécessaire d'éliminer des contraintes dans l'environnement physique, d'améliorer le climat de travail et de réduire les limites au plein exercice infirmier. En ce sens, les chargées de projet et les membres du comité directeur FORTERESSS sont fiers du travail accompli et prêts à poursuivre dans un mode d'amélioration continue. De plus, le plan fait école au Québec, notamment en Estrie, pour son processus de gestion du changement, sa stratégie régionale et locale de formation et son approche favorisant l'autonomie des établissements.

En perspective, mentionnons que :

- des opportunités existent afin d'augmenter la qualité des soins, des services et du travail;
- les gestionnaires, les équipes de soins et les chargés de projet sont parties prenantes du changement et outillés pour poursuivre la transition vers une nouvelle organisation du travail;
- la diminution des *taux de roulement global et des arrivées dans l'année* démontre des possibilités de fidélisation du personnel;

- la plus grande part des investissements financiers en ressources humaines, temps et formation, utile pour le démarrage et l'implantation du plan, permet d'en envisager la poursuite selon les modalités de chacun des établissements;
- la réduction de la charge de travail, du recours à la main-d'œuvre indépendante et au temps supplémentaire demeure un défi important à relever pour les établissements.

### Suites du plan FORTERESSS

Chaque établissement est « propriétaire » des suites à donner au plan d'action local en hébergement et responsable d'en assurer la gestion à l'aide des personnes dédiées, dans un esprit de maintien des acquis et d'amélioration continue. Selon les ressources disponibles et les choix des établissements, les options qui s'offrent à eux pour assurer la continuité de leur plan d'action sont les suivantes :

- poursuivre et renforcer l'appropriation des rôles et des responsabilités de chacun des membres des équipes de soins dans le sens de *la bonne personne à la bonne place qui fait les bonnes choses*;
- maintenir l'expertise acquise dans les équipes de soins, poursuivre le rehaussement des compétences et l'harmonisation des pratiques de soins entre les sites;
- poursuivre les formations, notamment auprès des nouvelles infirmières et gestionnaires, dans un processus structuré d'accueil, orientation et intégration;
- poursuivre l'actualisation des structures des équipes de soins;
- utiliser les résultats obtenus jusqu'à maintenant en soutien à la prise de décision dans l'organisation des soins, des services et du travail;
- assurer une gestion stratégique du monitoring des soins afin de se doter de résultats mesurables (ex. : tableau de bord de la qualité des soins);
- consolider, à moyen et long terme, une culture d'amélioration continue des processus et du climat de travail ainsi que de la qualité / sécurité des soins et services.

Pour sa part, l'ASSSM entend poursuivre les rencontres de l'équipe de réalisation, l'offre de formation régionale ainsi que le soutien du monitoring des indicateurs.

Enfin, en considérant les résultats de transformation des pratiques cliniques et d'organisation du travail réalisées à ce jour en milieu d'hébergement, les membres du comité directeur FORTERESSS entrevoient le déploiement du plan, ailleurs, dans le continuum de services PALV.

## Bibliographie

### Documents de travail des établissements

CSSS Champlain, Haut-Richelieu–Rouville, du Haut-St-Laurent, de la Haute-Yamaska, Jardins-Roussillon, La Pommeraie, Pierre-Boucher, Pierre-De Saurel, Richelieu-Yamaska, du Suroît, et de Vaudreuil-Soulanges ainsi que l'Hôpital Charles LeMoine (2010). *Bilans provisoires du plan FORTERESSS*.

### Présentations lors de la journée *Le plan FORTERESSS en action!*, le 8 avril 2010

CSSS de Vaudreuil-Soulanges, Haut-Richelieu–Rouville, du Suroît, Pierre-Boucher, La Pommeraie, Richelieu-Yamaska et du Haut-St-Laurent (2010). *Présentations PowerPoint et témoignages*.

### Documents généraux

Audet, J. (2010). « L'expérience régionale de réorganisation des soins, des services et du travail des centres d'hébergement de la Montérégie : Poser, une à une, les pierres de la FORTERESSS », revue *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, vol. 5, no. 4, Hiver 2009-2010, p. 31-34

Centre d'expertise en organisation des soins et du travail CEOST (2005). *Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail*, AQESSS, 92 p.

CSSS Pierre-Boucher (2010). *Analyse du profil des problèmes respiratoires diagnostiqués à l'urgence pour la clientèle en provenance des centres d'hébergement*, document élaboré par F. Camiré et M-N. Ouellette, 8 p.

Collerette, P. et R. Schneider (2004). *Le pilotage du changement : une approche stratégique et pratique*, Presses de l'Université du Québec, 365 p.

D'Amour, D., Déry, J. et C-A. Dubois (2009). Conférence scientifique sur *La sous-utilisation des infirmières au Québec, un constat troublant*, Université de Montréal, Centre FERASI.

Maletto, M. (2009). *La gestion du changement : comment faire adhérer le personnel*, Éditions Saint-Martin, 138 p.

MSSS (2010). *Système d'information en ressources humaines (SIRH)*, document de travail, septembre.

MSSS (2009). *Rapport annuel financier des établissements de la Montérégie*, AS-471.

MSSS (2009). *Base de données R-25 annuelle pour la Montérégie*.

MSSS (2008). Programme de formation pour les préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, *Agir auprès de la personne âgée*.

Voyer, P. (2007). *L'utilisation du temps infirmier : le quotidien typique des infirmières dans un CHSLD*, Formation *Le futur des soins infirmiers et d'assistance en CHSLD*.

# Annexe 1

## Tableau 1

### Indicateurs du processus d'implantation du plan FORTERESSS dans chacun des CSSS\*, Montérégie, décembre 2010

Établissements Hôpital et CSSS	Sites expérimentés Nombre (échelle de résultat) <sup>1</sup>	Étape d'intégration des nouveaux rôles des infirmières (échelle de résultat) <sup>2</sup>	% de partage des nouveaux rôles entre les membres des équipes de soins (échelle de résultat) <sup>3</sup>	Adaptation des structures d'équipes de soins Étape (échelle de résultat) <sup>4</sup>	Expérimentation de l'aménagement du temps de travail Oui/Non (échelle de résultat) <sup>5</sup>	Total Échelle de résultat (%)
CSSS 1	3 sites sur 3 (4)	intégration totale (4)	de 50 % et plus (3)	adaptation en continu (4)	oui (1)	16/17 (94 %)
CSSS 2	7 sites sur 7 (4)	intégration partielle (3)	de 50 % et plus (3)	adaptation en continu (4)	oui (1)	15/17 (88 %)
CSSS 3	4 sites sur 4 (4)	intégration partielle (3)	de 50 % et plus (3)	adaptation en continu (4)	oui (1)	15/17 (88 %)
CSSS 4	1 site sur 2 (2)	intégration totale (4)	application complétée (4)	adaptation en continu (4)	non (0)	14/17 (82 %)
CSSS 5	6 sites sur 6 (4)	intégration partielle (3)	de 50 % et plus (3)	adaptation en continu (4)	non (0)	14/17 (82 %)
CSSS 6	4 sites sur 5 (3)	intégration partielle (3)	de 50 % et plus (3)	adaptation en continu (4)	oui (1)	14/17 (82 %)
CSSS 7	4 sites sur 4 (4)	intégration partielle (3)	de 50 % et plus (3)	en expérimentation (2)	oui (1)	13/17 (76 %)
CH	1 site sur 1 (4)	intégration partielle (3)	de 25 % à 49 % (2)	en expérimentation (2)	non (0)	11/17 (65 %)
CSSS 8	1 site sur 2 (2)	intégration partielle (3)	de 50 % et plus (3)	en expérimentation (2)	oui (1)	11/17 (65 %)
CSSS 9	2 sites sur 2 (4)	intégration partielle (3)	de 25 % à 49 % (2)	en expérimentation (2)	non (0)	11/17 (65 %)
CSSS 10	3 sites sur 3 (4)	révision des rôles (1)	de 50 % et plus (3)	en réflexion-évaluation (1)	non (0)	9/17 (53 %)
CSSS 11	1 site sur 5 (1)	révision des rôles (1)	de 50 % et plus (3)	en expérimentation (2)	oui (1)	8/17 (47 %)
<b>Résultat % et moyennes</b>	37 sites sur 44 (84 % des sites expérimentés)	révision des rôles (16 %) intégration partielle (67 %) intégration totale (16 %)	de 25 % à 49 % (16 %) de 50 % et plus (75 %) application complétée (8 %)	en réflexion-évaluation (8 %) en expérimentation (42 %) adaptation en continu (50 %)	oui (58 %) non (42 %)	12,5/17 (74 %)

\* Information des chargées de projet (consultation de : directrice PALV, DSI, coordonnatrice de l'hébergement, ASI, chef d'unité ou de service, conseillère clinique ou infirmière-ressource).

<sup>1</sup> Proportion (%) des sites expérimentés dans l'hôpital ou le CSSS

% des sites expérimentés	Échelle
moins de 24 %	1
25 % à 49 %	2
50 % et plus	3
100 % des sites	4

<sup>3</sup> Proportion (%) d'application du nouveau partage des rôles et responsabilités entre les membres des équipes de soins

% de partage des nouveaux rôles entre les membres des équipes de soins	Échelle
de 0 % à 24 % d'application	1
de 25 % à 49 % d'application	2
de 50 % et plus d'application	3
application complétée à 100 %	4

<sup>5</sup> Expérimentation d'aménagement du temps de travail

Expérimentation d'aménagement du temps de travail	Échelle
Non	0
Oui	1

<sup>2</sup> Étapes d'intégration des nouveaux rôles et responsabilités des infirmières

Étapes d'intégration des nouveaux rôles et responsabilités des infirmières	Échelle
révision des rôles et des responsabilités	1
diffusion des rôles et des responsabilités	2
intégration partielle des rôles / responsabilités	3
intégration totale des rôles / responsabilités	4

<sup>4</sup> Étapes d'adaptation des structures d'équipes de soins

Étapes d'adaptation des structures d'équipes de soins	Échelle
en réflexion-évaluation	1
en expérimentation	2
adaptation complétée	3
Adaptation intégrée en continu	4

Degré d'implantation du plan FORTERESSS dans les CSSS

	75 % et plus d'implantation
	60 % à 74 % d'implantation
	Moins de 60 % d'implantation
	Résultats (% et moyennes)

**Tableau 2**

**Indicateurs de résultats cliniques du plan FORTERESSS  
pour chacun des CSSS\*, Montérégie, décembre 2010**

Établissements Hôpital et CSSS	% d'infirmières formées aux examens cliniques			% d'examens cliniques réalisés sur le nombre de résidents en 2009-2010		Total Échelle de résultat (%)
	Examen pulmonaire % (échelle de résultat) <sup>1</sup>	Examen abdominal % (échelle de résultat) <sup>1</sup>	Examen état mental % et (échelle de résultat) <sup>1</sup>	Examen pulmonaire % et (échelle de résultat) <sup>2</sup>	Examen abdominal % (échelle de résultat) <sup>2</sup>	
CSSS 1	91 % (4)	91 % (4)	100 % (4)	100 % (4)	67 % (3)	19/20 (95 %)
CSSS 2	100 % (4)	100 % (4)	100 % (4)	100 % (4)	43 % (2)	18/20 (90 %)
CH	98 % (4)	98 % (4)	1 % (1)	100 % (4)	100 % (4)	17/20 (85 %)
CSSS 3	95 % (4)	92 % (4)	33 % (2)	90 % (4)	50 % (3)	17/20 (85 %)
CSSS 4	100 % (4)	100 % (4)	50 % (2)	85 % (3)	75 % (3)	16/20 (80 %)
CSSS 5	100 % (4)	75 % (3)	75 % (3)	84 % (3)	63 % (3)	16/20 (80 %)
CSSS 6	98 % (4)	98 % (4)	5 % (1)	75 % (3)	75 % (3)	15/20 (75 %)
CSSS 7	93 % (4)	88 % (3)	0 % (0)	100 % (4)	100 % (4)	15/20 (75 %)
CSSS 8	99 % (4)	99 % (4)	1 % (1)	40 % (2)	30 % (2)	13/20 (65 %)
CSSS 9	100 % (4)	100 % (4)	0 % (0)	30 % (2)	30 % (2)	12/20 (60 %)
CSSS 10	85 % (3)	85 % (3)	13 % (1)	61 % (3)	13 % (1)	11/20 (55 %)
CSSS 11	80 % (3)	80 % (3)	0 % (0)	51 % (3)	30 % (2)	11/20 (55 %)
<b>Résultat Moyennes (%)</b>	95 %	92 %	32 %	75 %	56 %	15/20 (75 %)

\* Information des chargées de projet (consultation de : directrice PALV, DSI, coordonnatrice de l'hébergement, ASI, chef d'unité ou de service, conseillère clinique ou infirmière-ressource).

<sup>1</sup> Proportion (%) des infirmières formées en hébergement

- à l'examen pulmonaire
- à l'examen abdominal
- à l'examen de l'état mental

% d'infirmières formées	Échelle
0%	0
de 1% à 24 %	1
de 25% à 49 %	2
de 50% à 89 %	3
de 90 % à 100 %	4

<sup>2</sup> Proportion (%) d'examens cliniques réalisés

sur le nombre de résidents en 2009-2010 concernant :

- l'examen pulmonaire
- l'examen abdominal

% de résidents ayant eu un examen	Échelle
0%	0
de 1 % à 24%	1
de 25 % à 49 %	2
de 50% à 89 %	3
de 90 % à 100 %	4

**Degré d'atteinte des résultats cliniques du plan  
FORTERESSS dans les CSSS**

	75 % et plus d'atteinte des résultats
	60 % à 74 % d'atteinte des résultats
	Moins de 60 % d'atteinte des résultats
	Résultats (moyennes %)