

## **L'innovation sans lendemain : les difficultés de l'institutionnalisation du changement**

**Olivier Gbênamblo Sossa, MSc**

Candidat PhD en santé publique,  
Université de Montréal

**Nicole Leduc, PhD**

Professeure titulaire  
Département d'administration de la santé,  
Université de Montréal

**François Champagne, PhD**

Professeur titulaire  
Département d'administration de la santé,  
Université de Montréal

**Adresse de correspondance :**

***Olivier Sossa***

Ministère de la santé et des services sociaux

Direction de l'évaluation

1005 chemin Ste-Foy, 6e étage

Québec, Québec

Canada

G1S 4N4

Courriel : [go.sossa@umontreal.ca](mailto:go.sossa@umontreal.ca)

## **L'innovation sans lendemain : les difficultés de l'institutionnalisation du changement**

### **RÉSUMÉ**

*L'article présente une expérience d'innovation régionale en matière d'organisation des soins de santé dont le déploiement a été suspendu malgré ses résultats prometteurs et ses assises conceptuelles bien fondées. En se basant sur le point de vue des concepteurs de cette innovation et celui des gestionnaires chargés de la planification des services dans cette région, l'article examine la capacité des organisations de santé à opérer des changements et à les maintenir à travers le temps. Les résultats de cette étude montrent que l'influence des changements dans les structures dirigeantes du réseau de la santé, mais aussi des différentes réformes qu'a connu le système de santé limitent l'institutionnalisation du changement surtout si elles ne tiennent pas compte des initiatives locales.*

**Mots clés** : innovation, institutionnalisation du changement, organisations publiques, système de soins de santé

### **ABSTRACT**

*This article presents an experience of regional innovation in healthcare organizations whose deployment was suspended in spite of its promising results and its well-founded conceptual basis. Using the perception of planners and managers, this article examines the capacity of healthcare organizations to operate and maintain change. The results indicate that the frequent reorganizations of the healthcare system's main structures and the interference of several other reforms in past years limit the institutionalization of change, especially if these reforms do not take into account local initiatives.*

**Key words**: innovation, change institutionalization, public organizations, healthcare system

## **Introduction**

Les organisations de santé se réajustent sans cesse pour être en mesure de mieux répondre aux besoins de leurs clientèles. Toutefois, les transformations qu'elles entreprennent ne sont pas toujours couronnées de succès. On estime qu'environ 70% des initiatives de changement échouent (Beer & Nohria, 2000; Higgs & Rowland, 2001; Smith, 2003).

La programmation régionale de services ambulatoires (PRSA) est une initiative des autorités sanitaires de la région de Laval (Québec) afin de transformer les activités hospitalières conventionnelles en services ambulatoires. À travers cette programmation, les autorités espéraient augmenter l'accessibilité aux soins de courte durée et accroître la capacité de la région à répondre aux besoins de sa population. En 2001, une analyse d'implantation de la PRSA a permis de documenter le bien-fondé de cette programmation et de conclure qu'il s'agit d'un modèle prometteur, qui semblait produire des soins de qualité (Champagne et al., 2001). Malgré le potentiel de cette programmation, son déploiement a été suspendu progressivement à partir de 2003. Dans cet article, nous examinons, à partir des facteurs explicatifs de la suspension de la programmation régionale de services ambulatoires (PRSA), pourquoi il est si difficile dans les organisations publiques en général et celles de la santé en particulier d'institutionnaliser des changements.

## **L'institutionnalisation du changement**

L'institutionnalisation du changement se manifeste par l'intégration de ce dernier dans les normes, ainsi que dans la structure et la culture organisationnelle (Buchanan et al., 2005; Lamarsh & Potts, 2004; Storey & Buchanan, 2008). Elle se traduit aussi par le maintien et l'amélioration au cours du temps des résultats souhaités suite à un changement (Bone & Shediach-Rizkallah, 1998; Buchanan et al., 2005; Cassidy, Leviton & Hunter, 2006), l'intégration des nouvelles pratiques dans les processus réguliers du travail (Pluye & Potvin, 2004) ou le développement de capacité d'apprentissage et d'adaptation continu au sein des organisations, ce qui témoigne de la propension de l'organisation à s'engager dans un processus continu d'amélioration de la qualité par son ouverture à l'innovation (Buchanan et al., 2005).

Dans les organisations publiques en général et celles de la santé en particulier, l'institutionnalisation du changement reste une préoccupation majeure en raison de la multitude des difficultés rencontrées (Champagne, 2002; Denis, 2004; Storey & Buchanan, 2008). Les pressions que subissent les organisations de la santé (vieillesse de la population, restrictions budgétaires, avancée croissante et rapide des connaissances et des technologies, etc.) créent de plus en plus des impératifs pour le maintien du changement et leur contribution à la performance (Buchanan et al., 2005).

Même l'application des meilleures innovations basées sur des évidences scientifiques reste parfois un défi (Fitzgerald, Ferlie & Hawkins, 2003). Dans un processus de changement, les acteurs d'une organisation adoptent des stratégies différentes qu'ils définissent en fonction d'intérêts spécifiques. Ainsi, l'introduction d'une innovation peut susciter des résistances importantes si elle menace la position de certains acteurs dans l'organisation. Inversement, elle sera un succès si elle reçoit le support des acteurs. Une des raisons pour lesquelles les changements sont interrompus dans les organisations est liée au fait que les changements sont souvent accompagnés d'un sentiment d'anxiété, d'émotions négatives, d'incertitudes et d'ambiguïté de la part des employés (Bordia, Hobman, Jones, Gallois & Callan, 2004; Kiefer, 2005).

Fernandez & Rainey (2006) dans leur exploration des théories et des pratiques de changement dans les organisations publiques ont montré que la transparence dans la communication permet de renforcer la confiance auprès des membres de l'organisation (Fernandez & Rainey, 2006). Selon ces auteurs, cette communication met de l'avant les raisons à la base du changement, les nouveaux défis qui y sont associés (nouveaux rôles, risques, etc.) mais aussi les objectifs poursuivis. Ainsi donc, la prise en considération des inquiétudes des différents membres de l'organisation contribue à rassurer les membres de l'organisation (Alimo-Metcalfe, Alban-Metcalfe, Bradley, Mariathasan & Samele, 2008).

La théorie de développement organisationnel permet de comprendre l'institutionnalisation du changement dans les organisations. Cette théorie se rapporte à la recherche de l'acquisition de nouvelles connaissances, leur interprétation et leur utilisation au sein des organisations dans le but d'améliorer l'atteinte des objectifs organisationnels (Falconer, 2006; Kieser & Koch, 2008). L'un des éléments fondamentaux de cette théorie est la notion de mémoire organisationnelle, c'est-à-dire la capacité de l'organisation à maintenir ses savoirs et d'y avoir accès au besoin (Lehr & Rice, 2002). Elle réfère également à la capacité d'une organisation à soutenir de nouvelles initiatives et à les intégrer dans les pratiques habituelles de l'organisation et de créer des conditions pour faire de ces initiatives, des composantes permanentes de l'organisation (Virani, Lemieux-Charles, Davis & Berta, 2009). Or, le système de santé est généralement perçu comme une entité complexe, interactive, organique, où les expérimentations, les études empiriques et la réflexion sont centrales pour créer une culture d'innovation, d'amélioration et par conséquent d'efficacité (Kitson, 2009). La transformation de nouvelles connaissances en pratique organisationnelle est un processus lent et imprévisible (Nutley, Walter & Davies, 2007). Changer le comportement des professionnels, en particulier dans les organisations de la santé où l'autonomie professionnelle est fortement reconnue, constitue un processus complexe et difficile (Nutley et al., 2007). Selon Buchanan et al. (2005), l'institutionnalisation du changement est un concept ambigu, multidimensionnel et conjectural. Elle dépend d'une multitude de facteurs avec différents niveaux d'analyses : individuel, organisationnel, culturel, politique, processuel, contextuel, temporel, etc. De plus, la signification relative de chacun de ses facteurs ne peut être définie à priori (Buchanan et al., 2005). Ainsi, nous adoptons une démarche inductive pour examiner les facteurs explicatifs de la suspension de la programmation régionale de services ambulatoires (PRSA) telle que perçue par les principaux acteurs de la planification de la PRSA et des gestionnaires actuels chargés de la programmation des services. Cette démarche inductive consiste à ne pas mettre l'accent sur un modèle théorique en particulier. Toutefois, le cadre d'évaluation de l'action émergente de Patton (Patton, 2002) a été utilisé pour structurer la collecte de données. Ce cadre de Patton offre une démarche qui intègre à la fois la compréhension des acteurs sur l'intervention, les activités d'implantation et le potentiel de l'intervention à produire les résultats escomptés. Il s'agit donc d'un cadre qui regroupe plusieurs perspectives dans l'analyse du changement et permet par le fait même une approche exploratoire pour appréhender la diversité de facteurs qui pourraient expliquer l'évolution de la PRSA.

### **Le cas à l'étude : La suspension de la mise de la PRSA – Laval**

En 1995, la région sanitaire de Laval a entrepris un vaste programme régional de réorganisation de son offre de services en matière de soins de santé. La programmation régionale de services ambulatoires (PRSA) qui en a découlé vise l'accroissement de la capacité la région de Laval à couvrir l'ensemble des besoins de sa population. Le modèle mis de l'avant à Laval prévoit 1) une planification populationnelle basée sur une analyse des habitudes de

consommation de la population pour une meilleure identification des besoins et élaborer une offre de services plus adaptés; 2) une intégration des soins au niveau régional pour renforcer et consolider les efforts de coopération entre l'ensemble des prestataires de soins de la région et accroître ainsi le rendement clinique, la compatibilité et la globalité des soins; et 3) un recours au virage ambulatoire pour diminuer la durée moyenne de séjour et accroître le volume des épisodes traités et contribuer ainsi à accroître l'accessibilité aux soins.

Plusieurs travaux d'évaluation (Champagne et al., 2001; Sicotte, Moreault & Farand, 2003; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 2002) ont montré que le modèle de la PRSA mis en place à Laval est prometteur et repose sur des assises solides d'intégration clinique qui, logiquement et sur la base des premiers résultats obtenus, semblait produire des soins de qualité. Malgré ce potentiel de la PRSA, son déploiement de la PRSA a été interrompu. Il s'agit donc d'une expérience pertinente pour tenter de comprendre la capacité d'institutionnalisation du changement dans les organisations de la santé.

## **Méthodologie**

La stratégie adoptée dans cette étude est une recherche synthétique de cas de type explicatif (Yin, 2009) pour comprendre l'évolution de la PRSA. Les données utilisées proviennent d'entrevues semi-structurées auprès de deux groupes d'acteurs qui sont les principaux responsables de la planification de la PRSA et des gestionnaires actuels chargés de la programmation des services. Au total, 10 entrevues ont été exécutées dont 4 auprès de l'équipe de planification de la PRSA (P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub>, P<sub>3</sub> et P<sub>4</sub>) et 6 auprès des gestionnaires actuels chargés de la programmation des services (G<sub>1</sub>, G<sub>2</sub>, G<sub>3</sub>, G<sub>4</sub>, G<sub>5</sub> et G<sub>6</sub>). Les gestionnaires actuels chargés de la programmation ont été identifiés à partir de l'organigramme de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval et validés par la responsable d'alors de la PRSA. En ce qui concerne les planificateurs, leur liste a été obtenue à partir des documents descriptifs de la PRSA. Les entrevues ont lieu à Laval ou à Montréal, entre février à avril 2007. En moyenne, ces entrevues ont duré 45 minutes.

Le cadre d'évaluation de l'action émergente de Patton (Patton, 2002) a servi de base à la construction du matériel des entrevues. Les différents thèmes abordés sont : (i) des raisons perçues comme étant à la base de la mise en place de la PRSA; (ii) de l'adéquation entre les ressources investies dans l'implantation de la PRSA et les activités prévues ; (iii) des activités nouvelles nécessitées par l'implantation; (iv) de la participation des partenaires; (v) des réactions de l'environnement interne c'est-à-dire les caractéristiques propres aux établissements participant à la PRSA et de l'environnement externe qui relèvent du contexte politique, économique, social et technologique dans lequel évoluent ses organisations ; (vi) des nouveaux savoirs, les nouvelles attitudes et habiletés générées par l'implantation de la PRSA; (vii) du changement dans la pratique professionnelle; (viii) des résultats qui étaient attendus de l'implantation de la PRSA; et enfin (ix) du potentiel de généralisation de la PRSA. Le cadre de Patton offre une démarche structurée qui intègre à la fois la compréhension des acteurs sur l'intervention, les activités d'implantation et le potentiel de l'intervention à produire les résultats escomptés. Il s'agit donc d'un cadre intéressant pour comprendre l'évolution de la PRSA.

## **Analyse des données**

La méthode d'analyse inductive a été utilisée pour analyser les entrevues. Dans un premier temps, l'organisation préliminaire des données c'est-à-dire la transcription verbatim des

enregistrements de chaque entrevue et une familiarisation avec le matériel par de multiples lectures du texte des entrevues a permis de donner un sens aux différents propos des personnes interviewées. Cette phase préparatoire de lecture et relecture constitue le meilleur outil de l'analyse, car permet de saisir le sens profond des entretiens ainsi que différents thèmes et significations qui serviront ultérieurement dans l'analyse (Deslauriers, 1991). Par la suite, le découpage, l'examen et la catégorisation des données ont été faits dans un but de recherche de signification et de repérage de noyaux de sens.

**Synthèse des données.** La synthèse des opinions exprimées par les deux groupes d'acteurs interviewés (Gestionnaires actuels et Planificateurs de la PRSA) est présentée en suivant les différents thèmes abordés dans les entrevues. Cette synthèse vise également à présenter les points de vue selon les groupes d'acteurs interviewés (gestionnaires actuels vs planificateurs de la PRSA).

**Les raisons perçues comme étant à la base du modèle.** Selon les données des entrevues, les deux groupes d'acteurs présentent une même compréhension des raisons à l'origine de la PRSA soit l'accroissement et le vieillissement de la population qui exercent une pression sur la disponibilité et l'accessibilité aux services de soins de courte durée. Selon les répondants, l'essence de la PRSA repose sur un effort de diminution de la consommation des ressources hospitalières en rapprochant les services du milieu de vie des personnes

**Les résultats qui étaient attendus du modèle.** Selon les gestionnaires, la PRSA visait essentiellement une diminution de la durée moyenne de séjour et une augmentation de la rétention régionale. Par contre, plus de détails ont été donnés par les planificateurs de la PRSA. Selon ces dernières, pour être en mesure de produire une diminution de la durée moyenne de séjour et une augmentation de la rétention régionale, la PRSA devrait permettre une harmonisation des pratiques cliniques au niveau des établissements de la région, une complémentarité dans l'offre de soins et une augmentation de l'accessibilité aux soins.

**L'adéquation des ressources investies.** Selon les propos des gestionnaires, la PRSA a bénéficié d'un appui financier important dans la phase de déploiement. Pour les planificateurs, en plus de cet appui financier, les autorités ministérielles et régionales ont offert un appui moral dans la mise en œuvre de la PRSA. Cet appui est caractérisé par une reconnaissance par les autorités ministérielles qui soutiennent que l'approche régionale adoptée par Laval est un élément indispensable pour la modernisation du système de santé.

**Les activités nécessitées par l'implantation.** Selon les planificateurs de la PRSA, la réussite de l'implantation passe par un changement de paradigme de travail en silo à une pratique professionnelle en équipe interdisciplinaire. De plus, la prise en compte des ressources communautaires dans le processus de soins est un changement majeur qui implique de nouvelles façons de faire. Selon les gestionnaires, des activités de formation surtout sur le plan clinique ont été dispensées aux professionnels de chacune des spécialités touchées par la PRSA.

**La participation des partenaires.** Selon les répondants, l'implication des partenaires est forte surtout à cause de la démarche d'élaboration et d'implantation. En fait, soulignent les répondants, il s'agit d'une programmation régionale qui a nécessité la participation de l'ensemble des acteurs régionaux à chacune des étapes du processus de l'élaboration à la mise en œuvre. Par exemple, le comité aviseur de la PRSA est composé de l'ensemble des directeurs généraux des 7 établissements de la région. Les cliniciens sont impliqués dans les différents comités de programme qui sont responsables de la détermination des orientations cliniques des mesures de la PRSA. Quant au comité de gestion, il comprend des gestionnaires de projet qui proviennent de chacun des établissements impliqués dans la PRSA.

***Les nouveaux savoirs, les nouvelles attitudes et habiletés générées par l'implantation du modèle.*** Selon les planificateurs de la PRSA, le processus de l'élaboration et d'implantation de la PRSA a permis aux différents acteurs de santé de la région de travailler ensemble. Selon ces derniers, la PRSA a permis de développer des liaisons inter-établissements qui auparavant étaient peu développées.

Les gestionnaires soulignent que l'expérience de la PRSA a amélioré la collaboration entre les acteurs régionaux. Pour le patient, cela se traduit par une fluidité dans la coordination des soins. « Le patient a toujours l'impression d'être suivi par une même équipe de soins ». Pour les établissements, l'implantation de la PRSA a facilité l'essor de nouveaux modes d'organisation du travail grâce à l'intensification des mesures visant une plus grande intégration des soins et des services offerts aux patients. La PRSA a également permis une meilleure connaissance du panier de services des autres établissements de la région, favorisant ainsi une meilleure complémentarité dans la définition du continuum de soins et services. Sur le plan régional, les gestionnaires mentionnent que la PRSA a permis la mise en place d'un cadre structuré de planification des besoins régionaux, une utilisation plus efficiente et des choix plus pertinents en matière de ressources matérielles, financières et humaines.

***Les changements dans la pratique professionnelle.*** Tous les répondants (gestionnaire et planificateurs de la PRSA) ont attesté que la PRSA, tel que conçu, nécessitait un changement dans les pratiques professionnelles pour être en mesure de produire les effets escomptés. Parmi ces changements, il y a le respect du continuum de soins tel que prescrit par les protocoles de soins et la responsabilisation d'une même équipe de soins tout au long de ce continuum. Par ailleurs, soulignent les gestionnaires, l'intensification des rapports entre les différents établissements de soins de la région a été nécessaire pour une meilleure optimisation des ressources disponibles. De plus, pour un suivi plus systématique du patient et une harmonisation des pratiques clinique, un partenariat étoffé entre les sept établissements de santé du territoire de Laval était requis.

Les gestionnaires ont rapporté que, même si le déploiement de la PRSA a été suspendu, cela a permis un changement important dans la pratique des professionnels. Par exemple soulignent-ils, le continuum de soins élaboré dans les protocoles de soins est toujours utilisé par les professionnels dans plusieurs services. Par ailleurs, avec la PRSA, «on a véritablement amorcé le travail interdisciplinaire. Nos professionnels ont véritablement appris à compter l'un sur l'autre et ça, c'est un apport majeur ».

***Les réactions des environnements interne et externe.*** Pour les planificateurs de la PRSA, l'élaboration et la mise en œuvre de la PRSA ont bénéficié d'un appui important des acteurs de santé au niveau local, régional et ministériel. Mais, soulignent les gestionnaires, plusieurs changements ont provoqué un ralentissement de l'implantation. Ces ralentissements successifs finissent par engendrer une démobilisation qui compromet la poursuite des activités de déploiement. Les principaux changements soulevés sont en rapport avec 1) les orientations ministérielles qui ne sont pas toujours en harmonie avec les initiatives locales; et 2) les changements dans les structures de gestion principalement au niveau régional, mais aussi au niveau national.

En effet, soulignent les gestionnaires, les changements fréquents d'interlocuteurs à différents niveaux ont eu une influence sur l'évolution du projet.

De plus, la région de Laval a la particularité d'être une municipalité et une MRC ce qui facilite la concertation entre les différents acteurs de la santé. La programmation, de par la démarche de sa conception, offre les bases pour assurer la collaboration de l'ensemble des acteurs.

**Le potentiel de généralisation.** Le potentiel de généralisation de la PRSA a été très peu exprimé par les répondants. Pour les gestionnaires, chaque région possède ses réalités et il serait difficile de transposer la PRSA comme telle. Par contre, ce qui est intéressant à exporter c'est la démarche. Sur ce point, c'est-à-dire la démarche d'élaboration et d'implantation de la PRSA, les répondants partagent le même point de vue. Pour eux, ce qui est plus important, c'est le consensus des acteurs sur les différents enjeux liés à l'offre de soins à l'échelle de la région.

## Résultats

L'analyse des entrevues révèle que la PRSA a éprouvé des difficultés liées à l'influence des changements dans les structures dirigeantes du réseau de la santé, mais aussi des différentes réformes qu'a connu le système de santé. Cependant, il ressort aussi que, même si le déploiement de la PRSA a été suspendu, cela a permis aux principaux acteurs de santé de la région de Laval d'acquérir une expérience de réseautage, ce qui pourrait constituer un atout important dans la mise en place d'autres réformes.

**L'influence du changement dans les structures dirigeantes du réseau.** La mise en réseau d'un groupe d'établissements administrativement indépendants pour offrir un ensemble de services à une population donnée demande de la part de chaque établissement, une structure souple et une rigueur opératoire. En la matière, l'implication des directeurs généraux des établissements partenaires du réseau « PRSA » a été nécessaire pour asseoir un leadership fort afin d'assurer la continuité du projet et atténuer les tensions politiques qui ont pu exister entre ses établissements. Par contre, de l'élaboration de la PRSA à son implantation, le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) a connu plusieurs nominations. Ces nominations à la tête du MSSS ont souvent engendré des agitations au sein du réseau « PRSA » quant aux orientations directrices.

*« La réorganisation perpétuelle dans le système de santé et le manque de continuité relativement aux politiques ont également contribué à nuire à la mise en œuvre de la PRSA. » Planificateur PRSA (P<sub>2</sub>)*

*« Le changement d'interlocuteurs à différents niveaux a eu une influence sur l'évolution du projet. Or, une programmation de cette ampleur nécessite un certain climat de confiance et une cohérence dans les discours et la direction à suivre » Gestionnaire actuel (G<sub>4</sub>)*

De plus, les répondants ont mentionné que la plupart du temps, chaque nouveau responsable avait sa vision et ses principes de fonctionnement, ce qui pouvait ne pas nécessairement être compatible avec les orientations des projets en cours. Cela provoque donc une perte de vigilance sur le projet et une modification de l'agenda des priorités.

*« Il faut signaler que le plus souvent, chaque responsable veut être initiateur de ses propres projets et les mener à bout plutôt que de s'approprier les projets initiés par les prédécesseurs dont il n'a pas toujours une meilleure vision et une bonne compréhension. » Gestionnaire actuel (G<sub>1</sub>)*



Par ailleurs, même si le nouveau gestionnaire en place s'alignait sur les projets en cours, on pourrait noter un ralentissement, le temps que ce dernier prenne connaissance de leur contenu, se fasse une idée de leur pertinence avant de décider.

*«Le problème de l'échec de la PRSA n'est pas une question de mise en œuvre. Par contre, ce qui n'a pas aidé c'est que les responsables qui se sont succédé n'ont pas une idée claire de ce qu'est la PRSA et de ce qui doit être fait. Dans ce cas, il est difficile de concentrer les efforts sur la mise en œuvre quand la stratégie n'est pas claire.»  
Gestionnaire actuel (G<sub>4</sub>)*

De même, si des changements interviennent dans la structure dirigeante au niveau ministériel ou régional, il faudrait à nouveau convaincre la nouvelle équipe de la pertinence et du bien-fondé des projets en cours. Ce qui engendrerait des délais supplémentaires dans le déploiement des activités.

*«Les gestionnaires de la région de Laval devraient donc constamment convaincre les nouvelles instances politiques du bien-fondé de la PRSA. Ceci entraîne inévitablement des délais et des coûts non prévus.» Planificateur PRSA (P<sub>2</sub>)*

Les différents changements dans les structures dirigeantes du réseau ont eu pour conséquence de ralentir le déploiement de la PRSA, soit parce qu'il faut convaincre les nouveaux acteurs en place, soit parce qu'il faut qu'ils se réapproprient le projet.

### ***L'impact des fusions et la création des réseaux locaux sur l'implantation de la PRSA.***

En décembre 2003, le gouvernement du Québec adoptait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. 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 dans le but de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus.

Au cœur de chacun de ces réseaux locaux de services, on trouve un nouvel établissement appelé centre de santé et de services sociaux (CSSS) né 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. Le CSSS agira comme assise du réseau local de services assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population du territoire local. Ainsi, les différents intervenants offrant des services de santé et des services sociaux à la population d'un territoire local devront partager collectivement la responsabilité envers cette population.

En fusionnant tous les établissements de Laval, cela favoriserait une meilleure intégration. Or, sur le terrain, plusieurs tentatives de réorganisation étaient en cours pour faciliter l'organisation en réseau de l'offre de service. Ces initiatives n'ayant pas été prises en compte dans les stratégies de fusions, ont engendré une turbulence et une instabilité fonctionnelle des initiatives locales.

*« Le raisonnement qui a conduit à la fusion des établissements est basé sur la logique que les établissements ne collaboraient pas entre eux, sinon très peu. C'est-à-dire qu'ils fonctionnaient en silos et qu'ils avaient chacun leur chasse gardée. Mais cela n'a pas*

*vraiment tenu compte de ce qui se faisait dans notre région par exemple. » Planificateur PRSA (P<sub>4</sub>)*

L'élaboration des différentes mesures cliniques de la PRSA est basée sur la revue des façons de faire existantes, la recherche de meilleures pratiques, l'élaboration de scénarios de dispensation des services et l'uniformisation des pratiques entre les établissements. De ce fait, la PRSA affecte directement les pratiques cliniques et organisationnelles et sollicite la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires et le développement d'une culture de coopération et de collaboration.

Par ailleurs, le découpage des épisodes de soins en trois volets (pré-hospitalier, hospitalier et post-hospitalier) requiert des mécanismes de coordination et de suivis efficaces. Parce qu'elle brise les barrières entre les établissements, la PRSA exige une redéfinition des rôles, des responsabilités et des relations d'influence. Ces changements organisationnels, importants pour les établissements du réseau lavallois, modifient alors les structures de gestion et l'organisation du travail.

Pour appuyer le changement engendré par l'implantation de la PRSA, la formation à de nouvelles compétences a été un élément important. En effet, au fur et à mesure de l'évolution de la mise en œuvre de la PRSA, une formation clinique est dispensée aux différents professionnels touchés par chacune des mesures de la PRSA. Or, la réorganisation engendrée par la fusion de 2004 a eu pour conséquence la perte de la structure du projet PRSA notamment les comités de gestion et de programmes. Du coup, tous les mécanismes de coordination et de mise à jour des procédures ont été perdus.

*« Avec la fusion des établissements, toutes les actions des dirigeants de la région étaient focalisées sur la gestion des fusions. Plusieurs ressources ont été mobilisées et la structure du PRSA a été démantelé tout simplement » Gestionnaire actuel (G<sub>6</sub>)*

La création des réseaux locaux de santé a engendré une perte de la structure du projet PRSA. Or, le volet clinique de la PRSA est structuré autour de 13 programmes dont la mise en œuvre consiste en l'application de 88 mesures cliniques traduites en protocoles. Ces protocoles sont conçus pour guider et structurer la prise en charge des patients. Ils sont élaborés par un comité de programmation. Ce comité est chargé de préciser de façon opérationnelle le cheminement clinique des patients dans un épisode de soins. Avec la création des réseaux locaux, on a assisté à une réorganisation de l'offre de soins. Désormais, les 88 mesures ont laissé place à des programmes clientèles. Même si ces programmes clientèles intègrent les différents protocoles de la PRSA, elles ne bénéficient plus de l'appui du comité de programmation de la PRSA. Il s'ensuit alors que les protocoles ne sont plus systématiquement mis à jour.

La PRSA réunit sept établissements de santé et est composée de treize programmes régionaux de services intégrés. Vu la taille de la PRSA, les diverses fluctuations ont occasionné de lourdes conséquences pour la relance des activités. En effet, dans un climat d'incertitude et de mutation, les établissements et les professionnels impliqués dans la programmation s'attèlent à s'adapter au mieux aux nouvelles conditions de travail imposées par les fusions que de s'impliquer davantage dans la PRSA qui demande d'importants efforts de coordination.

Dans l'ensemble, les opinions concernant les fondements et la justesse de la programmation sont très favorables. Cependant, les répondants estiment que le contenu de certaines mesures implantées dans le cadre de la PRSA est devenu désuet. Pour relancer ces mesures, il faudrait prévoir un déploiement de mécanismes de mise à jour des directives contenues dans les protocoles.

« Les protocoles sont actuellement exécutés au cas par cas et selon les nuances proposées par le médecin traitant. Une telle situation est contraire à la logique de la PRSA. »  
Planificateur PRSA (P<sub>3</sub>)

En effet, la PRSA a prévu, au niveau stratégique, un comité aviseur composé des directeurs généraux et le comité des présidents de chacun des 13 programmes de la PRSA. Ces comités ont joué un rôle important en se prononçant sur les enjeux stratégiques et sur les orientations organisationnelles du projet. Ils facilitent le développement d'une alliance stratégique entre tous les partenaires afin de réaliser un véritable réseau de services intégrés. Ils fournissent aussi des conseils sur les orientations cliniques du projet et sur son évolution.

Au niveau tactique, un comité de gestion permet de soutenir l'implantation des mesures de la PRSA. Ce comité est l'instance qui s'assure de l'application des orientations du projet, des moyens préconisés pour la mise en œuvre et l'articulation entre les priorités du projet régional et celles des établissements. En ce sens, il facilite la mise en œuvre et assure le soutien au monitoring de l'implantation à l'évaluation et à l'évolution des mesures de la PRSA.

Un gestionnaire de projet PRSA est nommé par chacun des établissements participants. Ce gestionnaire joue un rôle pivot dans l'arrimage des principes directeurs du projet régional et des missions propres aux établissements impliqués. Il exerce un leadership dans le développement et l'intégration de la vision réseau et son articulation avec les partenaires tout en demeurant axé sur les besoins de la clientèle. Il participe à la programmation, la mise en œuvre et l'évolution des différents programmes. Il coordonne le déploiement interne ainsi que le suivi des différentes mesures et contribue au processus d'évaluation et d'évolution du projet.

La mise en place de comités cliniques et les activités de formation sont les pierres angulaires pour supporter l'implication des cliniciens et des gestionnaires clinico-administratifs. Les comités de programmes sont formés de cliniciens responsables de la réalisation des travaux pour la détermination des orientations cliniques de chaque nouveau service, et ce, pour l'ensemble des programmes. Ils précisent, de façon plus opérationnelle, le cheminement clinique des patients dans les épisodes de soins. Les comités de programmes sont chargés de déterminer les paramètres pertinents aux fins de l'évaluation des mesures et de l'informatisation des outils cliniques. Ils collaborent aussi à la formation clinique des intervenants. Fréquemment, des sous-comités réunissant divers intervenants et spécialistes sont créés pour préciser la nouvelle trajectoire clinique du patient que constituent les épisodes de soins entre les dispensateurs de services.

La direction de la PRSA est responsable de l'actualisation des orientations régionales du projet pour l'ensemble de ses champs d'intervention. Elle assume un rôle de conception, d'intégration, d'habilitation, d'animation et de soutien au suivi de la PRSA. Elle travaille en étroite collaboration avec le comité de gestion.

L'impact de la création des réseaux locaux sur la PRSA incite à une réflexion sur l'organisation du système lui-même. La régionalisation de la politique de santé doit être effective parce que certaines démarches et projets peuvent être très différents selon les secteurs géographiques.

***Que reste-t-il donc de la PRSA : la valeur ajoutée ?*** Malgré les interférences qui ont entraîné la suspension du déploiement de la PRSA, celle-ci a cependant facilité l'implantation des réseaux locaux de santé. L'implantation de la PRSA comme levier de développement des services ambulatoires a permis à tous les intervenants de la région de Laval de se donner une compréhension commune du modèle d'organisation des services ambulatoires et à voir ce modèle

comme une solution capable d'assurer l'atteinte des objectifs fixés. Les années de déploiement de la PRSA ont permis aux différents établissements participants de développer une culture de travail concerté pour l'aboutissement d'objectifs communs. Comme telle, la région de Laval a bénéficié de ces acquis qui ont été capitalisés dans l'implantation des réseaux locaux de santé.

*« Aujourd'hui, nous pensons que l'implantation du réseau local est assez avancée dans la région de Laval ; ce qui est une conséquence directe des acquis de la PRSA parce que nous avons appris à nous connaître et à travailler ensemble » Gestionnaire actuel (G<sub>3</sub>)*

*« ...La région a une longueur d'avance dans la mise en place d'une logique de réseau puisque l'expérience de travail en réseau est déjà acquise chez une grande partie de nos gestionnaires, de nos médecins et de nos professionnels. » Planificateur PRSA (P<sub>1</sub>)*

En guise de synthèse, la politique de fusions des établissements de santé a vraiment perturbé l'implantation de la PRSA. Cette perturbation est fondamentalement due à la perte de la structure que s'est donnée la PRSA pour faciliter son implantation. Par contre, la logique de coordination et d'intégration instaurée par la PRSA a facilité cette fusion. Aussi, sur le plan clinique, les intervenants cliniques ont continué d'utiliser les outils cliniques élaborés par la PRSA, mais la perte de la structure du projet ne permet ni un suivi dans leur utilisation ni leur mise à jour.

## **Discussion**

Les résultats de cette étude soulèvent toute la question de la capacité des organisations publiques et particulièrement les organisations de santé à opérer des changements et à les maintenir au cours du temps dans un environnement complexe et changeant.

La mise en marche d'une innovation renvoie fondamentalement à une idée, une vision, qui oriente l'action vers le changement. Les travaux de Dagenais, Desbiens et Joubert (2005) montrent que, lorsque la vision est bien conçue et bien soutenue par un leader, elle a plus de chance de se disséminer. Il s'agit ensuite de s'entendre sur la signification du changement souhaité (Dagenais, Desbiens & Joubert, 2005). L'implication des gestionnaires dans un processus d'institutionnalisation de changement provient de leur perception de la différence entre la performance de l'organisation et la performance souhaitée. Dans la plupart du temps, cette différence n'est pas toujours la conséquence du style du leadership mais parfois des opportunités stratégiques et techniques qui émergent et oblige les organisations à s'ajuster et à mieux faire (Golden, 2006; Harrison & Kimani, 2009). Ces opportunités proviennent des différentes influences que l'environnement exerce sur les organisations. Par ailleurs, peu de systèmes sont aussi complexes à gérer que les organisations de la santé (Kitson, 2009). Cette complexité est la conjugaison, entre autres, de la confluence des professions (médecins, infirmiers, pharmaciens, gestionnaires, etc.) et d'autres détenteurs d'enjeux (patients, gouvernement, etc.) souvent avec des intérêts, des perspectives et des horizons temporels apparemment incompatibles (Golden, 2006). L'exacerbation des défis pour les gestionnaires des organisations de la santé est la nécessité bien connue de satisfaire ce qui semble être la demande insatiable des soins de santé, et ce, avec des contraintes financières.

Les jeux de pouvoir des acteurs face à une innovation sont guidés par les choix stratégiques que l'acteur, comme facteur de transformation de l'organisation, opère. Dans cette logique, les facteurs internes deviennent les réels moteurs du changement organisationnel. En effet, les organisations de la santé sont des bureaucraties professionnelles caractérisées par un

pouvoir décisionnel centralisé, une coordination par la formalisation du comportement, une normalisation du travail, de même qu'une spécialisation horizontale et verticale des tâches (Mintzberg, 2004). Dans ces types d'organisations, la formalisation et la normalisation des tâches deviennent donc très problématiques parce que les professionnels possèdent une expertise issue de plusieurs années de formation. De là, le pouvoir décisionnel devient plus décentralisé, à cause de l'autonomie de ces professionnels qui détiennent un pouvoir substantiel dans l'offre des soins. Ainsi, la spécialisation des tâches, le professionnalisme, la différenciation verticale, la centralisation de la prise de décision, l'attitude des gestionnaires face au changement, l'intensité administrative, la disponibilité des ressources et les communications externes ont une influence significative sur l'adoption des innovations et leur institutionnalisation (Damanpour, 1991; Hage, 1999).

L'appui des parties impliquées s'avère être un facteur essentiel à examiner dans les périodes du changement. Les parties impliquées sont les groupes d'acteurs qui influencent les orientations et l'évolution de l'organisation (Rondeau, 1999). Plus ces groupes d'acteurs supportent le changement proposé et le considèrent légitime, plus grandes sont les chances de son adoption et de son implantation. Ce qui contribue alors à son institutionnalisation.

Dans le cas de la PRSA, l'implication des différents acteurs du réseau lavallois de la santé a fortement soutenu le développement et l'implantation de la programmation. Mais, les différentes fluctuations dues aux changements des équipes dirigeantes du réseau (au niveau national notamment), les nouvelles orientations du système de santé (fusion des établissements, création des réseaux locaux de la santé) ont créé une incertitude auprès des acteurs de la santé de la région de Laval.

L'inadéquation de l'attention aux barrières et aux facilitateurs de l'acceptabilité de nouvelles pratiques dans les organisations est également reconnue comme l'une des contraintes à l'institutionnalisation du changement (Hagedorn et al., 2006). Or, ces barrières et facilitateurs interviennent parfois même avant l'adoption du changement, c'est-à-dire avant la mise en œuvre à proprement dite du changement. Selon Kitson (2009), l'adoption d'une innovation est plus efficace quand la stratégie d'implantation implique les différents détenteurs d'enjeux dans la gestion des ressources humaines et matérielles ainsi que la gestion des contraintes environnementales. Mais en même temps, plus le nombre de détenteurs d'enjeux est élevé, plus on est en présence de différents buts et valeurs à réconcilier pour promouvoir le changement, ce qui complique l'implantation et l'institutionnalisation d'une innovation (Peltokorpi, Alho, Kujala, Aitamurto & Parvinen, 2008). Mais, dans le cas de la PRSA, les principaux détenteurs d'enjeu ont su s'entendre sur la nature des problèmes de la région et les solutions à y apporter. Plusieurs comités de gestion impliquant les acteurs concernés ont été mis en place pour structurer et valider les orientations de la PRSA.

De plus, les principales sources d'influence dans le domaine des organisations de santé seraient de natures normative et autoritaire (Scott, 1990). Le pouvoir d'autorité du ministère de la santé sur les établissements de santé et la rigidité des politiques de reddition de compte laissent très peu de place aux initiatives locales d'implantation et d'adoption d'innovation. En effet, dans les établissements de santé, une priorité est toujours accordée aux orientations ministérielles. À cet effet, plusieurs analystes défendent l'idée selon laquelle le changement dans les systèmes de soins gagnerait à être introduit à travers des stratégies de changement participatives et décentralisées (Denis & Langley, 2002; Lamothe, 2002; Mintzberg, 2002; Minvielle & Contandriopoulos, 2005; Touati, Denis, Contandriopoulos & Béland, 2005). Une telle posture inciterait plus à tenir compte des réalisations et des spécificités locales.

## Conclusion

L'expérience de la PRSA permet de montrer que le consensus des principaux détenteurs d'enjeu dans un processus d'innovation est un élément favorable pour mettre en place des changements dans les organisations. Dans le cadre des réseaux locaux de santé, ces détenteurs d'enjeu sont constitués par l'ensemble des acteurs de la santé qui interviennent sur le territoire à desservir par le réseau local. Par ailleurs, il convient aussi de retenir que les orientations ministérielles pour être plus pertinentes doivent tenir compte des réalisations et des acquis de chacun des milieux auxquelles ces orientations sont destinées.

Cette étude présente cependant quelques limites principalement dues au fait que les conclusions proviennent du point de vue des planificateurs de la PRSA et des gestionnaires actuels responsables de l'organisation des soins à Laval. Le point de vue des responsables cliniques aurait permis de comprendre les changements de pratiques professionnelles engendrés par la PRSA et examiner comment la suspension de la PRSA se manifeste dans les soins dispensés aux patients. La prise en compte du point de vue des cliniciens aurait également permis d'examiner le fondement et la justesse des protocoles adoptés dans la PRSA et d'apprécier ce qui a été éventuellement perdu suite à la suspension du déploiement de la PRSA.

## Au sujet des auteurs

**Olivier Sossa** est agent de recherche et de planification à la Direction de l'évaluation au Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il est titulaire d'un Ph. D. en santé publique. Ses intérêts de recherche portent sur l'analyse des politiques de santé, la gestion du changement et l'évaluation des interventions dans le domaine de la santé.

**Nicole Leduc**, Ph. D., est professeure titulaire au département d'administration de la santé et chercheure à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal. Elle travaille sur l'organisation des soins et services de santé et l'évaluation des interventions en santé.

**François Champagne**, Ph. D., est professeur titulaire au département d'administration de la santé, chercheur à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal et collaborateur à l'Unité de santé internationale. Ses intérêts de recherche portent principalement sur la Théorie des organisations, la planification stratégique, l'évaluation des interventions de santé, l'innovation dans les organisations, les bureaucraties professionnelles et l'analyse des systèmes de santé

## Références

- Alimo-Metcalfe, B., J. Alban-Metcalfe, M. Bradley, J. Mariathasan and C. Samele. 2008. "The Impact of Engaging Leadership on Performance, Attitudes to Work and Well-being at Work: A Longitudinal Study." *Journal of Health Organization & Management*, 22(6): 586-598.
- Beer, M. and N. Nohria. 2000. "Cracking the Code of Change." *Harvard Business Review*, 78(3): 133-141.
- Bone, L. and M. Shediak-Rizkallah. 1998. "Planning for the Sustainability of Community-based Health Programs: Conceptual Frameworks and Future Directions for Research, Practice and Policy." *Health Education Research*, 13(1): 87-108.

- Bordia, P., E. Hobman, E. Jones, C. Gallois and V. J. Callan. 2004. "Uncertainty During Organizational Change: Types, Consequences and Management Strategies." *Journal of Business and Psychology*, 18(4): 507-532.
- Buchanan, D., L. Fitzgerald, D. Ketley, R. Gollop, J. Jones, S. Lamont, et al. 2005. "No Going Back: A Review of the Literature on Sustaining Organizational Change." *International Journal of Management Reviews*, 7(3): 189-205.
- Cassidy, E. F., L. C. Leviton and D.E.K. Hunter. 2006. "Relationship of Program and Organizational Capacity to Program Sustainability: What helps Program Survive?" *The Evaluation and Program Planning*. 29(2): 149-152.
- Champagne, F. 2002. *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Commission des soins de santé au Canada: bulletin 39. 47p.
- Champagne, F., N. Leduc, H. Bilodeau, R. Blais, I. Clapperton, P. Lehoux, et al. 2001. *Évaluation de la Programmation régionale de soins ambulatoires et du Centre Hospitalier Ambulatoire Régional de Laval*. Montréal: Université de Montréal.
- Dagenais, C., F. Desbiens and P. Joubert. 2005. « L'expérience du Fonds d'adaptation des services de santé (FASS) au Québec : une occasion d'apprentissage sur les processus d'introduction de l'innovation et de gestion du changement. » *La Revue de l'innovation dans le secteur public*, 10(3): 1-17.
- Damanpour, F. 1991. "Organizational Innovation: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators." *Academic Management Journal*. 34(3): 555-590.
- Denis, J-L. 2004. "Governance and Management of Change in Canada's Health System." In P. G. Forest, G. P. Marchildon and T. McIntosh (Eds.), *Changing Health Care in Canada*. Toronto: University of Toronto Press, pp.82-114.
- Denis, J-L. and A. Langley. 2002. « Faut-il changer nos façons de changer? » *Revue Gestion*, 27(3): 151-153.
- Deslauriers, J-P. 1991. *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal. 142p.
- Falconer, L. 2006. "Organizational Learning, Tacit Information, and E-learning: A Review." *The Learning Organization*, 13(2): 140-151.
- Fernandez, S. and H. G. Rainey. 2006. "Managing Successful Organizational Change in the Public Sector." *Public Administration Review*, 66(2): 168-176.
- Fitzgerald, L., E. Ferlie and C. Hawkins. 2003. "Innovation in Health Care : How Does Credible Evidence Influence Professionals?" *Health and Social Care in the Community*, 11(3): 219-228.
- Golden, B. 2006. "Transforming Healthcare Organizations." *Healthcare Quarterly*, 10(Special Issue): 10-19.

- Hage, J.T. 1999. "Organizational Innovation and Organisational Change." *Annual Review of Sociology*, 25(7): 597-622.
- Hagedorn, H., M. Hogan, J.L. Smith, C. Bowman, G.M. Curran, D. Espadas, et al. 2006. "Lessons Learned about Implementing Research Evidence into Clinical Practice." *Journal of General Internal Medicine*, 21(Suppl 2): S21-24.
- Harrison, M. and J. Kimani. 2009. "Building Capacity for a Transformation Initiative: System Redesign at Denver Health." *Health Care Management Review*, 34 (1): 42-53.
- Higgs, M. J. and D. Rowland. 2001. Building Change Leadership Capability: The Quest For Change Competence. *Journal of Change Management*, 1(2): 118-130.
- Kiefer, T. . 2005. "Feeling Bad: Antecedents and Consequences of Negative Emotions in Ongoing Change." *Journal of Organizational Behavior*, 26(8): 875-897.
- Kieser, A. and U. Koch. 2008. "Bounded Rationality and Organizational Learning Based on Rule Changes." *Management Learning*. 39(3): 329-347.
- Kitson, A. 2009. "The Need for Systems Change: Reflections on Knowledge Translation and Organizational Change." *Journal of Advanced Nursing*, 65(1): 217-228.
- Lamarsh, J. and R. Potts. 2004. "Sustain the Change." *Industrial Management*, 46(3): 4-19.
- Lamothe, L. 2002. « Le recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne. » *Revue Gestion*, 27(3 ): 23-30.
- Lehr, J.K. and R.E. Rice. 2002. "Organizational Measures as a Form of Knowledge Management: A Multitheoretic, Communication-Based Exploration." *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 53(12): 1060-1073.
- Mintzberg, H. 2002. "Managing Care and Cure-up and Down, In and Out." *Health Services Management Research*, 15(3): 193-200.
- Mintzberg, H. 2004. *Le Management. Voyage au centre des organisations* (2e éd.). Paris: Les Éditions d'Organisation. 703p.
- Minvielle, E. and A. P. Contandriopoulos. 2005. « La gestion du changement : quels enseignements tirer d'opérations de restructuration hospitalière ? » *Revue Française de Gestion*, 150 (30): 29-53.
- Nutley, S., I. Walter and O Davies. 2007. "Promoting Evidence-based Practice: Models and Mechanisms From Cross-Sector Review." *Research on Social Work Practice*, 19(5): 552-559.
- Patton, M.Q. 2002. *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3<sup>rd</sup> ed.) CA: Sage Publications, 700p.



Peltokorpi, A., A. Alho, J. Kujala, J. Aitamurto and P. Parvinen. 2008. "Stakeholder Approach for Evaluating Organizational Change Projects." *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(5): 418 - 434.

Pluye, P. and L. Potvin. 2004. "Making Public Health Program Last: Conceptualizing Sustainability." *Evaluation and Program Planning*, 27(2): 121-133.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval (2002). *Rapport mi-parcours du 1 avril au 30 juin 2002*. RSSL-13 Laval.

Rondeau, A. 1999. « Transformer l'organisation: vers un modèle de mise en œuvre. » *Gestion*, 24(3): 148-157.

Scott, R.W. 1990. "Innovation in Medical Care Organizations : A Synthetic Review." *Medical Care Review*, 47(2): 165-192.

Sicotte, C., M-P. Moreault, L. Farand. 2003. *Évaluation d'un système régional de coordination des soins de première ligne - Le système SI-PRSI - Le système d'information soutenant la Programmation régionale des soins intégrés (PRSI)*. Document de travail, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal.

Smith, M.E. 2003. "Changing an Organisation's Culture: Correlates of Success and Failure." *Journal of Leadership & Organization Development*, 24(5): 249-261.

Storey, J. and D. Buchanan. 2008. "Healthcare Governance and Organizational Barriers to Learning from Mistakes." *Journal of Health Organization and Management*, 22(6): 642 - 651.

Touati, N., J-L. Denis, A.P. Contandriopoulos and F. Béland. 2005. « Introduire le changement dans les systèmes de soins au Québec : comment tirer profit de l'expérimentation sociale ? » *Sciences sociales et santé*, 23(2): 75-102.

Virani, T., L. Lemieux-Charles, D.A. Davis and W. Berta. 2009. "Sustaining Change: Once Evidence-Based Practices are Transferred, What Then?" *Healthcare Quarterly*, 12(1): 89-96.

Yin, R. K. 2009. *Case Study Research: Design and Methods* (4<sup>th</sup> ed.). CA: Sage Publications.