

Pôlesanté
HEC MONTRÉAL

HEC MONTRÉAL
Édifice Hélène-Desmarais

Guide

JANVIER 2025

**GUIDE DE PARTAGE DE CONNAISSANCES
POST ÉVÉNEMENT RASSEMBLEUR SUR
LES STRATÉGIES DE MISE À L'ÉCHELLE
DES INNOVATIONS EN SANTÉ ET
SERVICES SOCIAUX**

Avec la collaboration de

Auteurs et collaborations

RÉDIGÉ PAR :

Vanessa Fayolle

Chargée de projets

Pôle santé, HEC Montréal

Coordinatrice de l'axe Gestion du changement de l'Unité de Soutien SSA Québec

Clémentine Le Roy

Chargée de projets

Pôle santé HEC Montréal

Francis Maisonneuve

Candidat au Ph.D. en comportement organisationnel et ressources humaines

HEC Montréal

AVEC LA COLLABORATION DE :

Denis Chênevert

Professeur titulaire, département des Ressources Humaines HEC Montréal

Directeur du Pôle Santé HEC Montréal

Codirecteur de l'axe Gestion du changement de l'Unité de Soutien SSA Québec

Maître de cérémonie

Réal Jacob

Professeur Émérite HEC Montréal

Conférenciers d'ouverture de l'événement du 27 mars 2024

Mélanie Ann Smithman

Chercheure postdoctorale (Mise à l'échelle)

Pôle santé HEC Montréal

Laurent Simon

Professeur titulaire HEC Montréal

Codirecteur, MOSAIC - Pôle créativité et innovation, HEC Montréal

Panélistes de l'événement du 27 mars 2024

Joanne Castonguay

Commissaire à la santé et au bien-être

Kathy Malas

Directrice recherche, innovation et apprentissage CISSS de la Montérégie-Ouest

Professeure associée HEC Montréal

Hasna Rouighi

Directrice - Bureau de l'innovation du ministère de la Santé et des Services Sociaux

Vincent Dumez

Directeur Patient et co-directeur scientifique

Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP).

Auteurs et collaborations

AVEC LES COLLABORATIONS SUIVANTES:

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

« GUICHET D'ACCÈS PATIENT »

William Patry

Adjoint exécutif et coordonnateur stratégique | Accès et projets TI
Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

Marie-Josée Gagnon

Conseillère en organisation des services de première ligne, ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

« LE CENTRE DE COMMANDEMENT (C4) ET HOSPITALISATION À DOMICILE »

Erin Cook

Directrice de la Qualité, Transformation, Evaluation, Valeur, Éthique et Soins Virtuels (DQTEVE-SV)
CIUSSS Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CCOMTL)

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

« COGESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE »

Ariane-Hélène Fortin

Coordonnatrice et chargée de projet
Pôle santé HEC Montréal

Alain Rondeau

Directeur associé, Pôle santé HEC Montréal et Professeur honoraire, HEC Montréal

Maryse Hébert

PDGA, CISSS de la Montérégie-Est

André Simard

DSP, CISSS de la Montérégie-Est

Simon Legault

Adjoint au DSP, CISSS des Laurentides

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

« VISAGES – GESTION DES CAS COMPLEXES »

Catherine Hudon

Chercheuse principale VISAGES, professeure, faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke

Maud-Christine Chouinard

Chercheuse principale VISAGES, professeure titulaire Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Catherine Maisonneuve

Chargée de projet, équipe VISAGES

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

« ORGANISATION DU TRAVAIL 2.0 EN SANTÉ »

Carole Bordes

Directrice de la logistique, CISSS de Chaudière-Appalaches

Marie-Hélène Boulanger

Directrice de la logistique, CHU de Québec

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

« LA PLACE DU PATIENT PARTENAIRE DANS LE RSSS »

Catherine Wilhelmy

Coordonnatrice du partenariat patient
Centre de recherche du CHUS, Patient partenaire, Co-directrice scientifique Unité de soutien SSA Québec

Caroline Wong

Directrice exécutive, CEPPP

Myriam Fournier-Tombs

Directrice adjointe, CEPPP

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

« ENTRAIDANT »

Denis Chênevert

Administrateur d'Entraidant
Professeur titulaire, département des Ressources Humaines HEC Montréal
Directeur du Pôle Santé HEC Montréal
Codirecteur de l'axe Gestion du changement de l'Unité de Soutien SSA Québec

Marie-Claude Tremblay

Vice-présidente, Entraidant

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

« LES BUREAUX DE L'INNOVATION »

Anne Marie Alarco

Directrice adjointe de l'innovation
CHU Ste-Justine

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

« INNOVATEUR.RICE EN RÉSIDENCE EN SANTÉ AU QUÉBEC »

Annie Passalacqua

Professionnelle de recherche, Chargée de projet - Pôle créativité et innovation, HEC Montréal

Margaux Manent

Ph.D. en Administration - Pôle créativité et innovation, HEC Montréal

Auteurs et collaborations

AVEC LES COLLABORATIONS SUIVANTES:

ATELIER D'HABILITATION:

PRINCIPES D'INNOVATION ÉCONOMIQUE, ORGANISATIONNELLE
ET D'IMPACT DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Manaf Bouchentouf

Directeur exécutif de la stratégie et du développement
Institut TransMedTech, Montréal.

ATELIER D'HABILITATION:

LA COMMUNICATION TRANSFORMATIONNELLE

Dominic Gagnon

Chargé de cours, Département de Management
HEC Montréal
Consultant en psychologie industrielle/organisationnelle

ATELIER D'HABILITATION:

LA MISE À L'ÉCHELLE DES INNOVATIONS EN SANTÉ ET SERVICES
SOCIAUX : COMMENT LA RÉALISER ?

France Légaré

Chercheuse clinicienne VITAM – Centre de recherche en
santé durable
Co-directrice scientifique à l'Axe Gestion du changement-
Université Laval – Unité soutien SSA – Québec

Claude Bernard Uwizeye

Professionnel de recherche
Unité de soutien SSA Québec /chaire de recherche en
décision partagée et mobilisation de connaissances

Odilon Quentin Assan

Professionnel de recherche en épidémiologie

ATELIER D'HABILITATION:

AMBASSADEURS•RICES D'INNOVATION : UN PROGRAMME DE
DÉVELOPPEMENT DE COMPÉTENCES PERSONNALISÉ POUR LES
LEADERS D'INNOVATION EN SANTÉ

Gaëlle Hermans

Conceptrice pédagogique, CHUM

ATELIER D'HABILITATION:

IDENTIFIER ET SURPASSER LES FREINS À L'INNOVATION POUR
FACILITER UNE MISE À L'ÉCHELLE DES INNOVATIONS EN SANTÉ

David Vallat

Professeur des universités Sciences Po Lyon
Directeur pédagogique de la Public Factory

Sandra Bertezeno

Professeur, titulaire de la Chaire Gestion des services de santé
Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM)

Anaïs Galy

Candidate au Ph.D à HEC Montréal

Veronica Rusu

Auxiliaire de recherche, Pôle santé HEC Montréal

Laurence Villemur

Auxiliaire de recherche, Pôle santé HEC Montréal

Evelyne Beaulieu

Auxiliaire de recherche, Pôle santé HEC Montréal

Margaux Frentzel

Auxiliaire de recherche, Pôle santé HEC Montréal

Karine Thellier

M.Sc en Développement organisationnel, HEC Montréal

Pacôme Renault

M.Sc en Développement organisationnel, HEC Montréal

Camille Bolduc-Boyer

Coordinatrice axe partenariat patient, Unité de soutien SSA Québec

Licence d'utilisation

Les présents documents sont la propriété exclusive du Pôle santé HEC Montréal ou sont utilisés sous licence par le Pôle santé HEC Montréal. Toute reproduction ou diffusion sans autorisation, en tout ou en partie, est interdite.

Ce guide ainsi que les outils interactifs, comme les vidéos, qui y sont liés sont sous licence d'utilisation:

CC BY-NC-ND 4.0



Attribution, pas d'utilisation commerciale, pas d'Œuvre dérivée

Vous êtes libre de partager ce contenu dans les conditions suivantes:

Attribution — Vous devez créditer l'Œuvre, intégrer un lien vers la licence et indiquer si des modifications ont été effectuées à l'Œuvre. Vous devez indiquer ces informations par tous les moyens raisonnables, sans toutefois suggérer que l'offrant vous soutient ou soutient la façon dont vous avez utilisé son Œuvre.

Pas d'utilisation commerciale — Vous n'êtes pas autorisé(e) à faire un usage commercial de cette Œuvre, tout ou partie du matériel la composant.

Pas de modifications — Dans le cas où vous effectuez un remix, que vous transformez, ou créez à partir du matériel composant l'Œuvre originale, vous n'êtes pas autorisé à distribuer ou mettre à disposition l'Œuvre modifiée.

À propos du **Pôle santé** **HEC Montréal**

Le Pôle santé HEC Montréal est une plateforme universitaire qui génère et diffuse de la connaissance autour des meilleures pratiques en gestion de la santé. Actif depuis 2010, le Pôle santé met en relation plus d'une trentaine de professeurs d'HEC Montréal et d'ailleurs dans différentes disciplines de la gestion. Il fédère également de nombreux étudiants de maîtrise et de doctorat, des post-doctorants, professionnels et formateurs autour des thématiques pour lesquelles son expertise est interpellée.



RECHERCHE

Nos recherches visent à générer des connaissances concernant les problématiques et bonnes pratiques liées à la gestion de la santé.



FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT

Les programmes de **formation** développés et offerts par le Pôle santé HEC Montréal permettent aux participants d'approfondir leurs compétences en gestion en fonction de leur niveau d'expérience et des enjeux qui les préoccupent. Nous **accompagnons** également des organisations qui cherchent une expertise pour leurs projets organisationnels ou leurs enjeux de gestion. Ces interventions visent le développement et le transfert de connaissances contextualisées.



TRANSFERT DE CONNAISSANCE

Nous organisons des événements auxquels des décideurs, praticiens, experts et scientifiques échangent autour des thématiques centrées sur la gestion de la santé. Nous proposons également des outils de vulgarisation et de diffusion des connaissances.

Table des matières

Introduction

Préambule

Acronymes

Glossaire des icônes

Quelques éléments chiffrés du contexte de la mise à l'échelle au Québec

Quelques éléments issus de la littérature

Une analogie pour illustrer la mise à l'échelle des innovations

La courbe de diffusion de l'innovation

Quelques éléments de vigilances pour éviter des barrières à la mise à l'échelle

L'enjeu majeur à l'étape de l'expérimentation et du déploiement

Les réflexions en amont de la diffusion d'une innovation et des outils

LA MATURITÉ DES INNOVATIONS

LA PRÉPARATION DES USAGERS À LA DIFFUSION DES INNOVATIONS

LA PROPOSITION DE VALEURS

LE DESIGN SPRINT

L'ANALYSE DES PARCOURS D'USAGE

Innovations

Présentation de SEPT innovations en cours de déploiement, de mise à l'échelle dans le RSSS du Québec et de deux démarches habilitantes

GUICHET D'ACCÈS À LA PREMIÈRE LIGNE

LE CENTRE DE COMMANDEMENT ET L'HÔPITAL À DOMICILE DU CCOMTL

COGESTION MÉDICO-ADMINISTRATIVE

L'APPROCHE VISAGES - GESTION DES CAS COMPLEXES

ORGANISATION DU TRAVAIL 2.0 EN SANTÉ - FORCES

PLACE DU PATIENT PARTENAIRE DANS LE RSSS

ENTRAIDANT

★ Démarches habilitantes

BUREAU DE L'INNOVATION

INNOVATEUR.RICE EN RÉSIDENCE EN SANTÉ AU QUÉBEC

Analyse

Les apprentissages généraux à ces cas d'innovations dans le cycle des 3S

Synthèse des enjeux rencontrés pour les innovations sociales/organisationnelles et technologiques ?

Des stratégies plus efficaces selon les types de mises à l'échelle ?

MISE À L'ÉCHELLE HORIZONTALE

MISE À L'ÉCHELLE VERTICALE

COMPARAISON DES STRATÉGIES DE MISES À L'ÉCHELLE HORIZONTALE ET VERTICALE

Les apprentissages selon la typologie de ces 9 innovations ?

LES INNOVATIONS INCRÉMENTALES

LES INNOVATIONS DE RUPTURE

Conclusion

Bibliographie

Boîte à outils

Convaincre par l'histoire

Canevas de modèle d'affaires (BMC)

Modèle SECII

Matrice de vision transformationnelle

Énoncé du problème

CINQ Pourquoi

Mesure de la performance

Boîte à outils des fondements du programme ambassadeur

Jeu de la Nasa

Diagnostic socio-économique

Préambule

Au cours des dernières années, plusieurs travaux de recherche ont été menés sur le sujet des innovations en santé et des services sociaux. Dans le cadre d'un mandat reçu de la Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), le Pôle santé HEC Montréal et Mosaic – Pôle créativité et innovation ont eu l'occasion de produire un rapport sur les modes de gestion de l'innovation publique en santé en contexte d'innovation ouverte qui a été remis à la CSBE en 2023 dans le cadre de ses travaux portant sur l'évaluation de la performance des soins et services aux aînés suivant la pandémie de COVID-19.

Ce rapport portait du constat que l'accélération des cycles d'innovation et la redéfinition des forces actives au sein de l'économie engendrent de nouveaux défis pour les systèmes de santé et de services sociaux. Dans ce contexte, les modèles traditionnels d'innovation, reposant sur un processus linéaire reliant les institutions scientifiques aux milieux de pratique, montrent leurs limites. Ces modèles peinent à surmonter les obstacles institutionnels qui freinent l'intégration des innovations, en particulier dans le secteur de la santé. Aujourd'hui, l'innovation s'inscrit davantage dans une dynamique ouverte et collaborative, impliquant plusieurs acteurs, favorisée par l'économie du partage, la mise en place de canaux d'échange de connaissances (internes ou externes), ainsi que la création d'espaces d'intermédiation et de moments d'hybridation, soutenus par l'utilisation de plateformes physiques ou numériques.

Il se concluait ainsi : « La gestion de l'innovation et ces leviers ne sont pas des concepts récents; c'est une science ancienne. Ce qui est récent, c'est la mise en pratique [...] l'appropriation qu'on en fait dans nos établissements. » (Pôle santé, 2023)

Fort de ce constat et de la conviction que de nombreuses innovations sont développées au Québec, le Pôle santé HEC Montréal, dans le cadre de son mandat lié à l'axe Gestion du changement de l'Unité de soutien SSA Québec, a eu l'occasion de réunir plusieurs dizaines de professionnels intervenant sur le plan de l'innovation au sein du RSSS pour échanger sur la question de la mise à l'échelle des innovations en santé et services sociaux.

Cet événement, qui s'est tenu en mars 2024, a été marqué par des conférences portant sur les données de la littérature concernant la question de la mise à l'échelle qui ont permis de mettre de l'avant différents éléments à prendre en considération pour cette étape complexe dans le cycle de vie d'une innovation, et par des ateliers animés des professionnels porteurs d'innovations sont venus présentés neuf cas de mise à l'échelle en cours. Près de 200 participant.e.s représentant le réseau de la santé, des services sociaux, du Secrétariat du Conseil du trésor, du monde de la recherche, de bureaux d'innovations, des innovateurs, des professionnel.le.s de santé, du MSSS ou des acteurs privés, sont aussi venus échanger au cours de ces deux journées riches en partage de connaissances. Ces innovations répondaient à des besoins différents, en étaient à des stades différents de mise à l'échelle, émanaient de contextes variés, etc. Ces partages ont permis d'identifier les actions menées, les enjeux observés et les stratégies déployées.

Comme ce sujet de la mise à l'échelle demeure encore peu documenté dans la littérature, le présent guide n'a pas pour ambition de présenter une recette universelle permettant de réussir une mise à l'échelle. Il a plutôt pour objectif de servir de vecteur de partage des apprentissages issus de ces neuf cas concrets d'innovations en cours de déploiement et de mise à l'échelle généreusement présentés par ces innovateurs et d'outils pouvant être mis de l'avant pour soutenir une telle démarche.



DÉFINITION

La mise à l'échelle des innovations en santé et en services sociaux peut être définie comme un processus d'extension des pratiques, interventions ou programmes ayant démontré leur efficacité à une plus grande échelle, souvent au niveau régional, national ou international. Cela inclut non seulement la réplique de l'innovation dans des contextes similaires, mais aussi son adaptation aux spécificités d'autres environnements. Le concept central demeure celui de l'élargissement de l'impact d'innovations éprouvées pour qu'elles profitent à un plus grand nombre de personnes.

Corrêa RDC, Ben Charif A, Plourde KV, Gogovor A, Légaré F. Questionnaire auto-administré sur le potentiel de mise à l'échelle des innovations en santé et en services sociaux – ISSaQ 4.0. Québec: Unité de Soutien SSA Québec; 2023 Mar p. 1–28.

Acronymes

AQESSS : Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

BMC : Business Model Canvas (canevas du modèle d'affaires)

CCOMTL : CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

CEGISOV : Centre d'expertise en gestion de l'innovation en santé orientée sur la valeur

CEPPP : Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CISSS CA : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLSC : Centre local de services communautaires

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être

DAOIS : Direction de l'accès et de l'organisation intégrée des services

DGA : Directeur général adjoint

DQTEVE et SV : Direction de la qualité, de la transformation, de l'évaluation, de la valeur, de l'éthique et des soins virtuels

DSP : Directeurs des services professionnels

HAD : Hôpital à domicile

HGJ : Hôpital Général Juif

HRL : Human Readiness Level (niveau de maturité humaine)

GAP : Guichet d'accès à la première ligne

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

NSA : Niveaux de soins alternatifs

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PAB : Préposé aux bénéficiaires

RSSS : Réseau de santé et de services sociaux

SSA : Système de santé apprenant

TRL : Technology Readiness Level (niveau de maturité technologique)

UPI : Unité de pratique intégrée

Unité : Unité de soutien SSA Québec

Glossaire des icônes

CATÉGORIES D'INNOVATION :

présenté par Manaf Bouchentouf, 2024

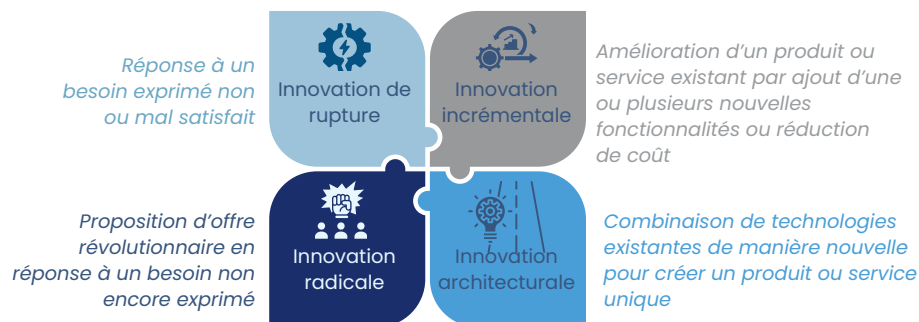
ATELIER D'HABILITATION : PRINCIPES D'INNOVATION ÉCONOMIQUE,
ORGANISATIONNELLE ET D'IMPACT DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ



TYPLOGIES D'INNOVATION :

présenté par Manaf Bouchentouf, 2024

ATELIER D'HABILITATION : PRINCIPES D'INNOVATION ÉCONOMIQUE,
ORGANISATIONNELLE ET D'IMPACT DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

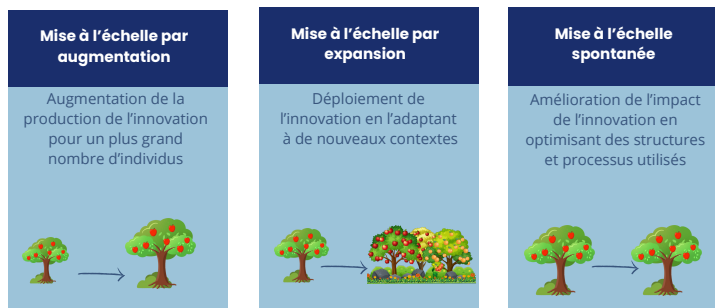
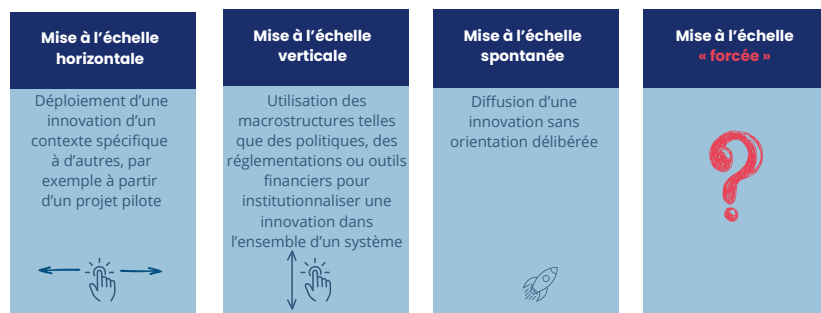


Élément interactif intégrant un hyperlien, cliquez sur l'icône pour accéder aux informations complémentaires qu'il contient

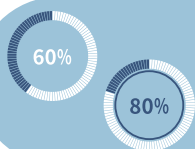
TYPE DE MISE À L'ÉCHELLE

présenté par France Légaré, Claude Bernard Uwizeye et Odilon Quentin Assan (2024)

ATELIER D'HABILITATION du 28 mars 2024 : La mise à l'échelle des innovations en santé et services sociaux : comment la réaliser ?



Quelques éléments chiffrés du contexte de la mise à l'échelle au Québec



Entre 60 à 80 % des innovations dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) demeurent confinées au stade de projet pilote sans réussir à atteindre un déploiement à grande échelle. (Santé Ontario, 2024; Counte et Meurer, 2001).

Ce phénomène est décrit comme le « pays des perpétuels projets pilotes » (Bégin et al, 2009), un problème récurrent dans de nombreux systèmes de santé.

Pourtant, chaque année au Québec, des centaines d'innovations voient le jour au sien du RSSS, comme en fait foi le concours annuel des prix Hippocrate qui démontre bien que l'enjeu ne tient pas aux phases d'idéation.



Pourquoi toutes ces innovations aussi pertinentes les unes que les autres ne réussissent-elles pas à trouver d'autres milieux preneurs? Peut-on identifier des leviers pour faciliter ou réussir une mise à l'échelle d'innovations dans le RSSS ?

Quelques éléments issus de la littérature

LA MISE À L'ÉCHELLE : UN PROCESSUS ITÉRATIF ET DYNAMIQUE

La littérature internationale a relevé plusieurs exemples (OMS, The Health Foundation, Institute for Healthcare Improvement) d'approches réussies de mise à l'échelle.

Ces études soulignent que la réussite repose souvent sur une approche flexible, une évaluation continue et une adaptation des stratégies en fonction du contexte local. Ainsi, afin de sortir « du pays des projets pilotes perpétuels » (Bégin et al, 2009) et de rejoindre ces exemples fructueux, ce guide vise à illustrer plusieurs cas d'innovation au Québec qui ont été présentés dans le cadre d'un événement sur les stratégies de mises à l'échelle des innovations en santé et services sociaux. Les équipes porteuses de ces innovations ont partagé leurs innovations et les avancements dans leurs démarches de mises à l'échelle. Ce guide vise à centraliser ce partage et se veut un outil de partage de connaissance soutenu par des recommandations pratiques.

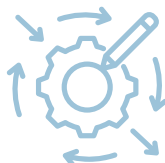
Le processus de mise à l'échelle d'une innovation requiert trois phases distinctes (Greenhalgh et Papoutsis, 2019), et peut être résumé par les « 3 S » suivants :

Diffusion : « Spread »

Objectif final : adapter et répliquer une innovation dans un contexte d'échelle similaire.

Pérennité: « Sustainability »

Objectif final: intégration et routinisation de l'innovation dans son environnement sur le long terme.



Accroissement d'échelle : « Scale-up »

Objectif final : étendre une innovation en abordant les questions liées aux infrastructures, aux programmes et aux politiques.

Une analogie pour illustrer la mise à l'échelle des innovations

Pour illustrer les points saillants du déploiement des « 3S » et illustrer chaque étape de la mise à l'échelle d'une innovation en santé et services sociaux, il est possible de se référer à une analogie qui relève de la botanique, en y ajoutant une étape préliminaire : celle de faire la preuve de concept. (conférence de Mélanie-Ann Smithman, événement du 27 mars 2024).

Tout comme une tomate ne peut simplement pas se multiplier sans tenir compte des conditions de culture (sol, climat, soins appropriés), une innovation ne peut pas être reproduite ou étendue à grande échelle sans une préparation minutieuse, une adaptation aux nouveaux contextes et une gestion continue pour maintenir sa qualité et son efficacité.

Cette analogie proposée par Mélanie Ann Smithman lors de sa conférence d'ouverture de l'événement à l'origine du présent guide souligne plusieurs points clés :

- **Contexte et conditions** : Comme la culture de la tomate dépend des conditions spécifiques du sol et du climat, la mise à l'échelle d'une innovation nécessite de comprendre et d'adapter l'innovation aux différents environnements et aux différents besoins des parties prenantes.
- **Surveillance continue** : De même que les tomates ont besoin d'une attention constante (irrigation, prévention des maladies), l'innovation nécessite une évaluation et un suivi réguliers pour s'assurer qu'elle reste efficace lorsqu'elle est étendue à de nouveaux contextes.
- **Durabilité et croissance** : Pour qu'une innovation puisse croître durablement, elle doit non seulement être adaptée, mais aussi évoluer en fonction des retours d'expérience, tout en maintenant son impact positif.



Pour visionner la conférence de d'ouverture de l'événement du 27 mars 2024 de

Mélanie Ann Smithman

Chercheuse postdoctorale

(Mise à l'échelle)

Pôle santé HEC Montréal

(cliquez sur l'icône vidéo)



Semer

Étape de mise à l'échelle :
Preuve de concept, étape préalable des « 3S »

Composante :
Analyse de marché,
composition de l'équipe,
prototype, pilotage, bilan,
plan de diffusion



Faire germer

Étape de mise à l'échelle :
Diffusion

Composante :
Utilisateurs précoces,
ressources, co-innovation,
élan, évaluation,
plan d'affaires



Récolter

Étape de mise à l'échelle :
Accroissement d'échelle

Composante :
Forme de gouvernance,
plan de croissance,
préparation, déploiement,
évaluation d'échelle



Transformer

Étape de mise à l'échelle :
Pérennité

Composante :
Intégration, normalisation,
amélioration continue



EN RÉSUMÉ

L'analogie botanique sert à rappeler que la mise à l'échelle des innovations n'est pas un processus linéaire; il nécessite une attention détaillée aux facteurs externes, un suivi constant, et une capacité à s'adapter aux nouvelles réalités tout en conservant les principes fondateurs de l'innovation.

La courbe de diffusion de l'innovation

Everett Rogers (1962)

La théorie de la diffusion des innovations développée par Everett Rogers, bien que datant de 1962, reste encore aujourd'hui une référence incontournable. Selon celle-ci, l'idée principale est d'associer les différents groupes de clients correspondants aux différentes phases d'adoption d'une nouveauté. Elle précise également que pour qu'une innovation soit diffusée avec succès, les bénéficiaires de celle-ci doivent en percevoir les qualités. Rogers en identifie cinq.



Quelques éléments de vigilance pour éviter les obstacles à la mise à l'échelle

Six obstacles potentiels doivent être pris en compte avant même d'entamer la mise à l'échelle, ceux-ci pouvant mettre en péril le bon déroulement de cette dernière :

- les ressources limitées,
- les contraintes réglementaires,
- la complexité des processus,
- les enjeux de gouvernance,
- l'aversion au risque, et
- le manque de soutien et de données probantes.

Les personnes responsables de la mise à l'échelle d'une innovation doivent porter attention à divers pièges lors du processus. L'*Institute for Healthcare Improvement* (2024) en a identifié sept et propose une approche pour les éviter.



• Engager un groupe d'acteurs homogène :

Rassembler une variété d'acteurs pour prioriser les innovations à fort potentiel.

• Déployer à grande échelle trop rapidement :

Un déploiement progressif et accompagné permet d'ajuster l'innovation selon les commentaires du terrain.

• Déléguer la mise à l'échelle aux innovateur.ice.s :

La mise à l'échelle nécessite une approche entrepreneuriale.

• Manquer de ressources dédiées :

Prévoir des ressources dès le début du processus et les ajuster en fonction des besoins.

• Accroître l'échelle de l'innovation sans encadrer l'adaptation :

Tout accroissement d'échelle requiert un effort soutenu pour adapter l'innovation à son nouveau contexte ou nouvelle ampleur.

• Laisser l'équipe d'implantation à elle-même :

Un soutien actif est essentiel pour l'implantation de l'innovation dans différents contextes.

• Évaluer seulement à la fin :

Avoir des indicateurs pertinents et en tenir compte tout au long de la mise à l'échelle est essentiel à la réussite de cette dernière.

L'enjeu majeur à l'étape de l'expérimentation et du déploiement

LA PLACE DE LA GESTION DU CHANGEMENT DANS LE DÉPLOIEMENT DES INNOVATIONS

La résistance à l'innovation n'est pas un phénomène nouveau dans le réseau de la santé et des services sociaux. Si l'ensemble des acteurs sont convaincus de la nécessité d'innover, il n'en reste pas moins qu'en pratique cette résistance est très présente et est liée à un certain nombre de facteurs qu'il faut régler pour pouvoir déployer une innovation.

Si la diffusion est un levier puissant du changement, elle ne peut être pleinement efficace sans une gestion adéquate de ce changement. Ce lien entre diffusion et gestion du changement doit être au cœur des démarches d'innovation dans la mesure où le processus d'adoption d'une nouvelle technologie ou d'une nouvelle pratique nécessite une révision des modes de fonctionnement existants.

L'intérêt croissant pour l'innovation en santé a donné lieu à un nombre important de publications sur le sujet au cours des dernières années. Cette explosion de l'intérêt universitaire peut aussi rendre l'analyse de cette littérature plus complexe. La notion de « destruction créatrice », issue des travaux de l'économiste Joseph Schumpeter (Schumpeter, J. A., et Stiglitz, J. E., 2010), évoque l'idée selon laquelle l'innovation, tout en proposant de nouvelles solutions, nécessite souvent que soit opérée une rupture avec la situation existante.

Cependant, dans le contexte actuel, cette rupture n'est pas nécessairement synonyme d'une destruction radicale, mais plutôt d'un processus de changement, d'adaptation et de reconfiguration. L'implantation d'une innovation implique de repenser les structures et les pratiques en place, ce qui sous-entend que la gestion du changement est indissociable du développement de l'innovation. Cette gestion du changement doit être anticipée et intégrée dès les premières étapes du projet d'innovation et demeurer présente tout au long de ce processus.

Un des principaux défis observés dans les démarches d'innovation récentes réside dans le fait que la gestion du changement est souvent traitée comme une réflexion secondaire, découplée du développement technologique ou de la conception de l'innovation elle-même. Pourtant, la réussite de l'innovation ne réside pas uniquement dans la fonctionnalité de la nouveauté, mais dans sa mise en œuvre et dans son intégration dans les pratiques existantes.

Lorsqu'il est question de « relais de l'utilité », ce passage implique non seulement de rendre l'innovation fonctionnelle, mais aussi de penser son implantation, ses usages et son appropriation par les utilisateurs.

Ainsi, innover aujourd'hui ne se limite pas à proposer une solution technique ou fonctionnelle. Pour cela, une gestion du changement proactive et simultanée à la conception de l'innovation apparaît comme une condition indispensable pour garantir son adoption durable et son succès à long terme.

Malheureusement, cette phase de reconfiguration, essentielle à l'adoption de l'innovation, demeure encore largement opaque dans les pratiques actuelles. Trop souvent, l'innovation est conçue et développée sans une véritable réflexion sur la manière dont elle sera mise en œuvre et sur les ajustements nécessaires pour qu'elle soit pleinement acceptée et utilisée.

L'un des grands défis actuels des démarches en matière d'innovation consiste à anticiper les enjeux de mise en œuvre, notamment en tenant compte de la dimension humaine et organisationnelle de ces transformations.



POUR EN SAVOIR + :

Schumpeter, J. A., & Stiglitz, J. E. (2010), *Capitalism, Socialism and Democracy*. Taylor & Francis
<http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=515353>

Pour une introduction :

Barlow, J. (2016), *Managing innovation in healthcare*. World scientific publishing company.

Balas, E. A., & Chapman, W. W. (2018), Road map for diffusion of innovation in health care. *Health Affairs*, 37(2), 198-204.

Manent, M., Cohendet, P., & Simon, L. (2024), Helping start-ups and public organisations to align: Co-producing the co-creation context in a public hospital. *Industry and Innovation*, 31(5), 606-637.

Meta-reviews :

Williams, I. (2011), Organizational readiness for innovation in health care: some lessons from the recent literature. *Health Services Management Research*, 24(4), 213-218.

Milella, F., Minelli, E. A., Strozzi, F., & Croce, D. (2021), Change and innovation in healthcare: findings from literature. *ClinicoEconomics and outcomes research*, 395-408.

Moussa, L., Garcia-Cardenas, V., & Benrimoj, S. I. (2019), Change facilitation strategies used in the implementation of innovations in healthcare practice: a systematic review. *Journal of Change Management*, 19(4), 283-301.

Approche par compétences et capacités :

Pillay, R., & Morris, M. H. (2016), Changing healthcare by changing the education of its leaders: an innovation competence model. *Journal of Health Administration Education*, 33(3), 393-410.

Harrison, R., Chauhan, A., Le-Dao, H., Minbashian, A., Walpola, R., Fischer, S., & Schwarz, G. (2022, July). Achieving change readiness for health service innovations. In *Nursing forum* (Vol. 57, No. 4, pp. 603-607).

Koomans, M., & Hilders, C. (2016), Design-driven leadership for value innovation in healthcare. *Design Management Journal*, 11(1), 43-57.

Isouard, G., Martins, J. M., & Friedman, L. H. (2015). Competency in innovation, creative and innovative thinking: challenges within the Health Management course curriculum. *Journal of Health Administration Education*, 32(3), 257-269.

Une thèse de référence :

Manent, M. et al. (2024), *L'entreprendre collectif en santé : exploration de pratiques organisées et organisantes de soutien à l'entrepreneuriat développées entre startups, intermédiaires et partenaires d'innovation. Trois essais. Thèse de doctorat. HEC Montréal*. Disponible sur : https://biblos.hec.ca/biblio/theses/manent_margaux_t2024.pdf.



pour visionner la conférence de d'ouverture de l'événement du 27 mars 2024 de

Laurent Simon

Professeur Titulaire HEC Montréal,
Codirecteur du Pôle Créativité et
Innovation MOSAIC, HEC Montréal

(cliquez sur l'icône vidéo)



Boîte à outils

cliquez sur l'outil pour y accéder

Cinq pourquoi

Diagnostic socio-économique



Réflexions, pistes d'action et outils en amont de la diffusion d'une innovation

LA MATURITÉ DES INNOVATIONS

• SUR LE PLAN TECHNOLOGIQUE

Il existe différents niveaux de maturité des innovations. Le concept de *Technology Readiness Level (TRL)* a été développé par la NASA dans les années 1970. Il a pour but d'évaluer le niveau de maturité technologique des systèmes destinés à être utilisés dans les missions spatiales. Le modèle TRL a été conçu pour mesurer la progression d'une technologie depuis la phase de recherche fondamentale jusqu'à sa mise en application dans des conditions réelles.

L'utilisation du TRL s'est progressivement élargie à d'autres secteurs d'activité, afin de **faciliter la gestion du développement technologique et de minimiser les risques associés à l'introduction de nouvelles technologies.**

Technology Readiness Level

	Niveau 1 : Observation et présentation des principes de base du concept
	Niveau 2 : Formulation du concept technologique et/ou application formulée
	Niveau 3 : Fonction critique analytique et expérimentale et/ou preuve de concept
	Niveau 4 : Composant et/ou validation en environnement de laboratoire
	Niveau 5 : Composant et/ou validation en environnement simulé
	Niveau 6 : Démonstration d'un modèle ou d'un prototype de système/ sous-système dans un environnement simulé
	Niveau 7 : Prototype prêt à être démontré dans un environnement opérationnel approprié
	Niveau 8 : Réalisation de la technologie réelle et qualification de celle-ci par des tests et des démonstrations
	Niveau 9 : Validation de la technologie réelle par un déploiement réussi dans un environnement opérationnel

Cette évaluation de maturité a pour objectif de vérifier que l'innovation possède le potentiel d'être diffusée, reproduite ou adaptée à de nouveaux contextes, tout en préservant son efficacité et en maximisant ainsi son impact. Les innovations développées en santé et services sociaux ont aussi intérêt à être évaluées au niveau de leur potentiel de mise à l'échelle avant toute démarche de diffusion. Des outils ont été développés pour soutenir ce type d'évaluation.

• SUR LE PLAN HUMAIN

Les recherches effectuées au Jet Propulsion Laboratory de la NASA ont démontré que la maturité technologique d'une innovation ne suffit pas. Pour qu'une innovation soit utilisable dans un contexte réel par des usagers, le Jet Propulsion Laboratory propose depuis quelques années de mettre de l'avant le concept de « niveau de maturité humaine » (Human Readiness Level (HRL)) qui met en question les logiques d'usage (Salazar et Russi-Vogoya, 2021).

Les logiques d'usage consistent à étudier les différentes étapes et interactions d'un utilisateur avec un produit ou un service, afin de mieux comprendre son expérience et ses besoins à chaque point de contact. Cette approche permet de cartographier l'ensemble du parcours utilisateur, de la prise de conscience du produit jusqu'à son utilisation quotidienne, en identifiant les points de friction, les possibilités d'amélioration et les moments clés qui ont une incidence sur la satisfaction et l'engagement.

L'objectif est d'optimiser l'expérience utilisateur en ajustant le produit ou le service en fonction des comportements observés et des commentaires recueillis, pour garantir une adoption et une fidélisation durables. Cette logique d'usage est ainsi une démarche précieuse pour concevoir des solutions plus centrées sur l'utilisateur et cadrant avec ses attentes réelles. À partir de cette compréhension, on peut ainsi accompagner l'intégration des pratiques dans le développement de l'innovation.

En s'interrogeant de manière systématique à chacune des étapes, il est ainsi possible de déterminer comment favoriser l'intégration d'une innovation ou encore de relever et de prévoir les résistances qui pourraient se manifester.



Boîte à outils

cliquez sur l'outil pour y accéder

ISSaQ 4.0

L'outil permet aux équipes d'innovation en santé et services sociaux d'évaluer le potentiel de mise à l'échelle de leurs innovations grâce à un questionnaire auto-administré. Il aide également à identifier les points faibles et à les corriger pour accroître les chances de succès de la mise à l'échelle.

Corôa RDC, Ben Charif A, Plourde KV, Gogovor A, Légaré F. Questionnaire auto-administré sur le potentiel de mise à l'échelle des innovations en santé et en services sociaux- ISSaQ 4.0. Québec: Unité de Soutien SSA Québec; 2023 Mar p. 1-28.



POUR EN SAVOIR + :

cliquez sur le titre pour y accéder
[TECHNOLOGY READINESS LEVEL AS THE FOUNDATION OF HUMAN READINESS LEVEL, NASA, 03 24 21](#)



POUR MIEUX COMPRENDRE LE DESIGN THINKING

Design thinking :
une approche innovante
Laurent Simon
(cliquez sur l'icône vidéo)

Réflexions, pistes d'action et outils en amont de la diffusion d'une innovation

LA PRÉPARATION DES USAGERS À LA DIFFUSION DES INNOVATIONS

Après la validation de la maturité technologique de l'innovation, il est essentiel de préparer la diffusion au niveau des utilisateurs. **Les utilisateurs d'une innovation ne sont pas uniquement ceux qui utilisent directement celle-ci.** En effet, son déploiement peut avoir une incidence plus large en contexte réel et notamment dans le domaine de la santé. Il est donc primordial de **s'interroger** à propos des utilisateurs : Va-t-on devoir les former et/ou les accompagner? Des gestionnaires sont-ils formés pour appuyer ce déploiement? A-t-on prévu du personnel pour la mise à jour et la maintenance? A-t-on réfléchi à l'interopérabilité avec les systèmes existants? Comment va-t-on l'intégrer dans l'expérience usager.ère.s ainsi que l'expérience employé.e.s (professionnel.e.s et soignant.e.s)?

Des approches bien établies depuis plusieurs années maintenant, comme le **design thinking** ou « réflexion conceptuelle » peuvent permettre de soutenir ces réflexions en se posant en amont la question de l'intégration dans les usages réels par le biais des cartes d'empathie et des **personas**.

LA PROPOSITION DE VALEUR

La proposition de valeur en innovation s'entend de l'ensemble des éléments qui font qu'une innovation répond de manière unique et différenciée aux besoins d'un marché ou d'une population cible. Elle définit le bénéfice perçu par les utilisateurs, en termes d'amélioration de leur situation ou de résolution d'un problème spécifique, tout en prenant en compte les coûts, efforts et risques liés à l'adoption de cette innovation. En résumé, c'est ce qui rend une innovation attractive, pertinente et compétitive par rapport aux solutions de rechange existantes, **s'assurant que sa valeur pour les utilisateurs dépasse largement les obstacles à son adoption.**

L'entrepreneuriat s'est efforcé de développer différents outils, le Business Model Canvas (BMC) ou « canevas de modèle d'affaires », pour soutenir cette réflexion et déterminer si la proposition de valeur tenait compte de chacune des parties prenantes.

LE DESIGN SPRINT

Le Design Sprint, est une méthode de gestion de l'innovation qui **permet de résoudre des problèmes complexes en un court laps de temps (environ 5 jours)**. Cette approche se fonde sur une collaboration intensive au sein d'une équipe multidisciplinaire pour concevoir, prototyper et tester une solution, tout en impliquant activement les utilisateurs finaux dès les premières étapes du processus. L'objectif principal de cette méthode est de réduire les risques liés au développement de nouveaux produits ou services en validant rapidement les idées avant de les mettre en œuvre à grande échelle.

LE MODÈLE ÉCONOMIQUE

La question du modèle économique des innovations est une autre piste de réflexion incontournable en amont d'une diffusion d'innovation.

Comment va-t-on intégrer le modèle économique ?

Comment cette innovation va-t-elle générer de la valeur ou quel est le cadre financier lui permettant de fonctionner ? De telles questions sont évidemment loin d'être neutres. Un modèle économique solide est incontournable dans la mise à l'échelle des innovations, car il assure la viabilité financière, la durabilité et l'adaptabilité nécessaire pour déployer efficacement l'innovation sur une plus grande échelle tout en maximisant son impact.



Boîte à outils

cliquez sur l'outil pour y accéder

**Canevas de
modèle d'affaire
(BMC).**



POUR EN SAVOIR + :

*Knapp, J., Zeratsky, J., & Kowitz, B. (2017).
Sprint : résoudre les problèmes et
trouver de nouvelles idées en cinq jours
(M.-F. Pavillet, Trans.). Eyrolles.*

Présentation de sept
innovations en cours
de déploiement et de mise
à l'échelle au sein du RSSS
du Québec et de deux
démarches habilitantes

Des innovations en cours de mise à l'échelle :

GUICHET D'ACCÈS À LA PREMIÈRE LIGNE

LE CENTRE DE COMMANDEMENT ET L'HÔPITAL À DOMICILE
DU CCOMTL

COGESTION MÉDICO-ADMINISTRATIVE

L'APPROCHE VISAGES - GESTION DES CAS COMPLEXES

ORGANISATION DU TRAVAIL 2.0 EN SANTÉ - FORCES

PLACE DU PATIENT PARTENAIRE DANS LE RSSS

ENTRAIDANT

Des démarches habilitantes :

BUREAU DE L'INNOVATION

INNOVATEUR.RICE EN RÉSIDENCE EN SANTÉ
AU QUÉBEC

Présentation d'innovations en cours de mise à l'échelle

Neuf porteurs d'innovations dans le RSSS ont été invités à présenter leur innovation et le déroulement de leur mise à l'échelle. Si certaines ont connu des succès, toutes ont dû faire face à des enjeux et des obstacles dans leur mise à l'échelle. Chaque porteur d'innovation a déployé des stratégies, plus ou moins concluantes, pour assurer cette mise à l'échelle. Le partage de ces expériences permet de tirer des leçons et de développer des savoirs expérientiels pour les projets futurs. Différents angles de partage de ces apprentissages ont été relevés, notamment en ce qui concerne les catégories d'innovation, leur typologie et le type de mise à l'échelle

	Catégories d'innovation	Typologie d'innovation	Type de mise à l'échelle	Phase de mise à l'échelle
<u>GUICHET D'ACCÈS À LA PREMIÈRE LIGNE</u>	Technologique et organisationnelle	Innovation incrémentale	Horizontale par expansion	Accroissement d'échelle et pérennisation
<u>LE CENTRE DE COMMANDEMENT ET L'HÔPITAL À DOMICILE DU CCOMTL</u>	Technologique et organisationnelle	Innovation de rupture	Verticale par expansion	Diffusion et accroissement d'échelle
<u>COGESTION MÉDICO-ADMINISTRATIVE</u>	Organisationnelle	Innovation incrémentale	Verticale par expansion	Diffusion
<u>L'APPROCHE VISAGES - GESTION DES CAS COMPLEXES</u>	Sociale et organisationnelle	Innovation de rupture	Horizontale en profondeur	Accroissement d'échelle (<i>Scale-Up</i>)
<u>ORGANISATION DU TRAVAIL 2.0</u>	Organisationnelle et économique	Innovation incrémentale	Horizontale par expansion	Accroissement d'échelle et pérennisation
<u>PLACE DU PATIENT PARTENAIRE DANS LE RSSS</u>	Sociale et organisationnelle	Innovation radicale	Verticale en profondeur	Diffusion
<u>ENTRAIDANT</u>	Sociale et technologique	Innovation de rupture	Horizontale par expansion	Accroissement d'échelle (<i>Scale-Up</i>)
<u>BUREAU D'INNOVATIONS</u>	Organisationnelle	Innovation radicale	Verticale par expansion	Accroissement d'échelle (<i>Scale-Up</i>)
<u>INNOVATEUR.RICE.S EN RÉSIDENCE</u>	Économique et organisationnelle	Innovation incrémentale	Spontanée par augmentation	Accroissement d'échelle (<i>Scale-Up</i>)

Guichet d'accès à la première ligne

CONTEXTE

Le nombre d'usagers orphelins, c'est-à-dire n'ayant pas de médecin de famille, a augmenté considérablement au cours des dernières années, situation qui a justifié la mise en place, par le MSSS, de solutions innovantes pour répondre à cet enjeu.

La mise en place en 2020 d'un guichet d'accès en première ligne (GAP) pour ces usagers visait à répondre de manière plus structurée et efficace à leurs besoins, en leur offrant un accès simplifié aux services de santé appropriés, y compris un rendez-vous médical si nécessaire. La gestion de la pertinence était donc au cœur de l'initiative, soit offrir le bon service, au bon endroit, au bon moment, et par le bon professionnel.

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

William Patry

Adjoint exécutif & coordonnateur stratégique | Accès et projets TI
Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

Marie-Josée Gagnon

Conseillère en organisation des services de première ligne, Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)

SYNTHÈSE DE L'IMPLANTATION DE L'INNOVATION

En 2020, la mise en place de ce guichet d'accès téléphonique destiné aux usagers orphelins visait à répondre de manière plus structurée et efficace aux besoins d'accès simplifié et dirigé vers les services de santé appropriés.

Après quelques années, plusieurs constats amènent la Direction de l'accès et de l'organisation intégrée des services de première ligne (DAOIS) du MSSS, porteur du projet, à repenser le modèle et à l'améliorer en collaboration avec plusieurs parties prenantes :

- L'expérience usager : longs délais d'attente en ligne, accès limité, plusieurs étapes répétitives, multiples aller-retour pour le citoyen...
- La grande variabilité dans le fonctionnement des 22 GAP régionaux, conséquence de leur déploiement rapide, a notamment entraîné la création de processus de travail et d'outils non harmonisés, de données de gestion limitées et peu fiables ainsi que l'absence de comparabilité entre les différents GAP.

Une innovation s'impose donc pour répondre à ces enjeux : l'intégration d'un GAP numérique.

Pour ce faire, le projet a reçu un soutien significatif du MSSS ainsi que d'autres partenaires régionaux, notamment en matière de financement, de développement technologique (ex: Vitri.ai), de gestion du changement (ex: Pôle santé, HEC Montréal) et de gouvernance. Le processus a impliqué de la formation continue, l'accompagnement des utilisateurs et l'adaptation des outils en fonction des besoins régionaux.

Cette numérisation a reposé sur un projet pilote du GAP en Montérégie Centre, mené de juin à août 2023, en trois phases :

1. mise en place d'un formulaire Web,
2. intégration du Portail professionnel, et
3. ajout de l'attente virtuelle Web.

EN AMONT DE LA MISE À L'ÉCHELLE DE CETTE NUMÉRISATION POUR L'ENSEMBLE DES GAP :

Les équipes ont défini et revu :

- la structure de gouvernance, la charte de responsabilité (RACI), la matrice de risques et la structure du plan d'accompagnement,
- la planification de projets qui valorise l'importance des parties prenantes et une gestion proactive pour anticiper et gérer les résistances.



Démarrage:
Phase 1 : 2020
Phase 2 : **Juin 2023**



Lieu d'implantation initiale :
CISSS Montérégie Centre



L'innovation en bref :
L'évolution d'une innovation en deux temps



Ressources disponibles :
Soutien MSSS, équipe dédiée, partenaire informatique, soutien équipe en gestion du changement



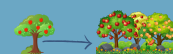
Phase de mise à l'échelle abordée :
Accroissement d'échelle



Catégories d'innovation :
Technologique et organisationnelle



Typologie d'innovation :
Innovation incrémentale



Type de mise à l'échelle:
Horizontale par expansion



FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS DE L'IMPLANTATION DU PROJET-PILOTE ET SA MISE À L'ÉCHELLE :

- Le recours à des super-utilisateurs locaux.
- Une expérimentation et une appropriation dans un environnement d'essai.
- Un déploiement « pas à pas ». Des capsules vidéo.
- Un soutien en continu par les pilotes (MSSS).
- Des rétroactions en continu.
- Des ajustements au produit.
- Une demande de disponibilité du fournisseur et des « mêlées » régulières.
- Une volonté et un engagement politiques.
- Un déploiement par cohorte avec implication des gestionnaires en mobilisant une formation théorique avec des volets pratiques, en créant des canaux de communication et en utilisant des documents évolutifs.
- Un partage et un apprentissage par les pairs.
- Un coaching en gestion du changement (Pôle santé, HEC Montréal).
- Un échéancier serré, un acteur facilitant la libération exclusive de l'équipe de pilotage en soutien à la mise à l'échelle.

ÉLÉMENTS CONTRAIGNANTS ET FREINS À CETTE MISE À L'ÉCHELLE :



- Une démobilisation et une baisse de performance chez certaines équipes face à la difficulté de percevoir les avantages des outils numériques proposés.
- Une progression lente de la courbe d'apprentissage du personnel avec, dans certains cas, des difficultés d'adaptation au télétravail.
- Des échéanciers serrés et des ressources limitées ont ajouté une pression sur le déploiement.
- Une résistance plus marquée au changement dans certains GAP, compliquant l'adhésion au processus.



STRATÉGIES DÉPLOYÉES POUR CONTOURNER LES ENJEUX :

- L'accompagnement des gestionnaires dans la gestion du changement.
- Une mobilisation des équipes de façon plus exclusive, avec un ajustement du plan de déploiement et un soutien intensifié.
- Une surveillance continue des indicateurs qui a permis d'intervenir rapidement auprès des GAP en difficulté.
- Un accompagnement renforcé des gestionnaires pour faciliter l'appropriation des outils de gestion. Une rectification des mauvaises pratiques.
- Le développement de tableaux de bord pour mesurer, suivre et améliorer la productivité individuelle.
- La diffusion d'un guide de gestion détaillé pour améliorer la fluidité dans l'appropriation du changement.
- Le choix des porteurs de projet de la DAOIS reconnus pour leur leadership et leur accessibilité a joué un rôle majeur dans le succès de cette mise à l'échelle.
- La mise en place d'une équipe intersectorielle de pilotage et de coordination pour la réalisation du déploiement.
- La contribution d'une autre direction à savoir la Direction informatique du MSSS, et une collaboration étroite avec les fournisseurs de solutions techniques.
- La création d'une nouvelle direction d'accès au MSSS qui devrait d'ailleurs permettre d'assurer la poursuite de l'amélioration continue et la liaison avec la direction initiatrice du déploiement pour assurer la continuité et la pérennisation de cette mise à l'échelle.



APPRENTISSAGES CLÉS

- L'importance du soutien du ministère et l'importance d'investir dans des ressources : financement d'équipes pour déployer, le développement de solutions technologique, et de gouvernance.
- Le processus a impliqué une formation continue, l'accompagnement des utilisateurs et l'adaptation des outils en fonction des besoins régionaux.
- Être agile et sensible aux enjeux des parties prenantes.
- Instaurer des processus qui soutiennent les innovations et les technologies nécessaires au projet.

Le centre de commandement et l'hôpital à domicile du CCOMTL

CONTEXTE

Pour faire face aux défis de fluidité, d'engorgement de l'urgence, de capacité litière dans différents services, de prise en charge des niveaux de soins alternatifs (NSA) dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, le CCOMTL a été amené à déployer un centre de commandement. Ce centre s'inscrit dans une culture organisationnelle visant à dispenser le BON soin, au BON endroit, au BON moment, par la BONNE personne. Cette innovation est plus qu'un simple projet informatique, c'est une transformation organisationnelle qui va engendrer un changement de culture vers une plus grande agilité et par une mise en œuvre progressive. Ayant rapidement démontré sa valeur ajoutée, cette innovation fera l'objet d'une directive ministérielle pour son déploiement à l'échelle provinciale.

Pour aller plus loin dans la vision de l'organisation : «VOS SOINS PARTOUT» – «CARE EVERYWHERE»; le CCOMTL va développer le concept d'hôpital à domicile, qui profitera des outils technologiques développés dans le Centre de commandement, renommé C4, et renforcera les actions mises en place pour penser les soins en dehors des murs de l'hôpital.

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

Erin Cook

Directrice de la Qualité, Transformation, Évaluation, Valeur, Éthique et Soins Virtuels, CCOMTL

SYNTHÈSE DE L'IMPLANTATION DE L'INNOVATION

Les défis liés à la fluidité hospitalière ont fait l'objet de nombreuses initiatives au CCOMTL.

S'employant depuis plusieurs années à organiser plusieurs trajectoires de soins selon le modèle des « unités de pratiques intégrées » (UPI) de Porter (Porter, Michael E. et Thomas H. Lee, 2021), la culture organisationnelle du CCOMTL repose sur certains principes tels que la collaboration et le travail d'équipe, une approche centrée sur le patient, une culture d'expérimentation et d'innovation, une communication fluide et transparente et l'engagement de tous dans une approche orientée vers le leadership partagé.

Pour autant, la fluidité demeure un enjeu de tous les instants pour le CCOMTL. Si de nombreuses initiatives ont été mises en place pour répondre à cet enjeu au fil des ans, aucune n'est apparue suffisamment satisfaisante pour y apporter une solution pérenne.

La mise en place d'un centre de commandement au moment de la pandémie de COVID-19 de 2020 avait pour objectif de répondre rapidement à cet enjeu, qui s'annonçait encore plus massif compte tenu de l'annonce de flux de patients atteints de la COVID-19. La pandémie a donc agi comme catalyseur pour déployer cette innovation majeure dont l'équipe de direction du CCOMTL murissait l'idée depuis plusieurs années.

Le déploiement de ce centre à l'échelle du CIUSSS a permis de centraliser la gestion des urgences et des ressources, améliorant ainsi la coordination et la réactivité face aux défis de fluidité du système de santé. Ce centre de commandement, baptisé « C4 », a rapidement facilité une meilleure allocation des ressources, optimisé la prise en charge des usagers, et permis de répondre plus efficacement aux problématiques telles que l'engorgement des urgences, la gestion des lits en CHSLD, et la pénurie de main-d'œuvre, contribuant ainsi à une amélioration globale de la qualité des services.

Ce succès et la plus-value apportée grâce à cette innovation ont encouragé le CCOMTL à poursuivre cette dynamique en développant le concept d'hôpital à domicile. Ces deux innovations mettent de l'avant l'optimisation de la performance du système grâce aux données et à l'imputabilité.

L'objectif de ces innovations est de favoriser une approche axée sur l'expérience usager et la vision «VOS SOINS PARTOUT» – «CARE EVERYWHERE». Dans cette optique, l'évolution de la culture organisationnelle, notamment autour de l'utilisation des données par le biais de tableaux de bord pour mieux suivre l'occupation des lits dans les unités de soins et aux urgences, a permis d'améliorer la fluidité. La valeur ajoutée de cet accès à l'information et aux données, permettant une prise de décision éclairée, l'anticipation des besoins et une compréhension collective de la responsabilité partagée dans la prise en charge des patients, a suscité une adhésion importante des équipes et renforcé l'engagement des acteurs autour de la culture collaborative. L'un des gains importants a tenu à l'atténuation des dynamiques de compétition entre les directions au profit d'un effort collectif en vue de l'amélioration de la qualité des soins.

Le développement relatif à ces deux innovations illustre parfaitement l'appellation des quatre «C» de l'acronyme «C4» (Collaboration, Communication, Continuum de soin et Création).



Démarrage:
2020



Lieu d'implantation initiale :
**CIUSSS Centre Ouest
de l'île de Montréal**



L'innovation en bref :
**Utiliser la donnée
comme mode de
normalisation et
de mise à l'échelle
inter établissement**



Ressources disponibles :
**Priorité
organisationnelle,
subvention de la
fondation HGJ**



Phase de mise à
l'échelle abordée :
**Accroissement
d'échelle**



Catégories d'innovation :
**Technologique et
organisationnelle**



Typologie d'innovation :
**Innovation
de rupture**



Type de mise à l'échelle:
**Verticale
par expansion**



Le centre de commandement et l'hôpital à domicile du CCOMTL

MISE À L'ÉCHELLE



FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS DE L'IMPLANTATION DU PROJET-PILOTE ET SA MISE À L'ÉCHELLE :

- Le changement de culture – soutenu par le cadre TEAMS of TEAMS – pour favoriser l'intégration des équipes de même que la décentralisation et l'autonomie dans la prise de décisions opérationnelles.
- L'adaptation des solutions aux besoins : l'enjeu que représentent les délais pour accéder aux données au départ, l'adaptation de la solution pour assurer un accès en temps réel aux données.
- La compréhension des raisons du changement des innovations mises en place. En effet, ce qui va être perçu comme ayant de la valeur diffère d'une partie prenante à l'autre, et la « justification logique de cette innovation » n'est pas forcément perçue par toutes ces parties, comme dans le cas des patients qui ont besoin d'être soignés et des défis sur le plan de l'accès.
- Un leadership fort et une vision claire soutenus par des décisions basées sur des données.
- Une collaboration étroite avec des parties prenantes clés dès le début : direction générale, direction de la qualité, gestion de projet, médecins, responsables cliniques.
- L'élargissement des partenariats (ministère, universités, chercheurs).
- La culture organisationnelle de l'innovation et le contexte de la pandémie comme facteurs habilitants, particulièrement pour le projet pilote H@D.
- L'agilité organisationnelle qui permet de répondre rapidement aux défis du terrain.



ÉLÉMENTS CONTRAIGNANTS ET FREINS À CETTE MISE À L'ÉCHELLE :

- La résistance au changement et la peur de l'inconnu. L'adhésion des usagers.
- La mise en œuvre du changement avec des parties prenantes qui ne sont pas des employés.
- La mobilisation d'acteurs non physiquement présents.
- Les défis techniques : temporalité de l'accès aux données, silos de données, enjeux d'intégration.
- Les silos culturels et organisationnels.
- Le financement.
- Le caractère serré de l'échéancier et le contexte de la pandémie de COVID-19.
- Des priorités concurrentes en matière de réglementation et de conformité avec les enjeux de cybersécurité.



STRATÉGIES DÉPLOYÉES POUR CONTOURNER LES ENJEUX :

- Phase préparatoire avec création d'une cartographie pour avoir une vue d'ensemble de la situation.
- Ressources spéciales : chargé de projet, temps de gestionnaires, direction TI.
- Engagement de toutes les directions pour initier le projet C4.
- Mobilisation des équipes et des usagers. Collaboration avec des experts pour élaborer des solutions interopérables et promouvoir une culture unifiée.
- Modification de l'organisation du travail pour soutenir le développement de la culture de collaboration.
- Déploiement appuyé par une gestion de projet.
- Importance du rôle de la Direction Qualité, Transformation, Évaluation, Valeur, Éthique et Soins Virtuels (DQTEVE et SV) comme porteur de projet.
- Proximité des porteurs d'innovation à toutes les phases de déploiement.
- Réactivité aux enjeux identifiés.
- Développement de tableaux de bord pour mesurer, suivre et améliorer la productivité.
- Calcul du rendement pour démontrer la valeur du projet et convaincre les parties prenantes.
- Documentation rigoureuse et collaboration avec les décideurs pour assurer la conformité.
- Développer une culture de la donnée et renforcer la culture de collaboration.



APPRENTISSAGES CLÉS

- Utilisation de données probantes pour démontrer la valeur de l'innovation et la plus-value du changement induit.
- Faire preuve d'agilité et demeurer éveillé aux enjeux des parties prenantes.
- Lever les obstacles culturels et organisationnels à la mise en œuvre de la transformation.

LE CONTENU DE CETTE FICHE PRÉSENTE LA SYNTHÈSE DES ÉCHANGES DE L'ATELIER

Cogestion médico-administrative

CONTEXTE

Depuis plusieurs années, le secteur de la santé et des services sociaux au Québec fait face au défi qui consiste à délaisser une gestion scindée sur une base fonctionnelle au profit d'une approche intégrée et centrée sur l'utilisateur. Ce changement est motivé par une volonté claire de ne plus travailler en silo, en mettant l'accent sur les résultats pour les usagers. L'innovation en cogestion s'inscrit dans cette logique. Elle repose sur la complémentarité des expertises des gestionnaires et des médecins générant ainsi une interdépendance bénéfique tout en favorisant la collaboration entre ces deux catégories de professionnels. Cette approche a pu démontrer la valeur qu'elle crée pour l'ensemble des parties prenantes : médecins, gestionnaires, établissements de santé, et surtout usagers. Plusieurs établissements à l'échelle de la province ont mis en place ce modèle de gestion en dyade à des échelles différentes. Pour autant, il demeure un sujet d'intérêt pour beaucoup d'établissements qui sollicitent des interventions pour les aider à mettre en place cette approche interdisciplinaire.

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

Ariane-Hélène Fortin

Coordonnatrice et chargée de projet, Pôle santé HEC Montréal

Alain Rondeau

Directeur associé, Pôle santé HEC Montréal et Professeur honoraire, HEC Montréal

Maryse Hébert

PDGA, CISSS de la Montérégie-Est

André Simard

DSP, CISSS de la Montérégie-Est

Simon Legault

Adjoint au DSP, CISSS des Laurentides

SYNTHÈSE DE L'IMPLANTATION DE L'INNOVATION

Les premiers modèles de cogestion au Québec ont près de deux décennies. Ils apparaissent à la fin des années 90 à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. À cette époque, les services hospitaliers sont organisés en 10 programmes (clientèles et diagnostics). Chacun de ces programmes est dirigé par un chef médical et un chef clinico-administratif qui gèrent les ressources humaines, matérielles et financières. Ces duos sont formés et accompagnés et se partagent des rôles et responsabilités très similaires à ce qu'on peut constater aujourd'hui. La principale différence réside dans le fait qu'à cette période les établissements fonctionnent de façon autonome et ne sont pas intégrés au sein de réseaux complexes.

En 2012, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) met en place des projets pilotes pour expérimenter différentes pistes de partenariat médico-administratifs, avec au centre le modèle de la cogestion (Denis et al., 2012).

Si la pertinence de ce modèle est perçue par les établissements et les équipes qui le déploient, au point que le MSSS préconise une gouvernance en cogestion en 2022 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022), il n'en reste pas moins qu'il ne s'installe pas sans un effort concerté et est aujourd'hui déployé à géométrie variable dans la province.

Les enjeux associés à cette transformation sont nombreux. L'un des principaux défis consiste à élaborer des trajectoires de soins centrées sur l'utilisateur, en intégrant une logique de cogestion dans toutes les décisions stratégiques, tactiques et opérationnelles. La vision sous-jacente va au-delà de la simple réorganisation structurelle : il s'agit de créer des mandats qui apportent une valeur ajoutée. Pour appuyer son déploiement, cette démarche bénéficie de 20 ans de données empiriques qui peuvent mettre en lumière les avantages de la cogestion en milieu hospitalier.

Le processus d'implantation est articulé autour des différents rôles des gestionnaires, des directeurs généraux adjoints (DGA) et des directeurs de services professionnels (DSP), dont l'implication dans la réussite du déploiement est centrale pour les établissements. Plusieurs actions doivent être menées pour que cette pratique puisse se pérenniser au sein des organisations et représentent des prérequis pour que le déploiement puisse être couronné de succès. Qu'il suffise de mentionner la création de tableaux de bord qui permettront de suivre les progrès réalisés, l'élaboration d'un répertoire unique de documentation, ainsi que la mise en place de formations et de mentorats pour les cogestionnaires.



Démarrage :
années 90 :
apparition des
premiers modèles
au Québec
2015
(modèle CISSS/CIUSSS)



Lieu d'implantation
initiale :
**Ensemble des
CISSS et CIUSSS**



L'innovation en bref :
**Cas d'innovation
déployée dans
divers
établissements
et milieux pour
mieux rallier les
acteurs cliniques
et de gestion**



Phase de mise à
l'échelle abordée :
Diffusion



Catégories d'innovation :
Organisationnelle



Typologie d'innovation :
**Innovation
incrémentale**



Type de mise
à l'échelle :
**Verticale
par expansion**



Cogestion médico-administrative



FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS DE L'IMPLANTATION DU PROJET-PILOTE ET SA MISE À L'ÉCHELLE :

- Un leadership clair et un soutien constant sont primordiaux pour la mise en place d'une cogestion réussie.
- Le développement et le soutien des cogestionnaires en leur fournissant les ressources ou encore la formation nécessaire pour qu'ils puissent assumer leur rôle efficacement (ressources internes : p. ex., programme de mentorat dans certains établissements; accompagnement externe, p. ex. avec le Pôle santé HEC Montréal).
- Un engagement et un soutien forts de la direction sont nécessaires pour définir des objectifs clairs et assurer la cohérence des actions des cogestionnaires.
- L'établissement de mandats clairs est un prérequis au succès de la démarche.
- La flexibilité s'impose pour que le modèle de cogestion soit un succès. Il doit être adapté au niveau de développement de chaque établissement, en tenant compte de son histoire, de sa culture et de ses ressources.



ÉLÉMENTS CONTRAIGNANTS ET FREINS À CETTE MISE À L'ÉCHELLE :

- Les égos de certains acteurs locaux.
- La culture organisationnelle de l'établissement.
- Le manque de soutien de la direction.
- Le manque de leadership ministériel.
- Le manque de clarté dans la définition des rôles. L'absence de définition des responsabilités et mandats des cogestionnaires.
- L'absence d'outils pour soutenir ce modèle de gestion.
- Le manque de développement de compétences pour accompagner les cogestionnaires.
- L'adéquation entre le déploiement flexible pour tenir compte des spécificités locales et les exigences du modèle de cogestion.
- Les ressources accessibles : le temps consacré par les cogestionnaires et le financement.



STRATÉGIES DÉPLOYÉES POUR CONTOURNER LES ENJEUX :

- La définition de la répartition des responsabilités, les processus de décision et les outils de communication permettent de garantir une gestion fluide et d'éviter des enjeux de fonctionnement.
- L'élaboration de politiques pour définir les règles de fonctionnement de la cogestion.
- La mise en place de comités de coordination clinique et des instances nécessaires pour soutenir la démarche.
- La mise en place du financement du temps consacré par les cogestionnaires médicaux.
- La définition d'un modèle de gouvernance de la cogestion : au niveau stratégique, tactique et opérationnel, implication des PDGA, DGA et DSP. Une organisation par programme, par clientèle et une structure départementale harmonisée.
- Un processus de nomination des chefs de département qui s'accompagne du statut de cogestionnaire médical.
- La signature de contrats de services professionnels qui définissent les rôles, responsabilités et mandats, La révision des tables de coordination locales (tables de cogestion locales).
- Le soutien par différents niveaux de formation : pour les cadres supérieurs, les chefs de département clinique, les chefs de service, les médecins, les chefs de département et des services cliniques.
- L'utilisations d'outils harmonisés et l'accès aux tableaux de bord CISSS et MSSS.
- Le soutien dès l'entrée en fonction avec des rencontres d'accueil pour les chefs de département et de service et un accompagnement personnalisé des nouveaux chefs de département et de service.



APPRENTISSAGES CLÉS

- Mandat clair et partagé au sein de l'équipe.
- Utiliser la culture comme levier de diffusion.
- Implanter des changements de comportements adaptés pour favoriser la cogestion des rôles et des responsabilités.
- Déployer une gestion de proximité pour assurer la montée en compétence et l'appropriation du modèle.

LE CONTENU DE CETTE FICHE PRÉSENTE LA SYNTHÈSE DES ÉCHANGES DE L'ATELIER

L'approche VISAGES

CONTEXTE

La problématique des personnes qui utilisent fréquemment les services de santé est un enjeu complexe qui a une incidence sur les personnes concernées et le système de santé, tant au niveau de l'accès aux soins que de la gestion des ressources. Plusieurs de ces personnes utilisent fréquemment les ressources du système de santé et de services sociaux, dont les services d'urgence, parce qu'elles présentent des besoins de santé complexes. Ces besoins complexes se caractérisent par une combinaison de maladies chroniques physiques, de problèmes de santé mentale et/ou d'une précarité socio-économique.

Malgré leur utilisation fréquente des services de santé, et les coûts importants en découlant, ces personnes aux besoins complexes ont quand même souvent des expériences de soins négatives, de moins bons indicateurs de santé et un taux de mortalité élevé. Répondre aux besoins de santé de ces personnes s'avère complexe dans un système souvent organisé en silos, avec des offres de services assorties de critères d'admission spécifiques, un manque d'accès aux informations disponibles via diverses plateformes technologiques, ainsi qu'un déficit de l'offre de services pour répondre efficacement à la pluralité de leurs besoins et à l'unicité de leur condition. L'approche VISAGES vise à offrir un accès adapté et intégré aux personnes ayant des besoins complexes en matière de santé ayant fréquemment recours aux services d'urgence, en coordonnant les services de santé de manière plus efficace grâce au déploiement de gestionnaires de cas spécialisés.

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

Catherine Hudon

Chercheuse principale de VISAGE, professeure, Université de Sherbrooke

Maud-Christine Chouinard

Chercheuse principale de VISAGE, Université de Montréal

Catherine Maisonneuve

Chargée de projet, équipe VISAGES

SYNTHÈSE DE L'IMPLANTATION DE L'INNOVATION

L'enjeu de la fluidité et de l'accès aux ressources du système de santé n'est pas nouveau, non plus que la présence de personnes ayant fréquemment recours aux services de santé et que l'incidence de cette situation.

Différentes initiatives issues d'une volonté d'offrir des services mieux adaptés à cette clientèle et d'atténuer la pression sur les services d'urgence ont été engagées au fil des ans. La pérennisation de ces programmes a néanmoins été mise en péril par différents facteurs.

Des données révèlent que 10 % de la population génère 80 % des dépenses de santé et que 5 % des patients de l'urgence comptent pour 35 % des visites. L'équipe à l'origine de l'approche VISAGES propose une démarche novatrice pour venir en réponse à cet enjeu. Elle a notamment élaboré une approche ayant pour but d'améliorer la trajectoire de soins des personnes âgées de 18 ans ou plus ayant des besoins complexes et ayant fréquemment recours aux services de santé. Pour y parvenir, des gestionnaires de cas sont intégrés en établissement, soit dans les Centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS). L'intégration de professionnels pratiquant l'intervention-pivot en clinique de première ligne, notamment dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les groupes de médecine de famille (GMF), est également prévue. Une formation et des outils cliniques standardisés ont été développés pour permettre à ces professionnels d'appliquer l'approche auprès des personnes ayant des besoins de santé complexes.

Lancée en 2012 et ayant démontré des résultats probants au CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean, cette approche profite depuis quelques années du soutien du MSSS pour qu'une mise à l'échelle soit opérée sur l'ensemble de la province. Pour mettre à l'échelle cette approche, un calendrier initial de déploiement est mis en place en concertation avec le MSSS. Il est prévu que cette diffusion se fasse par un système de cohortes en deux temps : d'abord en intégrant des gestionnaires de cas en établissement et, environ six mois plus tard, des professionnels pratiquant l'intervention-pivot dans les cliniques de première ligne. Des rencontres régulières avec l'équipe de recherche et la diffusion d'outils développés pour assurer l'appropriation du modèle, dans un souhait d'harmonisation des techniques de repérage des patients et du rôle des gestionnaires de cas assureront un soutien important des différentes équipes implantant l'approche. Pour que cette mise à l'échelle d'envergure puisse être couronnée de succès, un travail en collaboration étroite avec le MSSS est instauré, notamment pour qu'un outil de repérage standardisé et accessible en amont du déploiement de l'approche VISAGES soit implanté dans les établissements.

Par ailleurs, consciente des changements engendrés par l'introduction de cette approche et de ces nouvelles ressources, l'équipe de recherche et le MSSS ont sollicité l'appui de l'équipe du Pôle santé HEC Montréal pour les soutenir tout au long de cette mise à l'échelle. La première cohorte est constituée au début de l'hiver 2024 et les premiers établissements et gestionnaires de cas sont intégrés et formés au cours de l'automne 2024.



Démarrage:
2012



Lieu d'implantation initiale :
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal



L'innovation en bref :
Un projet à maturité : surmonter les enjeux pour passer à un déploiement d'envergure



Phase de mise à l'échelle abordée :
Diffusion



Catégories d'innovation :
Sociale et Organisationnelle



Typologie d'innovation :
Innovation de rupture



Type de mise à l'échelle :
Horizontale par expansion





FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS DE L'IMPLANTATION DU PROJET-PILOTE ET SA MISE À L'ÉCHELLE :

- L'intérêt de plusieurs établissements à déployer l'approche.
- Un engagement ministériel.
- Des données probantes grâce à une innovation documentée pendant 12 ans.
- Une approche de recherche accompagnée de la création d'une trousse d'outils pour soutenir la diffusion de l'approche.
- Une coordinatrice vouée au soutien clinique des gestionnaires de cas.
- Une gestion du changement soutenue par une équipe de recherche.
- Un outil de repérage créé pour faciliter une harmonisation dans le repérage des personnes ayant fréquemment recours aux services d'urgence.



ÉLÉMENTS CONTRAIGNANTS ET FREINS À CETTE MISE À L'ÉCHELLE :

- La multitude des projets dans le réseau de la santé : une certaine saturation face au changement.
- La résistance au changement.
- Un déploiement en deux temps : intervenants-pivots en première ligne (GMF) non disponibles dans un premier temps.
- L'accès aux ressources : la pérennisation du financement.
- La culture organisationnelle : l'enjeu du cloisonnement, le manque de collaboration entre les directions.
- L'accès à l'information : données médicales des différents établissements parfois difficilement accessibles ou en format papier.
- L'adhésion nécessaire envers l'approche des personnes ayant des besoins de santé complexes.
- L'enjeu de l'adéquation des services offerts et de la possibilité, pour les usagers, de s'en prévaloir.
- L'enjeu du besoin de personnalisation des services offerts dans des environnements souvent organisés autour d'offres de services assorties de critères d'admission spécifiques.
- Des besoins qui vont au-delà de la santé : implication des travailleurs de rue, des services policiers, des responsables de l'application de la loi. La nécessité de tenir compte de spécificités locales importantes pour adapter les prises en charge tout en assurant une standardisation des repérages pour harmoniser les pratiques et les services : la nécessité de faire preuve de flexibilité dans le déploiement.



STRATÉGIES DÉPLOYÉES POUR CONTOURNER LES ENJEUX :

- *Élaboration d'une planification rigoureuse des ressources nécessaires, tant humaines (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux) que matérielles (technologies, infrastructures de santé).*
- *Une structure de gouvernance bien définie essentielle pour encadrer le projet.*
- *Une implication du MSSS tout au long de la diffusion.*
- *L'installation et la formation à la plateforme de repérage SAIRC avant le déploiement de l'approche VISAGES.*
- *Une collaboration avec des experts en gestion du changement tout au long de la mise à l'échelle.*
- L'implication d'une patiente partenaire pour démontrer la pertinence de l'approche.
- Une trousse d'outils accessible dès les phases de présentation de l'approche aux équipes terrain.
- La création d'une communauté de pratique pour favoriser le partage d'expériences et accompagner la montée en compétence des gestionnaires de cas.
- Des rencontres régulières avec les établissements pour suivre l'avancement du déploiement et adapter le soutien au besoin.
- La disponibilité des équipes de recherche (VISAGES et Pôle santé HEC Montréal) pour adapter le soutien aux spécificités locales.



APPRENTISSAGES CLÉS

- Impliquer les décideurs, les experts et les parties prenantes à tous les niveaux et à toutes les étapes de la diffusion.
- Développer une innovation et la diffuser en s'appuyant sur une réponse à un besoin terrain.
- Accompagner un déploiement harmonisé en tenant compte des spécificités locales pour assurer le succès de l'approche.
- Développer des suivis de la performance de la démarche pour renforcer et maintenir les niveaux d'adhésion.

Organisation du Travail 2.0 en santé – FORCES

CONTEXTE

Devant l'alourdissement des clientèles hébergées dans les CHSLD du territoire du CISSS de Chaudière-Appalaches apparaît la nécessité de réorganiser le travail et de faire différemment.

En effet, la répartition des tâches entre les différents titres d'emplois et l'accès à un nombre suffisant de ressources font partie des questions auxquelles de nombreux établissements sont confrontés. De ce constat émerge un projet pilote au CISSS de Chaudière-Appalaches en 2017. Baptisé « Le PAB pour l'usager par la logistique », il sera initié par la directrice de la logistique en réponse au besoin de maintenir et d'améliorer des services de qualité auprès de cette population vulnérable.

C'est en 2019 qu'une autre innovation prend forme du côté du CHU de Québec : une approche sur une unité de soins de courte durée, intitulée « Améliorer l'accès aux soins par la logistique hospitalière », qui vise à permettre au personnel soignant de se concentrer sur les soins aux patients en confiant la prise en charge des tâches logistiques au personnel logistique. Les deux directrices impliquées décident d'unir les résultats probants de leurs travaux respectifs, et c'est en 2021 que le ratio logistique voit le jour.

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

Carole Bordes

Directrice de la logistique, CISSS de Chaudière-Appalaches

Marie-Hélène Boulanger

Directrice de la logistique, CHU de Québec

SYNTHÈSE DE L'IMPLANTATION DE L'INNOVATION

Une étude américaine s'est intéressée à la réalisation de tâches non cliniques par le personnel soignant (Owens et Minor, 2009, cité dans l'atelier animé par Carole Bordes et Marie-Hélène Boulanger, 2024). Elle démontre que, sur un échantillon de 100 infirmières, plus de 60 d'entre elles consacrent entre 5 % et 20 % de leur temps à des tâches logistiques. De telles tâches, exécutées par le personnel clinique, ont un impact sur la mobilisation des acteurs, l'attractivité de la main-d'œuvre et la qualité des soins offerts.

Parallèlement, des indicateurs ont révélé des données alarmantes (taux de chute, absentéisme, etc.), impliquant un coût important pour les organisations. C'est à l'échelle de l'unité de soins de longue durée du CISSS-CA et de l'unité de courte durée du CHU de Québec que se développent, dans un premier temps, ces innovations, lesquelles vont rapidement démontrer qu'une modification de l'organisation et des pratiques dans les directions logistiques constitue un levier à mobiliser pour améliorer la situation.

Déployés dans des établissements différents, ces deux projets présentent des distinctions : des équipes, des unités et une organisation du travail distinctes, ainsi que des réalités et des résultats variés. Toutefois, l'enjeu de la qualité et des ressources disponibles pour les usagers est au cœur de cette innovation développée dans les deux régions.

Est engagée, dans le cadre du programme FORCES d'Excellence de Santé Canada, une démarche de réorganisation des tâches visant à augmenter considérablement le temps directement voué aux usagers. Les retombées positives émergent rapidement. L'implantation de cette nouvelle organisation du travail, innovante et efficiente, mobilise rapidement les employés au bénéfice des usagers. Elle connaît un vif succès auprès des professionnels, des résidents/patients et de leurs familles. La cible fixée est rapidement atteinte.

Ces deux approches se multiplient au sein de différents services dans les deux organisations et les résultats sont significatifs, favorisant ainsi ce phénomène de contagion. Les deux projets se rapprochent pour partager leurs expériences, leurs facteurs de réussite, et créer des synergies pour contourner les enjeux rencontrés et poursuivre cette diffusion.

L'approche ne passe pas inaperçue auprès d'autres établissements confrontés aux mêmes enjeux de ressources et de qualité des prises en charge. Les données et les bienfaits observés sont si convaincants que plusieurs établissements viennent découvrir ce modèle d'organisation afin de le déployer au sein de leur propre structure et encouragent de nombreuses organisations à adopter de tels modèles organisationnels.



Démarrage:
**2017 (CISSS CA) et
2019 (CHU Québec)**



Lieu d'implantation initiale :
**CISSS Chaudière-
Appalaches
puis CHU Québec**



L'innovation en bref :
**L'innovation de
rupture dans
les modèles
d'organisation
en déploiement
provincial pour
penser l'organisation
du travail 2.0
en santé**



Phase de mise à
l'échelle abordée :
**Accroissement
d'échelle et
pérennisation**



Catégories d'innovation :
**Organisationnelle
et économique**



Typologie d'innovation :
**Innovation
de rupture**



Type de mise à l'échelle:
**Horizontale
par expansion**





FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS DE L'IMPLANTATION DU PROJET-PILOTE ET SA MISE À L'ÉCHELLE :

- Un leadership engagé et un soutien constant pour faire du projet une priorité organisationnelle.
- Une implication des acteurs : intégration des professionnels de la santé et des patients dans le processus d'optimisation.
- Un partenariat entre les établissements pour disposer de données encore plus probantes.
- Un appui des syndicats et une collaboration institutionnelle (clinico-logistique).
- Un leadership engagé et un soutien constant pour faire du projet une priorité organisationnelle.
- Une implication des acteurs : intégration des professionnels de la santé et des patients dans le processus d'optimisation.
- Un partenariat entre les établissements pour disposer de données encore plus probantes.
- Un appui des syndicats et une collaboration institutionnelle (clinico-logistique).



ÉLÉMENTS CONTRAIGNANTS ET FREINS À CETTE MISE À L'ÉCHELLE :

- Le manque de données probantes.
- Le manque d'outils pour accompagner les équipes qui vivent le changement.
- Le défi sur le plan de la communication pour appuyer le changement organisationnel et culturel.
- La saturation face aux changements en raison du nombre de projets en cours de déploiement.
- La méfiance et le scepticisme de certaines parties prenantes par rapport aux résultats attendus.
- Les changements de ressources humaines dans certains postes clés.



STRATÉGIES DÉPLOYÉES POUR CONTOURNER LES ENJEUX :

- Favoriser l'émergence de solutions innovantes en restant proche des besoins réels des équipes sur le terrain, et assurer une circulation fluide de l'information pour maintenir l'adhésion.
- Changement de culture.
- Soutien du projet FORCES par des comités de direction.
- Projet considéré comme une priorité organisationnelle.
- Accompagnement soutenu auprès des unités de soins par l'équipe du projet et les partenaires.
- Mise à contribution du système de gestion.
- Implication des parties prenantes et des patients dans le processus d'optimisation.
- Faire en sorte que le projet puisse répondre à un besoin réel au sein de l'organisation et maintenir des liens de proximité pour s'assurer de l'adéquation entre le besoin et la solution proposée.
- Création d'une synergie qui améliore les résultats et développe une dynamique collaborative qui renforce les relations de confiance interprofessionnelles et interdisciplinaires.
- Volonté organisationnelle de se doter d'une logistique de soins exemplaire.
- Résultats positifs rapides qui vont être communiqués pour favoriser l'adhésion des patients, des soignants et de l'ensemble de l'organisation.



APPRENTISSAGES CLÉS

- FORCES a démontré la pertinence et l'efficacité des données probantes de même que l'importance de disposer, au sein de l'organisation, d'une culture de la mesure.
- L'appui des décideurs, la collaboration interservices et une gestion de proximité efficace ont permis de développer la confiance et d'apporter des améliorations à de multiples niveaux sur le plan des opérations (soignants, résidents, qualité, satisfaction, etc.).
- Le déploiement d'un projet pilote dans deux environnements distincts renforce la validité des résultats observés.

Place du patient partenaire dans le RSSS

CONTEXTE

L'approche du partenariat patient a émergé en 2010 au Québec. Celui-ci consiste en un partenariat entre un patient atteint de plusieurs maladies chroniques et un médecin. Véritable innovation sociale, le partenariat patient reconnaît les patients et les citoyens comme des acteurs à part entière dans leurs propres soins ainsi que la complémentarité des savoirs professionnels (expertise de la maladie) et des savoirs patients (expertise de la vie avec la maladie).

Le partenariat patient s'est développé dans un contexte marqué par une importante évolution des besoins populationnels en matière de santé. En effet, la chronicisation des maladies, l'augmentation de l'accès de la population à l'information et aux connaissances médicales, la mutualisation des expériences entre patients et le développement technologique ont permis, entre autres, d'augmenter l'autonomisation de la population dans leurs soins ainsi que leur niveau de littératie en santé. Malgré cela, ce changement de paradigme s'est buté à une certaine rigidité de l'écosystème de la santé, révélant la nécessité de développer un écosystème de santé plus réactif et inclusif.

Un des objectifs du partenariat patient est de soutenir l'agentivité des patients et des citoyens dans leurs soins et dans leur santé en accompagnant cette transformation culturelle du système de santé dans les milieux de soins, de recherche, d'éducation, d'organisation de soins et services et de gouvernance.

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

Catherine Wilhelmy

Coordonnatrice du partenariat patient, co-directrice scientifique, Unité de soutien SSA Québec

Caroline Wong.

Directrice exécutive, CEPPP

Myriam Fournier-Tombs

Directrice exécutive, CEPPP

SYNTHÈSE DE L'IMPLANTATION DE L'INNOVATION

PHASE D'IMPLANTATION

Le processus d'implantation initial du partenariat patient a reposé sur le déploiement matriciel du partenariat dans des domaines clés de la santé comme les soins, la recherche, la gouvernance, la formation ou encore la diffusion des connaissances et, autant que possible, aux niveaux micro (individus et équipes), méso (organisations) et macro (gouvernance). L'intégration des patients et des citoyens en tant que véritables partenaires et acteurs dans leur parcours de soins et de santé a suscité plusieurs résistances notamment en raison de la domination d'un modèle de système de santé axé sur l'offre de soins. Le changement majeur a tenu au passage d'un rôle historiquement passif de récipiendaire de soins à un rôle actif dans la co-construction de ses soins. Cette transformation a été soutenue par plusieurs leaders en partenariat qui ont poursuivi l'objectif de faire reconnaître et de soutenir l'intégration des patients partenaires dans la transformation du système de santé à tous les niveaux. Parmi les résultats notables de cette initiative, on peut citer l'inclusion des autosoins dans le plan santé, la participation à des commissions parlementaires et des mémoires (PL3, PL15, PL25, PL19, etc.), ainsi que la transition vers Santé Québec, où les patients partenaires ont joué un rôle clé dans les chantiers de transition.

MISE À L'ÉCHELLE

Pour garantir la mise à l'échelle du partenariat, plusieurs moments clés peuvent être notés : la création de chaires de recherche appelées à faire progresser la science en matière de partenariat, l'introduction de patients partenaires dans des comités stratégiques, la mise en place de critères pour les budgets de recherche et la création de bureaux de partenariat patient dans presque tous les établissements de santé du Québec.

Parmi les éléments clés sur lesquels s'appuie cette mise à l'échelle figurent la structuration du partenariat, l'adaptation aux contextes spécifiques, la création d'espaces de co-construction, l'accompagnement des équipes sur le terrain et l'amélioration continue. La communication continue avec les acteurs impliqués est essentielle pour sensibiliser et soutenir les initiatives. La philosophie sous-jacente à cette initiative repose sur une bienveillance collective, incarnant le principe du « donner au suivant ». Elle prône la démystification de la santé à l'échelle individuelle tout en plaidant pour la démocratisation des soins au niveau collectif. Ce modèle s'articule également autour d'un leadership partagé, caractérisé par le partage du pouvoir et la valorisation de la contribution des usagers.

Subsistent des défis pour en garantir la pérennisation, notamment en raison d'un manque chronique de financement et de l'absence de statut des entités en charge du partenariat et des patients partenaires. Cette innovation donnera malgré tout lieu à d'autres initiatives, comme l'intégration de pairs accompagnateurs dans la trajectoire du cancer du sein, en amputation de la main, ainsi qu'en pair-aidance en santé mentale.



Démarrage :
2010



Lieu d'implantation initiale :
Ensemble des CISSS et CIUSSS



L'innovation en bref :
Une innovation mise à l'échelle avec succès : un défi de légitimation et de contamination



Phase de mise à l'échelle abordée :
Diffusion



Catégories d'innovation :
Sociale et Organisationnelle



Typologie d'innovation :
Innovation radicale



Type de mise à l'échelle :
Verticale par expansion





FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS DE L'IMPLANTATION DU PROJET-PILOTE ET SA MISE À L'ÉCHELLE :

- Le déploiement simultané du partenariat aux niveaux micro (individus et équipes), méso (organisations) et macro (gouvernance) dans les quatre domaines majeurs de la santé (soins, recherche, éducation et organisation de soins et services).
- L'adaptation du concept de partenariat aux divers contextes, niveaux et domaines de la santé. L'accompagnement structuré des équipes sur le terrain (p. ex. implantation de la structure minimale du partenariat).
- Un cycle d'amélioration continue (pratique-science-pratique).
- Le développement continu des capacités.
- Un opportunisme stratégique dans le déploiement du partenariat.
- La création d'espaces réflexifs de co-construction : priorisation des relations humaines et de la réflexivité collective.
- Une communication constante et suivie avec les acteurs (sensibilisation, éducation, soutien, etc.), importance des relations humaines.



ÉLÉMENTS CONTRAIGNANTS ET FREINS À CETTE MISE À L'ÉCHELLE :

- Enjeu de reconnaissance de la valeur du partenariat (au plan financier et au niveau de l'impact social).
- Obstacles structurels pouvant créer un déséquilibre de pouvoir entre les patients partenaires et le milieu institutionnel (p. ex., absence de statut des patients partenaires, peu de politiques en place pour soutenir le partenariat, etc.).
- Résistance au changement de culture organisationnelle.
- Risque d'instrumentalisation qui ralentit l'évolution du partenariat et réduit les bénéfices collectifs.
- Enjeux sur le plan des ressources : humaines (p. ex., recrutement); financières et budgétaires (p. ex., financement non pérenne et majoritairement non-récurrent, enjeux de budget et rémunération des patients partenaires, etc.).
- Incohérences et défaut d'harmonisation des procédures (p. ex., pratiques cloisonnées).
- Défis de recrutement des patients partenaires.
- Défi de leadership institutionnel pour soutenir et endosser le partenariat (p. ex., porte-parole institutionnels).



STRATÉGIES DÉPLOYÉES POUR CONTOURNER LES ENJEUX :

- Incarnation du leadership partagé ou leadership collectif caractérisé par le partage du pouvoir (*shared power*) pour soutenir le développement de leaders du partenariat à travers le système de santé.
- Soutien du leadership des patients partenaires (Ex. accroître leur influence au niveau gouvernance).
- Création de sens et d'un sentiment d'appartenance mutuel (au niveau interpersonnel et à l'échelle d'un mouvement).
- Création d'espaces réflexifs de co-construction pour prioriser les relations humaines et la réflexivité collective.
- Argumentaire mobilisateur permettant de convaincre une grande diversité de parties prenantes (p. ex., le partenariat répond aux besoins et défis sociétaux en apportant des solutions organisationnelles).
- Vigie du maintien des principes du partenariat pour préserver les fondements du mouvement.
- Soutien de la compréhension partagée des acteurs par le dialogue et la formation.
- Préparation de la relève par le développement de compétences.



APPRENTISSAGES CLÉS

- La co-construction et le partenariat en tant que moteurs d'innovation et d'amélioration dans le système de santé sont essentiels pour le futur de l'organisation des soins ;
- Les patients partenaires, en tant qu'acteurs à part entière du processus, apportent des perspectives précieuses qui enrichissent les décisions et améliorent la qualité des soins.

CONTEXTE

Étant acquis que le nombre de personnes âgées au Québec ne cesse d'augmenter, il importe d'élaborer des solutions innovantes. Le maintien à domicile des aînés est souvent présenté comme une telle solution. Ce maintien nécessite que le Québec dispose d'un bassin de proches aidants disponibles et en santé pour remplir leur rôle. D'autant plus que plusieurs proches aidants sont eux-mêmes des aînés qui nécessitent du soutien. Répît-Aidant, la plateforme numérique développée par Entraidant, a justement vu le jour pour réduire le stress et l'épuisement des proches aidants via une plateforme numérique permettant en quelques clics de jumeler un réseau d'accompagnateurs aux besoins de la personne aidée permettant ainsi aux proches aidants de bénéficier d'un moment de répit. Il convient de noter que 56 % des proches aidants occupent un emploi et vivent une détresse au quotidien du fait de la lourdeur de leur rôle. Ainsi, le fait d'offrir des répits atypiques, rapides et sécuritaires en atténuant les barrières existantes en arrimant les demandes des proches aidants et les disponibilités des accompagnateurs par le truchement d'une plateforme en ligne semble être une innovation constructive.

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

Denis Chênevert

Directeur du Pôle santé, administrateur, Entraidant

Marie-Claude Tremblay

Vice-présidente, Entraidant

SYNTHÈSE DE L'IMPLANTATION DE L'INNOVATION

IMPLANTATION

Grâce à un soutien financier au niveau des opérations (l'Appui) et de la recherche (UQR) ainsi qu'au soutien d'organismes communautaires, Répît-Aidant voit le jour en 2021. Débutant ses services dans le Bas-St-Laurent, l'organisme à but non lucratif a fait sa place et plus de 200 jumelages ont été conclus en 18 mois d'activité. L'équipe qui a fondé Entraidant s'est vue décerner le Prix Octas 2023 et le prix ADRIQ Innovation sociale de l'année 2023 pour son application Répît-Aidant.

MISE À L'ÉCHELLE

Fort de son succès initial, le conseil d'administration (CA) d'Entraidant lance la mise à l'échelle de son innovation en ciblant la MRC de Rimouski. Son approche est basée sur une progression systématique d'une MRC à l'autre à partir de données probantes (heures de répit offertes, ratio de demandes de répits comblées, etc.). « Analyser avant de diffuser » devient le mantra de l'équipe. La mise à l'échelle s'appuie sur un excellent réseau de contacts en plus d'un CA aux compétences diversifiées. Composé d'acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, de chercheurs et de consultants en ressources humaines, le CA détient une pluralité de savoir-faire lui permettant d'aller chercher le soutien de plusieurs acteurs dans la région. Il convient également de noter que le fait que des membres du CA occupent des postes clés au sein du CISSS semble être un facteur déterminant du succès de la mise à l'échelle. D'ailleurs, cibler le Bas-St-Laurent pour le projet pilote et la mise à l'échelle n'est pas un hasard, étant acquis que cette région est reconnue pour sa culture d'innovation et la force de sa communauté. En ce qui concerne spécifiquement Entraidant, son implantation et sa mise à l'échelle ont pu se réaliser grâce à l'existence du chèque emploi-service. Ce mécanisme permet de soutenir les personnes âgées vivant dans leur domicile en facilitant le processus d'obtention de soutien tout en leur offrant une forme d'agentivité quant à la source du soutien.

Cela dit, la mise à l'échelle ne fut ni linéaire ni simple. Trouver de nouvelles sources de financement s'est tout d'abord avéré être un problème majeur. Toute mise à l'échelle entraîne forcément une hausse des coûts de fonctionnement. Par ailleurs, malgré la richesse de ses compétences, le CA a dû faire face à des défis importants au premier rang desquels figure la disparité géographique. Comme tous les membres ne résident pas au Bas-St-Laurent, cela a créé des enjeux au niveau de la stabilité de l'horaire des rencontres en plus de heurter l'engagement des parties prenantes. Lors de la mise à l'échelle vers une deuxième MRC, le CA n'a eu d'autre choix que de procéder à l'embauche d'une personne occupant le rôle de directeur général. En soi, ce recrutement fut un autre défi, au vu du profil particulier nécessaire à la supervision des opérations dans un OBNI technologique à des fins de services sociaux. Un dernier point à noter est la rareté des ressources humaines disponibles dans les CISSS. La mise à l'échelle aurait pu être plus rapide, mais le manque de ressources formelles vouées à l'implantation de la plateforme auprès des proches aidants a suscité un faible niveau d'adhésion et engendré des délais d'inscription importants. Cette réalité a nécessité l'embauche d'une autre ressource afin de combler l'absence de ressources du CISSS, ce qui a créé une pression financière supplémentaire et un besoin accru de financement.



Démarrage :
2021



Lieu d'implantation
initiale :
**Région du
Bas-St-Laurent**



L'innovation
en bref :
**Pérénisation :
d'une innovation
technologique
en milieu
communautaire
pour soutenir les
aidants naturels**



Phase de mise à
l'échelle abordée :
**Accroissement
d'échelle**



Catégories
d'innovation :
**Technologique
et sociale**



Typologie
d'innovation :
**Innovation
de rupture**



Type de mise
à l'échelle:
**Horizontale
par expansion**





FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS DE L'IMPLANTATION DU PROJET-PILOTE ET SA MISE À L'ÉCHELLE :

- Un conseil d'administration aux compétences diversifiées.
- Le soutien d'organismes communautaires.
- Une analyse basée sur des données probantes qui permet de suivre la progression et d'anticiper les enjeux.
- L'adaptation aux défis de ressources humaines (embauche de personnel supplémentaire, manque de ressources dans les CISSS) permet de répondre aux besoins des proches aidants malgré les défis logistiques et financiers.
- La culture d'innovation et la force de la communauté de la région du Bas-Saint-Laurent ont facilité l'adoption de l'outil.
- Le développement de partenariats stratégiques : la présence de membres du CA dans des postes clés au CISSS a facilité l'implantation et l'expansion en assurant un lien direct avec les structures de santé locales et régionales.
- Un excellent réseau de contacts.
- Un soutien financier au niveau des opérations et de la recherche.
- Un mécanisme de soutien préexistant (chèque emploi-service) permettant aux bénéficiaires de mieux accéder aux services et de choisir leurs sources de soutien, renforçant ainsi leur autonomie.
- Une direction générale active s'impose pour garantir la stabilité et la gestion des opérations, notamment face à la diversité géographique du CA et à la complexité de l'organisation.

ÉLÉMENTS CONTRAIGNANTS ET FREINS À CETTE MISE À L'ÉCHELLE :



- La résistance au changement des établissements de santé et services sociaux.
- La disparité géographique des membres du conseil d'administration.
- L'absence de nouvelles sources de financement pour la maintenance et l'amélioration de la plateforme.
- La pression financière accrue.
- La surcharge de rôle du personnel du CISSS BSL.
- Le recrutement d'un directeur général.
- Le manque de ressources humaines dans les CISSS.
- Le faible engagement des parties prenantes.
- Les spécificités régionales.
- Le recrutement de ressources chevronnées pour l'implantation.
- La difficulté d'accès aux listes de proches aidants.



STRATÉGIES DÉPLOYÉES POUR CONTOURNER LES ENJEUX :

- Solliciter une contribution financière auprès des CI(U)SSS.
- Axer les efforts dans les centres où Internet est bien implanté.
- Mieux définir les rôles et les responsabilités de chacun.
- Déployer les ressources sur place (p. ex., faire les appels).
- Mieux expliquer les avantages de la plateforme pour le personnel des établissements.
- Identifier un leader disponible au sein de l'équipe.
- Assurer un meilleur encadrement de la reddition de comptes du personnel embauché.
- Embaucher un leader sur place.
- Rencontrer les organismes communautaires très en amont.



APPRENTISSAGES CLÉS

- La proximité physique favorise la proximité psychologique.
- Ne pas craindre de diversifier les expertises des instances décisionnelles.
- Obtenir et traiter des données probantes avant et pendant la mise à l'échelle.
- Déterminer quand et à qui déléguer.

Les bureaux de l'innovation

CONTEXTE

Le déploiement de bureaux de l'innovation dans le réseau de la santé québécois s'inscrit dans le cadre d'une initiative qui vise à améliorer l'efficacité, l'accessibilité et la qualité des services de santé en adoptant des solutions novatrices. Ce projet est soutenu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, dans le cadre de sa Stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023).

Des bureaux de l'innovation ont été créés dans certains établissements afin de favoriser l'innovation dans les pratiques cliniques et organisationnelles et de mettre en œuvre de nouvelles solutions pour répondre aux défis spécifiques du réseau de la santé (p. ex., gestion des ressources humaines, efficacité des services, fluidité hospitalière). Le CHU Sainte-Justine a ainsi créé son Bureau de l'innovation (BI) en 2022. Cette innovation organisationnelle crée une structure de transformation qui agit à titre de moteur interne pour appuyer les innovations, à chacune des phases de leur développement, et en maximiser la valeur.

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

Anne Marie Alarco

Directrice adjointe de l'innovation, CHU Ste-Justine

SYNTHÈSE DU DÉPLOIEMENT DU BUREAU DE L'INNOVATION DU CHU SAINTE-JUSTINE

Le CHU Sainte-Justine a pour mission d'améliorer la santé des enfants, des adolescents et des mères du Québec, en collaboration avec les partenaires du système de santé et de ceux des milieux de l'enseignement et de la recherche. Fort de sa tradition d'innovation, le CHU Sainte-Justine entend être un leader de premier plan et s'engage à transformer la vie des générations à venir. Le CHU Sainte-Justine a identifié quatre valeurs fondamentales : la quête de l'excellence, la bienveillance, le partenariat de même que l'engagement individuel et collectif.

L'hôpital souhaite agir de manière transversale pour avoir une influence positive sur les modes de vie. Pour ce faire, il met l'accent sur l'innovation et l'excellence académique et clinique afin de répondre aux besoins essentiels de la population prise en charge.

Le CHU Sainte-Justine s'emploie à instaurer une collaboration cohérente entre les experts et la population afin d'innover de manière pertinente et pragmatique pour apporter des innovations dans le système de santé.

L'innovation fait partie intégrante de la culture du CHU Sainte-Justine et son succès repose notamment sur une équipe aux compétences variées apte à jouer un rôle de médiateur avec les parties prenantes et à gérer efficacement les projets. Le financement ainsi que des infrastructures vouées à l'innovation, à sa diffusion et à la mesure de ses retombées, jouent un rôle crucial dans cette dynamique et cette culture.

Le Bureau de l'innovation est ancré à la fois dans l'hôpital et dans le Centre de recherche Azrieli, ce qui lui permet de créer une interface directe entre la recherche et la pratique clinique, de sorte que les innovations développées répondent à un réel besoin du milieu de soins et puissent être validées dans des conditions réelles.

Le Bureau de l'innovation du CHU Sainte-Justine est devenu un point de contact privilégié entre les équipes internes et les partenaires industriels, communautaires et universitaires, contribuant ainsi à renforcer une culture d'innovation durable. Le terme « innovation » a été ajouté au titre des directions pertinentes, mettant en valeur le rôle d'intermédiaire et de créateur de synergies du Bureau de l'innovation. Enfin, l'implication soutenue des familles et de la communauté, véritables ambassadeurs du CHU Sainte-Justine, accélère l'adoption des projets innovants et contribue à leur rayonnement, positionnant l'hôpital comme un acteur incontournable de l'innovation en santé.

L'hôpital s'est investi dans la création du Bureau de l'innovation et continue à soutenir son développement et de promouvoir une forte culture d'innovation au sein de l'établissement.

Le rôle du Bureau de l'innovation ne se limite pas à assurer l'intermédiation entre les acteurs de l'innovation. En effet, il définit et structure les parcours d'accompagnement des projets. Outre la recherche du financement lié à l'innovation, il soutient le déploiement des innovations à toutes les étapes, qu'il s'agisse de la gestion, de la sensibilisation ou de l'éducation.

L'ambition du Bureau de l'innovation est de trouver des modèles innovants qui permettront de pérenniser ses activités.



Démarrage:
2022



Lieu d'implantation initiale :
CHU Sainte Justine



L'innovation en bref :
Approche structurelle pour accompagner et pérenniser les innovations et maximiser la création de valeur



Phase de mise à l'échelle abordée :
Accroissement d'échelle (Scale-Up) des capacités et de consolidation du BI



Catégories d'innovation :
Organisationnelle



Typologie d'innovation :
Innovation radicale – transformative pour les innovations soutenues



Type de mise à l'échelle :
Verticale par expansion



Les bureaux de l'innovation



FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS DE CETTE DÉMARCHE HABILITANTE

- Une culture organisationnelle ouverte à l'innovation.
- Un appui de la haute direction.
- Des ressources humaines spécialisées.
- Le leadership exercé par le Bureau de l'innovation qui contribue à pérenniser la culture d'innovation au sein de l'établissement.
- Le rôle du Bureau de l'innovation comme point de contact entre les équipes du CHU Sainte-Justine, les partenaires industriels, communautaires et universitaires.
- Le rayonnement des pratiques en matière d'évaluation des technologies, ainsi que de toutes les innovations qui voient le jour au CHU Sainte-Justine.

ÉLÉMENTS CONTRAIGNANTS ET FREINS À CE RENFORCEMENT ET À CETTE PÉRENNISATION DU BUREAU DE L'INNOVATION



- L'absence de financement direct des bureaux par le MSSS.
- Du fait qu'il est nouveau, le Bureau de l'innovation a dû démontrer son utilité pour asseoir sa légitimité.
- Le rôle même du Bureau de l'innovation : il doit présenter la démarche à emprunter pour innover et non pas l'innovation en tant que telle.
- L'absence de patients partenaires dans la gouvernance du Bureau de l'innovation.
- Le cloisonnement de certains services.
- Les difficultés de détermination des besoins, d'approvisionnement des innovations, d'arrimage avec les directions de soutien, de pérennisation et d'exploitation des innovations.
- L'adéquation des besoins avec les solutions déployées.
- La difficulté à cerner le profil de compétences de l'équipe de déploiement.
- Formaliser le développement et la reconnaissance des compétences en innovation.
- Faire émerger et soutenir les solutions issues du terrain.
- Développer et maintenir une culture d'innovation. Mutualiser et partager l'expertise : affaires juridiques, gestion contractuelle, mesure de la valeur et évaluation.
- Coordonner les veilles informationnelles, les besoins communs, les transferts et le partage.
- Normaliser les outils pour analyser, mesurer la valeur et qualifier les innovations.
- La nécessité d'intégrer des intervenants multiples pour déployer l'innovation.
- La taille réduite de l'équipe du Bureau de l'innovation.



STRATÉGIES ENVISAGÉES POUR CONTOURNER LES ENJEUX

- Une harmonisation matricielle entre le Bureau de l'innovation et les autres services afin de rompre le cloisonnement et d'asseoir sa légitimité.
- L'ajout du mot « innovation » dans le titre des directions pertinentes : le rôle d'intermédiaire du Bureau de l'innovation permet de ne pas alourdir le système mais plutôt de créer des synergies.
- Assurer un arrimage entre les chercheurs et le Bureau de l'innovation interne pour assurer la mesure des innovations et faire le pont entre la théorie et la pratique.
- Définir le champ d'intervention du Bureau de l'innovation pour l'ensemble du CHU Sainte-Justine.
- S'appuyer sur l'implication soutenue des familles et de la communauté pour accélérer l'adoption de projets innovants.
- Maintenir l'innovation au cœur de la culture organisationnelle : placer l'utilisateur au cœur du cycle de création de valeur par l'innovation, et inclure l'innovation au centre des trois piliers et des quatre leviers institutionnels, développer une capacité d'innovation à toutes les étapes de la vie de l'enfant et de la mère.
- Développer une plateforme de courtage inter-établissements pour favoriser l'échange d'expertise et créer un registre des innovations disponibles.



APPRENTISSAGES CLÉS

- La proximité est un élément primordial de l'innovation.
- Il y a un effort d'harmonisation et de priorisation des innovations pour le Bureau de l'innovation.
- Un rôle important pour le Bureau de l'innovation tient au travail d'intermédiation qui consiste à connaître, à mobiliser et à faciliter les échanges entre tous les acteurs pertinents au projet d'innovation.

LE CONTENU DE CETTE FICHE PRÉSENTE LA SYNTHÈSE DES ÉCHANGES DE L'ATELIER



Innovateur.rice en résidence en santé au Québec

CONTEXTE

Les innovations en santé sont nombreuses dans la province québécoise. Cependant, le secteur de la santé connaît une transformation majeure, portée par des formes d'innovations variées. Les innovations technologiques de pointe, souvent menées par des startups, doivent composer avec de nombreuses contraintes contradictoires pour réussir à passer des phases d'expérimentation à la pérennisation des solutions développées (Lehoux et al., 2017). Les nouvelles technologies représentent un facteur de coût important dans le secteur de la santé, et les politiques de santé peinent encore à intégrer les dynamiques entourant le déploiement de telles solutions. De plus, les hôpitaux québécois sont souvent mal équipés pour soutenir étroitement les collaborations avec les startups (par exemple : lieux de co-crédation, coûts élevés pour les études cliniques), ce qui crée de nombreux obstacles à l'accélération de l'implantation des technologies en santé.

PRÉSENTATION DE L'ATELIER :

Annie Passalacqua

Professionnelle de recherche, chargée de projet – MOSAIC – Pôle créativité et innovation, HEC Montréal

Margaux Manent

Ph.D. en Administration – MOSAIC – Pôle créativité et innovation, HEC Montréal

SYNTHÈSE DE L'IMPLANTATION DE L'INNOVATION

Le programme Innovateur.rice en résidence a été conçu pour répondre à cet enjeu en créant un partenariat entre l'innovateur.rice et le milieu de soins, en soutenant l'innovation par la recherche, et en accélérant les étapes de précommercialisation des technologies en santé. Ce programme offre un accès à un environnement réel de soins pour valider le besoin des usagers potentiels cibles, tester l'innovation et explorer le milieu preneur (freins et occasions d'affaires).

Innovateur.rice en résidence est un parcours de formation et d'accompagnement en innovation et en entrepreneuriat. Il permet une expérimentation en milieu réel, documentée, tout en offrant la possibilité de suivre et de participer à une équipe projet en milieu hospitalier. Le déploiement de l'innovation est facilité par une équipe multidisciplinaire et interorganisationnelle composée d'un.e clinicien.ne, d'un.e entrepreneur.e, d'un.e chercheur.e en gestion, d'un.e conseiller.e cadre à l'innovation du milieu hôte et d'intermédiaires en innovation. Cette équipe mène un projet d'expérimentation d'une innovation technologique dans un environnement de soins réels, ouvert et accessible, selon une séquence accélérée (réduction minimale de six mois).

La démarche débute par une phase d'arrimage, au cours de laquelle les acteurs explicitent leurs objectifs et font cadrer leurs intérêts. Selon le projet, des patients sont intégrés dès la seconde phase, lors de l'élaboration du protocole. Les tests cliniques sont réalisés de manière accompagnée pour surmonter les obstacles qui se présentent, et des rétroactions sont organisées avec la communauté d'utilisateurs. Tout au long du processus, des données sur les nouvelles fonctionnalités sont recueillies et des analyses approfondies sont réalisées pour produire des données probantes, soutenant ainsi la réflexion autour de la pérennisation de l'innovation dans le milieu de soins.

Une documentation rigoureuse de l'expérience de l'équipe projet en milieu réel de soins, ainsi que la tenue d'ateliers, permettent de démontrer la valeur de l'innovation et de soutenir l'appropriation d'une culture de l'innovation au sein des équipes. Cela permet également de réduire la perception du risque lié à l'innovation, qui peut créer des résistances.

Ce programme bénéficie du soutien d'acteurs et d'institutions du Québec issus de divers secteurs : l'Institut TransMedTech, le Fonds de recherche du Québec, le CHUM, le CHU Sainte-Justine, HEC Montréal et son pôle Mosaic, la base entrepreneuriale HEC Montréal, Concordia et son incubateur District 3, ainsi que le CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et son incubateur de santé connectée OROT.



Démarrage:
2019



Lieu d'implantation initiale :
CHU Sainte Justine



L'innovation en bref :
Paier l'innovateur avec un milieu preneur en santé et le soutenir par la recherche



Phase de mise à l'échelle abordée :
Accroissement d'échelle



Catégories d'innovation :
Économique et Organisationnelle



Typologie d'innovation :
Innovation incrémentale



Type de mise à l'échelle:
Spontanée par augmentation





Innovateur.rice en résidence en santé au Québec



FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS DE L'IMPLANTATION DU PROJET-PILOTE ET SA MISE À L'ÉCHELLE :

- Créer un parcours de formation et d'accompagnement en innovation qui permet une expérimentation en milieu réel.
- Documenter, suivre et prendre part à une équipe projet en milieu hospitalier.
- Jouer un rôle d'intermédiaire dans le déploiement de l'innovation assuré par une équipe multidisciplinaire et interorganisationnelle soutenue par la direction générale du milieu hôte.
- Programme soutenu par des acteurs et des institutions du Québec de différents environnements.
- Un processus adaptatif et des étapes claires pour assurer la démarche de manière accélérée et l'atteinte d'objectifs réalistes.
- Possibilité pour de jeunes entreprises d'expérimenter leur innovation et d'explorer le milieu preneur pour identifier les freins et les occasions d'affaires.



ÉLÉMENTS CONTRAIGNANTS ET FREINS À CETTE DÉMARCHE :

- Nombreuses contraintes contradictoires pour les jeunes entreprises (p. ex., besoin d'investissements et ressources limitées; besoin de flexibilité pour innover et respect de contraintes réglementaires). Les hôpitaux et les jeunes entreprises prennent le risque de créer/valider conjointement l'innovation : tenus de suivre une politique d'approvisionnement à bas prix (LCOP), les hôpitaux privilégient l'acquisition des solutions les moins chères.
- Malgré tout un travail d'appropriation de la solution par la communauté d'utilisateurs cible, il n'est donc aucunement garanti que l'hôpital acquiert cette solution auprès de la jeune entreprise partenaire.
- Enjeu du développement d'une innovation (investissement) et, en définitive, du manque de financement ou d'occasions d'affaires.
- Impossibilité pour les hôpitaux d'incuber/héberger des organisations privées dans les locaux.
- La culture organisationnelle et la résistance au changement.
- L'arrimage entre les différentes parties prenantes (p. ex., usagers, innovateurs, experts).
- Les barrières institutionnelles, techniques, réglementaires (p. ex., cybersécurité).
- Les risques perçus de l'innovation dans le milieu preneur peuvent avoir une incidence sur l'ouverture à l'expérimentation.



STRATÉGIES ENVISAGÉES POUR CONTOURNER LES ENJEUX :

- Avoir le soutien de la direction générale dans l'implantation du programme
- Débuter par une phase d'arrimage au cours de laquelle les acteurs vont expliciter les objectifs et aligner les intérêts,
- Documenter rigoureusement pour obtenir des données probantes, favoriser l'adhésion et la démonstration de valeur, anticiper les enjeux, et appuyer la réflexion sur la pérennisation de l'innovation au sein du milieu,
- Adapter de manière évolutive les objectifs et les livrables en fonction de l'expérimentation avec le terrain (ex: une problématique de recrutement des patients peut émerger)
- Prévoir la tenue d'ateliers permettant de démontrer la valeur et soutenir l'appropriation d'une culture d'innovation au sein des équipes ou encore de diminuer la perception de risque à innover,
- Mettre en place des mécanismes d'implication de la communauté d'utilisateurs tout au long de la démarche.



APPRENTISSAGES CLÉS

- Le jumelage entre la recherche, le milieu preneur en santé et l'innovateur permet:
 - d'accélérer les étapes de précommercialisation et d'évaluation de l'innovation
 - d'identifier les freins et les occasions d'affaires,
 - de documenter rigoureusement l'expérience pour obtenir des données probantes,
 - de favoriser l'adhésion et la démonstration de valeur,
 - d'anticiper les enjeux, et
 - d'appuyer la réflexion sur la pérennisation de l'innovation au sein du milieu.

LE CONTENU DE CETTE FICHE PRÉSENTE LA SYNTHÈSE DES ÉCHANGES DE L'ATELIER

Quels apprentissages peut-on dégager de ces cas d'innovations en cours de mise à l'échelle au sein du RSSS du Québec ?

LES APPRENTISSAGES GÉNÉRAUX À CES NEUFS INNOVATIONS DANS LE CYCLE DES 3S

DES ÉLÉMENTS SIGNIFICATIFS SELON LA CATÉGORIE D'INNOVATION?

DES STRATÉGIES PLUS EFFICACES SELON LES TYPES DE MISES À L'ÉCHELLE ?

MISE À L'ÉCHELLE HORIZONTALE

MISE À L'ÉCHELLE VERTICALES

COMPARAISON DES STRATÉGIES DE MISES À L'ÉCHELLE HORIZONTALE ET VERTICALE

LES APPRENTISSAGES SELON LA TYPOLOGIE DE CES NEUF INNOVATIONS ?

LES INNOVATIONS INCRÉMENTALES

LES INNOVATIONS DE RUPTURE

cliquez sur les noms des sections pour y accéder



Les apprentissages généraux à ces innovations dans le cycle des 3S

Les mises à l'échelle préalablement présentées font apparaître un certain nombre d'observations transversales. Ces dernières sont présentées par ordonnancement dans le cycle de vie d'une mise à l'échelle basée sur les 3S.

DIFFUSION (« SPREAD »)

Plusieurs ressources doivent être mobilisées pour bien amorcer une mise à l'échelle, en plus d'avoir en tête les défis spécifiques à cette étape du processus. Les apprentissages transversaux associés à cette première phase se déclinent donc comme suit :

1.1 La **co-construction** d'un projet de mise à l'échelle est un antécédent fondamental à sa réussite. Cela signifie qu'il convient de partir d'un enjeu réel vécu sur le terrain et d'y apporter une solution contextualisée. De plus, toute coconstruction implique forcément que l'on dispose d'une **cartographie exhaustive des parties prenantes** de la mise à l'échelle. Dans le cas du secteur de la santé et des services sociaux, sont inclus une pluralité d'acteurs (ministères, directions des installations, fournisseurs, intervenants du réseau, médecins, usagers, patients partenaires, etc.).

1.2 Avoir un **mandat clair et explicite** permet d'engager la mise à l'échelle sur une base commune et solide. Concrètement, cela implique que chaque partie prenante soit certes prise en considération, mais également que chacune comprenne quels sont ses devoirs et responsabilités. Une approche qui explique clairement pourquoi cette innovation et sa mise à l'échelle sont mises de l'avant doit être retenue auprès de l'ensemble des parties prenantes, en plus d'être assortie d'un discours qui leur est adapté.

1.3. La diffusion passe forcément par des leviers à la disposition de l'organisation. Le premier est la **culture organisationnelle**, qui permet l'arrimage entre la réalité du terrain et l'adaptation de l'innovation en son sein. Après le « pourquoi », la culture organisationnelle est le « comment » de la mise à l'échelle et elle améliore l'intégration de l'innovation. Le second est l'utilisation de données probantes pour souligner les réussites de la mise à l'échelle. Les parties prenantes ont besoin de signaux clairs de l'environnement pour adhérer à la mise à l'échelle tout en restant réalistes quant aux défis propres à leur milieu.

Les apprentissages généraux à ces innovations dans le cycle des 3S

ACCROISSEMENT D'ÉCHELLE (« SCALE UP »)

La mise à l'échelle étant engagée, il peut être judicieux d'en assurer la croissance. Cela dit, les enjeux ne sont pas les mêmes de l'amorce à l'accroissement. De ce fait, les apprentissages quant à cette deuxième phase se résument ainsi :

2.1 Il ne faut pas sous-estimer l'intensité des demandes associées à l'accroissement d'échelle. Avoir les **ressources humaines, financières et temporelles nécessaires** avant de lancer cette étape est un pilier de sa réussite future. Cela implique de bien coordonner les diverses parties prenantes afin que chacune contribue tel qu'établi lors de l'étape de diffusion.

2.2 Bien que souligné lors de la première phase, la notion de proximité demeure importante. Elle évolue ici pour devenir un enjeu de proximité entre les parties prenantes en plus de tenir compte de la rétroaction du terrain quant à la progression de la mise à l'échelle. Maintenir la participation des parties prenantes durant l'ensemble du processus de mise à l'échelle est au cœur de sa réussite.

2.3 La standardisation du processus de mise à l'échelle est indispensable pour organiser les efforts d'accroissement d'échelle. Cela dit, faire preuve d'agilité l'est tout autant. Trouver l'équilibre entre ces deux éléments requis et tendre vers une standardisation flexible, bien que complexe, est donc une approche gagnante. Pour ce faire, il faut fixer le seuil de ce qui est non négociable. Afin de soutenir cette **standardisation flexible**, avoir accès à une pluralité d'expertises complémentaires est salulaire.

2.4 En plus d'impliquer l'ensemble des parties prenantes, il est important de **générer du sens** pour elles tout au long de la mise à l'échelle. Concrètement, cela peut se manifester par la mise en place d'un cadre scientifique rigoureux pour évaluer l'évolution de la mise à l'échelle, de mettre de l'avant l'adéquation entre l'innovation et les valeurs de l'organisation afin de mobiliser les acteurs ou encore en démontrant que les responsables du pilotage de la mise à l'échelle apprennent des blocages rencontrés.

PÉRENNISATION (« SUSTAINABILITY »)

Bien que moins explorée que les phases antérieures, la pérennisation de la mise à l'échelle importe tout autant pour sortir d'une logique de projet pilote éternel. Pour cette troisième et dernière phase, les apprentissages retenus sont les suivants :

1.1 Il est crucial de pérenniser non seulement l'innovation comme point final de la mise à l'échelle, mais également les **mécanismes développés** pour y parvenir. Les parties prenantes impliquées doivent investir l'effort d'apprendre des réussites et des échecs vécus lors de la mise à l'échelle et de construire sur ces derniers. Cet apprentissage peut être résumé par l'importance de ne pas réinventer la roue.

1.2 En plus de routiniser l'innovation, il est important de routiniser le sens (le fameux « pourquoi ») qui lui est associé. Réitérer la **mission et le rôle** des parties prenantes dans cette nouvelle réalité est crucial pour maintenir l'adhésion aux changements apportés à travers l'innovation et sa mise à l'échelle.



cliquez sur l'outil pour y accéder

Convaincre par l'histoire



cliquez sur l'outil pour y accéder

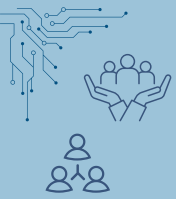
Matrice de vision transformationnelle

Les apprentissages selon la typologie de ces innovations

Le partage des expériences des équipes chargées du déploiement de ces innovations, en tenant compte de leur typologie, de leur catégorie, du type de mise à l'échelle et de la phase de déploiement, permet d'identifier des éléments de convergence concernant les enjeux et les obstacles rencontrés, ainsi que les stratégies mises en place pour les surmonter.

Dans le but de soutenir ces équipes responsables des déploiements, un guide pratique a été élaboré. Ce guide intègre des liens vers des outils présentés lors des conférences et ateliers d'habilitation, afin d'accompagner les démarches de mise à l'échelle. Ces ressources ont été soigneusement sélectionnées pour répondre aux divers besoins identifiés lors de ces échanges et faciliter la mise en œuvre des innovations à grande échelle.

	Catégories d'innovation	Typologie d'innovation	Type de mise à l'échelle	Phase de mise à l'échelle
<u>GUICHET D'ACCÈS À LA PREMIÈRE LIGNE</u>	Technologique et organisationnelle	Innovation incrémentale	Horizontale par expansion	Accroissement d'échelle et pérennisation
<u>LE CENTRE DE COMMANDEMENT ET L'HÔPITAL À DOMICILE DU CCOMTL</u>	Technologique et organisationnelle	Innovation de rupture	Verticale par expansion	Diffusion et accroissement d'échelle
<u>COGESTION MÉDICO-ADMINISTRATIVE</u>	Organisationnelle	Innovation incrémentale	Verticale par expansion	Diffusion
<u>L'APPROCHE VISAGES - GESTION DES CAS COMPLEXES</u>	Sociale et organisationnelle	Innovation de rupture	Horizontale en profondeur	Accroissement d'échelle
<u>ORGANISATION DU TRAVAIL 2.0</u>	Organisationnelle et économique	Innovation incrémentale	Horizontale par expansion	Accroissement d'échelle et pérennisation
<u>PLACE DU PATIENT PARTENAIRE DANS LE RSSS</u>	Sociale et organisationnelle	Innovation radicale	Verticale en profondeur	Diffusion
<u>ENTRAIDANT</u>	Sociale et technologique	Innovation de rupture	Horizontale par expansion	Accroissement d'échelle
<u>BUREAU DE L'INNOVATIONS</u>	Organisationnelle	Innovation de rupture	Verticale par expansion	Accroissement d'échelle (<i>Scale-Up</i>)
<u>INNOVATEUR.RICE.S EN RÉSIDENCE</u>	Économique et organisationnelle	Innovation incrémentale	Spontanée par augmentation	Accroissement d'échelle



Synthèse des enjeux rencontrés pour les innovations sociales/organisationnelles et technologiques ?

Les innovations rencontrent divers enjeux, qu'importe leur catégorie. Cependant, il apparaît, à travers les expériences partagées, que certains de ces défis sont communs à toutes les catégories d'innovation, tandis que d'autres sont propres à certaines d'entre elles.

Éléments de convergence à ces trois catégories d'innovation :

- **Résistance au changement** : La courbe d'apprentissage, le souhait du maintien du statu quo de certains acteurs, l'enjeu de mobilisation des différents acteurs et la gestion du changement auprès des acteurs (niveaux de compréhension du changement induit, niveau d'engagement des différents acteurs) sont des enjeux communs à ces trois catégories d'innovation.
- **Obstacles structurels** : L'accès à l'information, la gestion en silo, et les règles syndicales peuvent affecter les innovations quelle que soient leurs catégories d'innovation.
- **Culture organisationnelle** : Les freins dans des modèles organisationnels en silo et l'intégration de nouveaux acteurs dans une culture de collaboration sont des défis convergents.
- **Ressources (financières et humaines) limitées** : les ressources limitées sont des freins quelle que soit la catégorie d'innovation à mettre à l'échelle.
- **Le niveau d'implication des décideurs** : le leadership institutionnel est un facteur clé pour le succès dans la mise à l'échelle d'une innovation.
- **Adaptation de la communication** : La communication doit être adaptée selon les acteurs et les institutions dans toutes les catégories d'innovation sans quoi la mobilisation des acteurs peut être entravée.
- **Adéquation des besoins avec les solutions** : Assurer une adéquation entre les besoins des utilisateurs et les solutions déployées est un enjeu commun à toutes les catégories d'innovations, la valeur perçue est essentielle pour réussir une mise à l'échelle d'innovation.
- **Durabilité et pérennité** : les défis sont présents pour ces trois catégories d'innovation pour assurer sa durabilité et sa pérennité (notamment à cause du soutien qui peut devenir insuffisant, de défis techniques ou encore de défi dans le maintien de la motivation)
- **Soutien aux acteurs et développement des compétences** : Le développement de compétences peut être nécessaire pour réussir le déploiement de l'innovation, le soutien aux acteurs peut passer par un développement de compétences ou à tout le moins à une appropriation des changements de pratiques induites par l'innovation déployée.
- **Développement d'outils standardisés** : Des outils pour mesurer et qualifier leur impact sont nécessaires pour toutes les catégories d'innovation.
- **Collaboration intersectorielle** : pour ces trois catégories d'innovations, il apparaît que les collaborations intersectorielles s'avèrent difficiles car elles peuvent être fragmentées ou limitées (secteurs privé/public, acteurs de santé/sociaux/politiques...)



Boîte à outils

cliquez sur l'outil pour y accéder

[Soutenir l'adhésion](#)

Convaincre par l'histoire

Matrice de vision transformationnelle

Soutenir les réflexions stratégiques

Canevas de modèle d'affaires (BMC)

Anticiper les enjeux

Énoncé du problème

Cinq Pourquoi

Unifier la culture organisationnelle

Boîte à outils des fondements du programme ambassadeur

Des stratégies plus efficaces selon les types de mises à l'échelle ?

MISE À L'ÉCHELLE HORIZONTALE



DIFFICULTÉS ET ENJEUX RECENSÉS

Résistance au changement et culture organisationnelle

Pratiques ancrées, résistance des équipes, contraintes syndicales, manque de données probantes.

Gestion des ressources et du temps

Échéancier serré, surcharge de travail temporaire, absence de ressources supplémentaires pour les projets pilotes.

Spécificités locales et harmonisation des pratiques

Divergences régionales, respect du rythme des usagers, difficulté à harmoniser les pratiques.

Formation et adoption des outils numériques

Courbe d'apprentissage des outils numériques, formation à distance insuffisante, capacités technologiques limitées.

Accès à l'information et gestion des données

Difficulté d'accès à l'information sans dossiers centralisés, manque de données probantes.

Financement et ressources humaines

Sources de financement insuffisantes, difficulté à recruter des gestionnaires de cas et à engager des administrateurs expérimentés.

Communication et coordination interinstitutionnelle

Défis logistiques et communication complexes entre les institutions, difficulté de coordination des actions.

LES STRATÉGIES DÉPLOYÉES

Gestion du changement et accompagnement :

- Mobiliser et soutenir les équipes locales.
- Développer des outils de gestion adaptés et assurer un suivi régulier des indicateurs de performance pour adapter le support.
- Implication de comités de pilotage pour superviser l'implantation et favoriser les partages d'expériences.

Financement et mobilisation des ressources :

- Travailler avec les décideurs/financeurs pour obtenir un financement adapté au projet.
- Utiliser des plateformes ou des outils adaptés pour repérer les besoins spécifiques et allouer les ressources nécessaires.
- Impliquer des experts internes ou externes pour accompagner le changement.

Soutien organisationnel et priorisation :

- Assurer une standardisation des processus et outils en tenant compte des contextes locaux.
- Assurer un soutien constant des comités de direction ou instances décisionnelles.
- Faire du projet une priorité stratégique pour garantir l'engagement et les ressources nécessaires à son succès.
- Assurer une communication fluide entre les équipes locales et les porteurs pour harmoniser les actions et les objectifs.

Adaptation aux spécificités régionales et logistiques :

- Concentrer les efforts dans les régions avec une infrastructure technologique solide.
- Clarifier les rôles et responsabilités locales, et envoyer des ressources sur place pour renforcer l'accompagnement.

Renforcement des capacités et suivi :

- Renforcement des capacités des équipes locales : formation, accompagnement soutenu tout au long de la mise à l'échelle.
- Mettre en place un système de suivi de la performance et de reddition de compte.
- S'appuyer sur des ressources et des leaders locaux pour guider l'implantation.
- Organiser des rencontres avec les parties prenantes dès le début du projet.



cliquez sur l'outil pour y accéder

[Soutenir l'adhésion](#)

Convaincre par l'histoire

Matrice de vision transformationnelle

[Soutenir les réflexions stratégiques](#)

Canevas de modèle d'affaires (BMC)

[Soutien organisationnel](#)

Énoncé du problème

Cinq Pourquoi

[Renforcement des capacités](#)

Mesure de la performance

Des stratégies plus efficaces selon les types de mises à l'échelle ?

MISE À L'ÉCHELLE VERTICALE



DIFFICULTÉS ET ENJEUX RECENSÉS

Financement et pérennisation de l'innovation

- *Financement récurrent nécessaire pour structurer l'ensemble du cycle de l'innovation (captation des besoins, approvisionnement, déploiement, pérennisation).*
- *Absence de financement stable et pérenne, notamment pour les partenariats avec les patients partenaires.*
- *Difficulté de création de postes budgétaires spécifiques pour rémunérer les patients partenaires.*

Gouvernance et leadership institutionnel

- *Manque de leadership de la part du ministère et des institutions pour soutenir et piloter l'innovation.*
- *Égos locaux et résistance à l'implication des parties prenantes,*
- *Déséquilibre de pouvoir dans les partenariats (p. ex., entre les patients partenaires et le système de santé).*

Gestion du changement et résistance culturelle

- *Résistance au changement culturel dans les organisations, notamment par les employés et les intervenants externes.*
- *Peur de l'inconnu et crainte liée à l'adoption de nouvelles solutions,*
- *Difficulté à intégrer des parties prenantes externes (qui ne sont pas des employés directs).*

Collaboration et partenariats

- *Manque de reconnaissance du partenariat, en particulier en termes de financement et de valeur sociale.*
- *Cloisonnements culturels et organisationnels entre les différentes parties prenantes, créant des problèmes majeurs de collaboration.*
- *Difficulté à cerner les profils de compétences nécessaires pour les équipes de déploiement, notamment avec des petites équipes (p. ex. équipe de deux personnes).*

Harmonisation et intégration des processus

- *Incohérences et défaut d'harmonisation des procédures entre les différentes unités et établissements (pratiques cloisonnées).*
- *Problèmes d'intégration des données et absence de systèmes interconnectés,*
- *Défis liés à la cybersécurité, à la réglementation et à la conformité des solutions déployées.*

Recrutement et compétences

- *Difficulté à recruter des ressources expérimentées pour l'implantation des innovations, surtout dans un environnement où l'offre est limitée par rapport à la demande.*
- *La petite taille des équipes de gestion des innovations complique le déploiement à grande échelle.*

Des stratégies plus efficaces selon les types de mises à l'échelle ?

MISE À L'ÉCHELLE VERTICALE



LES STRATÉGIES DÉPLOYÉES

Intégration des processus dans la structure organisationnelle :

- Veiller à ce que le projet cadre avec les priorités stratégiques de l'organisation et soit intégré aux systèmes de gestion existants (processus budgétaires, règles d'approvisionnement, gestion des ressources humaines, gestion de la qualité).
- Veiller à l'harmonisation stratégique des parties prenantes et à la cohérence des actions à tous les niveaux (ministériel, institutionnel, local).
- Formaliser le projet en le rendant partie intégrante des missions et des responsabilités des services ou équipes existants.
- Promouvoir des partenariats équilibrés où chaque acteur est valorisé et son rôle clairement défini (p. ex., partenariat patient).



cliquez sur l'outil pour y accéder

Soutenir l'adhésion

Convaincre par l'histoire

Matrice de vision transformationnelle

Soutenir les réflexions stratégiques

Énoncé du problème

Soutien organisationnel

Canevas de modèle d'affaires (BMC)

Cinq Pourquoi

Modèle SECI

Renforcement des capacités

Mesure de la performance

Boîte à outils des fondements du programme ambassadeur

Renforcement des capacités internes et gouvernance :

- Former les gestionnaires à la gestion du changement, en veillant à ce qu'ils puissent superviser l'intégration du projet dans leurs
- Créer une structure de gouvernance qui soit à la fois centrale et distribuée, en attribuant des rôles de supervision et de coordination à différents niveaux (central et local).
- Renforcer le leadership institutionnel, en désignant des porte-parole clairs au sein des institutions pour porter les projets d'innovation.
- Créer des espaces de formation continue pour améliorer l'appropriation des outils et des processus.

Soutien direct des niveaux décisionnels supérieurs :

- Obtenir un soutien clair et continu des comités de direction et des dirigeants pour assurer la légitimité du projet et surmonter la résistance au changement.
- S'assurer que le projet profite de ressources suffisantes (financières, humaines, technologiques) pour son ancrage dans les structures existantes.

Suivi et évaluation continus :

- Mettre en place des systèmes de suivi et d'évaluation rigoureux qui permettent de mesurer l'impact du projet à tous les niveaux organisationnels et d'ajuster rapidement les actions en fonction des résultats,
- Utiliser des indicateurs de performance à la fois qualitatifs et quantitatifs pour suivre les progrès, les retours d'expérience et les ajustements nécessaires.

Fournir un soutien technique et des ressources :

- Déployer des ressources et un soutien technique continus pour garantir que les équipes peuvent mettre en œuvre les nouveaux processus ou outils au sein de la structure organisationnelle.
- Garantir que des systèmes de rétroaction réguliers sont en place pour recueillir les commentaires des acteurs et ajuster le projet à mesure qu'il est intégré dans l'organisation.

Développer des synergies avec les autres projets ou départements :

- Identifier les synergies possibles entre le projet et les autres initiatives en cours dans l'organisation pour maximiser l'utilisation des ressources et renforcer l'impact global.
- Créer des mécanismes de collaboration entre les services, en facilitant les échanges de ressources, de connaissances et d'expériences.

Comparaison des stratégies de mise à l'échelle horizontale et verticale



DIMENSION	MISE À L'ÉCHELLE HORIZONTALE	MISE À L'ÉCHELLE VERTICALE
OBJECTIF PRINCIPAL	Étendre à de nouvelles régions/sites/services	Intégrer dans les structures existantes de l'organisation
APPROCHE PRINCIPALE	Standardisation et adaptation locale	Intégration et adaptation dans les processus existants
COMMUNICATION	- Créer des instances ou des mécanismes locaux pour le partage de bonnes pratiques. - Organiser des rencontres avec les parties prenantes dès le début du projet	- Mettre en place une gouvernance centralisée et fluide. - Renforcer le leadership institutionnel
GESTION DU CHANGEMENT ET ACCOMPAGNEMENT	- Mobiliser et soutenir les équipes locales - Développer des outils de gestion adaptés et un suivi pour adapter le soutien - Renforcement des capacités des équipes locales	- Former les gestionnaires à la gestion du changement - Encourager une culture d'inclusion qui valorise toutes les parties prenantes, y compris les patients partenaires
FORMATION ET SOUTIEN	- Renforcement des capacités des équipes locales - S'appuyer sur des ressources et leader locaux pour guider l'implantation	- Former les gestionnaires à la gestion du changement, en veillant à ce qu'ils soient équipés pour superviser l'intégration du projet dans leurs départements. - Créer des espaces de formation continue pour améliorer l'appropriation des outils et des processus.
GESTION DES RESSOURCES	- Décentralisation des ressources - Mobilisation de partenaires locaux pour une appropriation du changement	- Centralisation des ressources et gestion par les services, les directions, etc. - Développer des synergies et des mécanismes de collaboration entre les services
RENFORCEMENT DES CAPACITÉS ET SUIVI	- Mettre en place un système de suivi de la performance et de reddition de comptes. - S'appuyer sur des ressources et des leaders locaux pour guider l'implantation - Organiser des rencontres avec les parties prenantes dès le début du projet	- Mettre en place des systèmes de suivi et d'évaluation rigoureux - Utiliser des indicateurs de performance qualitatifs et quantitatifs - Garantir que des systèmes de rétroaction réguliers sont en place
FLEXIBILITÉ	Requiert une grande flexibilité pour s'adapter aux spécificités locales	Nécessite l'intégration de nouveau processus et une démarche un peu moins flexible pour uniformiser le modèle à l'interne

Des apprentissages selon les typologies d'innovation?



INNOVATION INCRÉMENTALE

DIFFICULTÉS ET ENJEUX RECENSÉES

Résistance au changement :

- Réticence à modifier des pratiques jugées efficaces, surtout dans certaines régions/équipes où il existe de fortes habitudes et de solides attachement aux méthodes en place.
- Difficulté à surmonter le changement culturel au sein des organisations et à promouvoir de nouvelles pratiques.

Gestion du temps et surcharge de travail :

- Le déploiement rapide des innovations, associé à un échéancier serré, génère des tensions et des défis de motivation/mobilisation des équipes, notamment avec une surcharge de travail temporaire.

Diversité et spécificités locales :

- L'harmonisation des pratiques entre les différentes régions est complexe en raison des spécificités locales et des pratiques déjà bien ancrées, créant des difficultés d'uniformité dans le déploiement.

Ressources humaines limitées :

- Les équipes vouées au déploiement des innovations sont souvent petites (p. ex., une équipe de seulement deux personnes), ce qui limite leur capacité à accompagner l'ensemble du processus à grande échelle.
- Difficulté à recruter des compétences spécifiques pour la gestion des projets d'innovation ou encore des experts dans certains domaines.

Financement et pérennité :

- L'absence de financement récurrent pour assurer la pérennité des innovations et du processus d'innovation dans son ensemble,
- Enjeux liés au budget (p. ex. rémunération des patients partenaires et soutien de l'impact social des projets)

Enjeu d'intégration et de coordination :

- Les cloisonnements culturels et organisationnels au sein du RSSS compliquent l'intégration des innovations et la communication entre les différents intervenants.
- Problèmes d'intégration des données et de cybersécurité qui entravent l'optimisation.
- La gestion et le suivi des innovations.

Leadership et gouvernance :

- Manque de leadership au niveau ministériel pour soutenir et porter les projets d'innovation à une plus grande échelle.
- Égos locaux et conflits d'intérêts qui ralentissent l'avancement des projets au sein des différentes institutions.

Définition des indicateurs et évaluation de l'impact :

- Difficulté à définir des normes d'évaluation cohérentes entre les parties prenantes et à mesurer l'impact des projets d'une manière qui cadre avec les attentes des responsables du financement et des gestionnaires.

Partenariats et reconnaissance des rôles :

- La reconnaissance de la valeur du partenariat (notamment entre patients partenaires et institutions) reste insuffisante, tant au niveau financier qu'au niveau de l'impact social et sociétal.
- Déséquilibre de pouvoir entre les différentes parties prenantes, avec des obstacles structurels pour que puisse émerger un véritable partenariat équilibré.

Incertitude et risques liés à l'innovation :

- L'innovation étant par nature un processus incertain, les parties prenantes ont souvent peur de l'inconnu et sont réticentes à accepter des changements dont les résultats ne sont pas garantis à court terme.

Des apprentissages selon les typologies d'innovation?



INNOVATION INCRÉMENTALE

LES STRATÉGIES DÉPLOYÉES

Gestion du changement et accompagnement des gestionnaires

Mobilisation et soutien de l'équipe

- Adaptation du plan en fonction des besoins émergents et des commentaires des équipes.
- Activités de soutien accrues pour assurer l'adhésion, une progression continue des équipes, et surmonter les résistances.

Aide à l'appropriation des outils

- Accompagnement dans la maîtrise des outils (de gestion, technologiques, etc.), pour garantir une meilleure efficacité.
- Développement de tableaux de bord et d'un guide de gestion pour faciliter le suivi et la gestion du projet.

Suivi et évaluation des progrès

- Mise en place de systèmes de suivi des progrès à travers des indicateurs de performance clairs pour mesurer les avancées et ajuster les actions au besoin.
- Soutien aux gestionnaires en difficulté pour surmonter les obstacles et ajuster les stratégies en temps réel.

Intégration des parties prenantes

- Inclusion des nouveaux acteurs dans toutes les phases pour garantir que leurs commentaires et besoins soient pris en compte à chaque étape du déploiement.
- Établissement d'une vision commune avec les parties prenantes pour garantir une cohésion et une direction partagée dans le projet.

Alignement organisationnel et cohérence des actions

- Porter l'innovation comme une priorité organisationnelle en garantissant son soutien actif au sein des instances de gouvernance pour créer un alignement stratégique et garantir des ressources suffisantes pour le déploiement.
- Assurer que l'ensemble des parties prenantes et des acteurs clés comprennent et soutiennent l'innovation dans ses différentes étapes, tout en s'assurant que les actions soient cohérentes avec les objectifs globaux de l'organisation.

Lutte contre les silos organisationnels

- Promouvoir la collaboration interdirectionnelle, interservices et la coconstruction des projets pour éviter la fragmentation et la résistance des acteurs, et aller au-delà des cloisonnements ou des pratiques locaux.
- Encourager la coopération entre les différentes équipes et régions, en favorisant une vision collective qui dépasse les enjeux locaux pour une approche plus globale.

Accompagnement soutenu des acteurs et des équipes

- Soutien régulier de l'équipe projet et des partenaires avec des ressources spécifiques vouées à cette mission.

Mise à contribution du système de gestion

- Optimisation du système de gestion : Utilisation des outils de gestion existants pour faciliter la mise en œuvre et le suivi du projet pour une gestion plus fluide et réactive des actions entreprises de même qu'une meilleure centralisation des informations.



cliquez sur l'outil pour y accéder

Soutenir l'adhésion

Convaincre par l'histoire

Matrice de vision transformationnelle

Soutenir les réflexions stratégiques

Énoncé du problème

Soutien organisationnel

Canevas de modèle d'affaires (BMC)

Cinq Pourquoi

Modèle SECI

Renforcement des capacités

Mesure de la performance

Des apprentissages selon les typologies d'innovation?



Enjeux organisationnels et opérationnels :

- Les enjeux sont liés aux aspects pratiques de la gestion et du déploiement de l'innovation : gestion des ressources et capacité à surmonter les obstacles structurels.
- La gestion de l'innovation nécessite l'implication active des administrateurs à tous les niveaux pour faciliter la coordination, la prise de décisions et la levée des obstacles.
- Le déploiement d'une innovation de rupture ne pourra être un succès que si elle est appuyée par un leadership du plus haut niveau de l'organisation et doit être inscrite dans les priorités organisationnelles.

Accès difficile à l'information :

- Absence de gestion documentaire ou de dossiers centralisés compromettant un accès rapide aux informations nécessaires pour prendre des décisions et déployer efficacement l'innovation.
- Les systèmes d'information sont souvent cloisonnés entre différents services et régions, ce qui rend difficile l'intégration des données.

Absence de ressources pour le projet-pilote ou les phases de déploiement :

- Contrainte importante liée aux difficultés de recrutement de patients.
- Le manque de ressources humaines pour les projets pilotes empêche une mise à l'échelle rapide.
- Le recrutement de ressources chevronnées, comme des experts et des profils spécialisés pour la mise en œuvre de l'innovation peut compliquer la mise à l'échelle.

Enjeux de financement :

- Le manque de financement voué aux ressources nécessaires à l'implantation ralentit le développement de l'innovation.
- Il est essentiel de garantir des financements récurrents et stables pour soutenir l'innovation à grande échelle.

Capacités technologiques et accès aux informations :

- Les infrastructures technologiques insuffisantes compliquent l'implémentation et l'usage des outils numériques qui peuvent être requis dans le déploiement de l'innovation.
- L'innovation technologique crée des risques en matière de sécurité des données, et des mesures appropriées doivent être mises en place pour garantir la protection de la vie privée des usagers.

Changement de culture organisationnelle :

- La mise à l'échelle nécessite de modifier des pratiques et des mentalités profondément ancrées dans l'organisation, ce qui peut entraîner une résistance au soutien à la gestion du changement.
- Le manque de clarté sur les résultats et les conséquences des innovations suscite de l'appréhension, tant du côté des employés que des patients ou partenaires.
- L'innovation implique un certain degré d'incertitude quant à son efficacité à long terme, ce qui peut freiner les investissements et l'adhésion des parties prenantes et cette part d'inconnue doit faire partie de la culture organisationnelle qui doit permettre de l'ouverture et miser sur une culture d'expérimentation.
- Des résistances culturelles et une mauvaise communication entre services peuvent créer des barrières à la mise en œuvre de l'innovation.

Enjeux liés aux ressources humaines et à l'engagement :

- L'innovation ne peut se déployer à grande échelle que si l'ensemble des acteurs (internes et externes) accepte de s'engager et de collaborer activement au processus. Cela passe par des actions de sensibilisation et de mobilisation.



Soutenir l'adhésion

Convaincre par l'histoire

**Matrice de vision
transformationnelle**

*Soutenir les réflexions
stratégiques*

Énoncé du problème

**Diagnostic socio-
économique**

Soutien organisationnel

Jeu de la Nasa

**Canevas de modèle
d'affaires (BMC)**

Cinq Pourquoi

Modèle SECI

*Renforcement des
capacités*

**Mesure de la
performance**

Conclusion

La mise à l'échelle des innovations en santé constitue un défi complexe mais néanmoins fondamental pour parvenir à transformer les systèmes de santé à l'échelle mondiale. Bien qu'elle constitue un levier majeur [ML1] potentiel pour améliorer l'accès, la qualité, l'efficacité des soins, la mise à l'échelle demeure une étape cruciale.

Le présent guide examine des approches pratiques et des stratégies éprouvées pour surmonter les obstacles auxquels se butent les équipes, qui ont généreusement partagé leurs expériences de mise à l'échelle. Il met également en lumière l'importance de la flexibilité et de l'innovation continue. Bien que toutes les innovations ne parviennent pas à se déployer à grande échelle, il est essentiel que les innovateurs et les acteurs du secteur identifient les étapes clés et les outils nécessaires pour maximiser leurs chances de succès.

Le gouvernement du Québec souhaite se positionner en tant que leader en matière d'innovation. Cette volonté de fédérer l'écosystème d'innovation et de dynamiser le développement de l'innovation au sein des entreprises et de la société québécoise s'est concrétisée par la création du Conseil de l'innovation en 2020. Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la mise en place de Bureaux de l'innovation en 2023 soutient les innovateurs dans la préparation de leurs projets, afin de faciliter l'intégration et la mise à l'échelle de leurs solutions au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Conscient que la gestion efficace des ressources du système de santé repose sur l'innovation et la recherche, des initiatives émergent pour accompagner les acteurs de cet écosystème face à la complexité de leurs démarches de mise à l'échelle. À l'instar de ces processus, ces initiatives rassemblent diverses expertises et s'emploient à soutenir les innovateurs tout au long de leur parcours, afin de garantir le succès de leurs déploiements. Le Centre d'expertise en gestion de l'innovation en santé orientée sur la valeur (CEGISOV) en est un exemple récent. Il a été lancé par le MSSS, le Conseil de l'innovation du Québec, le CHUM et HEC Montréal.

Le partage des connaissances et des expériences acquises vise à soutenir le développement des innovateurs pour créer des systèmes de santé plus résilients et inclusifs, aptes à répondre aux défis actuels qui se posent au Québec voire à travers le monde.

L'avenir de l'innovation en santé et services sociaux repose sur notre capacité collective à apprendre, à nous adapter et à collaborer pour relever les défis de demain. Il est donc impératif de poursuivre les échanges, de renforcer les partenariats et de diffuser les bonnes pratiques, afin que chaque avancée technologique ou méthodologique puisse véritablement transformer les soins de santé et améliorer la vie des populations.

Bibliographie

Balas, E. A., & Chapman, W. W. (2018). Road map for diffusion of innovation in health care. *Health Affairs*, 37(2), 198–204.

Barlow, J. (2016). *Managing innovation in healthcare*. World scientific publishing company.

Bertezen, S. (2021). Opérationnalisation du pilotage par la pensée complexe : le cas des services de santé. *ACCRA*, N° 10(1), 57–82. Récupéré de <https://doi.org/10.3917/accra.010.0057>.

Corôa RDC, Ben Charif A, Plourde KV, Gogovor A, Légaré F. Questionnaire auto-administré sur le potentiel de mise à l'échelle des innovations en santé et en services sociaux– ISSaQ 4.0. Québec: Unité de Soutien SSA Québec; 2023 Mar p. 1–28.

Counte, M. A., & Meurer, S. (2001). Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organizations. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 13, no 3. Récupéré de <https://doi.org/10.1093/intqhc/13.3.197>

Denis, J.-L., Gibeau, É., Langley, A., Pomey, M.-P., Van Schendel, N. (2012) « Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif : état des connaissances », Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 82 pages.

Dhainaut J.F, Blin O., Herry F., Benito S., Bilbault P., Cauterman M., Favrel-Feuillade F., Fazi-Leblanc S., Germain C., Goehrs C., Grosskopf C., Labarthe B., Lechat P., Malciu C., Marquet P., Miceli-Richard C., Peyret O., Revital Rattenbach R., de Saint-Éxupéry E. Recherche et innovation en santé : comment optimiser l'interface entre les startups/industries et les établissements de santé académiques ou non?, *Thérapies*, Volume 75, Issue 1, 2020, Pages 101-111, ISSN 0040-5957, <https://doi.org/10.1016/j.therap.2019.11.006>.

Edvinsson, L., & Malone, M. (1997). *Intellectual capital: realizing your company's true value by finding its hidden brainpower*. New York, HarperBusiness.

Engaj Media (2023, 6 novembre). Tech Innovations in Healthcare: Revolutionizing Patient Care Beyond Telemedicine, LinkedIn. Récupéré en mars 2024 de <https://www.linkedin.com/pulse/tech-innovations-healthcare-revolutionizing-patient-care-beyond-hwtze/>

Greenhalgh, T., & Papoutsis, C. (2019). Spreading and scaling up innovation and improvement. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 365, l2068. <https://doi.org/10.1136/bmj.l2068>

Harrison, R., Chauhan, A., Le-Dao, H., Minbashian, A., Walpola, R., Fischer, S., & Schwarz, G. (2022, July). Achieving change readiness for health service innovations. In *Nursing forum* (Vol. 57, No. 4, pp. 603–607).

Isouard, G., Martins, J. M., & Friedman, L. H. (2015). Competency in innovation, creative and innovative thinking: challenges within the Health Management course curriculum. *Journal of Health Administration Education*, 32(3), 257–269.

Johnson K.J., Groulx, P., Gril, E. (2020). Dossier: Saturés de changement? – Le sens, gardien de la cohérence, *Revue Gestion HEC Montréal*. Récupéré en mars 2024 de <https://www.revuegestion.ca/dossier-satures-de-changement-le-sens-gardien-de-la-coherence>

Koomans, M., & Hilders, C. (2016). Design-driven leadership for value innovation in healthcare. *Design Management Journal*, 11(1), 43–57.

Knapp, J., Zeratsky, J., & Kowitz, B. (2017). *Sprint: résoudre les problèmes et trouver de nouvelles idées en cinq jours* (; M.-F. Pavillet, Trans.). Eyrolles.

Bibliographie

Lehoux P, Miller FA, Daudelin G, Denis JL. Providing Value to New Health Technology: The Early Contribution of Entrepreneurs, Investors, and Regulatory Agencies. *Int J Health Policy Manag.* 2017 Sep 1;6(9):509–518. doi: 10.1517/ijhpm.2017.11. PMID: 8949463; PMCID: PMC5582437.

Lewrick, M., Patrick Link et Larry Leifer (2021). Énoncé du problème, dTP le kit du design thinking. Récupéré en mars 2024 de https://www.dtt-toolbook.com/fr/files/ugd/fc35c6_b004605a1d354903bcb55f3649583371.pdf

Manent, M. et al. (2024) L'entreprendre collectif en santé : exploration de pratiques organisées et organisantes de soutien à l'entrepreneuriat développées entre startups, intermédiaires et partenaires d'innovation. Trois essais. Thèse de doctorat. HEC Montréal. Disponible à : https://biblos.hec.ca/biblio/theses/manent_margaux_t2024.pdf.

Manent, M., Cohendet, P., & Simon, L. (2024). Helping start-ups and public organisations to align: Co-producing the co-creation context in a public hospital. *Industry and Innovation*, 31(5), 606–637.

Milella, F., Minelli, E. A., Strozzi, F., & Croce, D. (2021). Change and innovation in healthcare: findings from literature. *ClinicoEconomics and outcomes research*, 395–408.

Moussa, L., Garcia-Cardenas, V., & Benrimoj, S. I. (2019). Change facilitation strategies used in the implementation of innovations in healthcare practice: a systematic review. *Journal of Change Management*, 19(4), 283–301.

Pillay, R., & Morris, M. H. (2016). Changing healthcare by changing the education of its leaders: an innovation competence model. *Journal of Health Administration Education*, 33(3), 393–410.

Pôle santé HEC Montréal et Mosaic, pôle créativité et innovation (2023). Les modes de gestion de l'innovation publique en santé en contexte d'innovation ouverte, Commissaire à la santé et au bien-être. Récupéré en mars 2024 de https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2023/Rapports_Pole_Sante_HEC_Monreal/CSBE-Mode_Gestion_Innovation_Publique.pdf

Porter, Michael E. et Thomas H. Lee (2021, Janvier). « Integrated Practice Units: A Playbook for Health Care Leaders », *NEJM Catalyst*, vol 2, no 1. Récupéré de <https://catalyst.nejm.org/doi/abs/10.1056/CAT.20.0237>

Rogers, Everett M. (1962). *Diffusion of Innovations*, 3e éd., New York, Free Press. Récupéré de <https://teddykw2.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/07/everett-m-rogers-diffusion-of-innovations.pdf>

Salazar, George et M. Natalia Russi-Vigoya (2021, 3 juin). Technology Readiness Level as the Foundation of Human Readiness Level, NASA. Récupéré en mars 2024 de https://ntrs.nasa.gov/api/citations/20210012614/downloads/EID_For%20Peer%20Review%20Technology%20Readiness%20Level%20as%20the%20foundation%20of%20Human%20Readiness%20Level_%2003%2024%2021.docx.pdf

Schumpeter, J. A., & Stiglitz, J. E. (2010). *Capitalism, Socialism and Democracy*. Taylor & Francis. <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=515353>

Sveiby, Erik K. (1997). The Intangible Assets Monitor. *Journal of Human Resource Costing & Accounting*, vol. 2, no 1. Récupéré de <https://doi.org/10.1108/eb029036>

Williams, I. (2011). Organizational readiness for innovation in health care: some lessons from the recent literature. *Health Services Management Research*, 24(4), 213–218.

Boîte à outils

[CONVAINCRE PAR L'HISTOIRE](#)

[CANEVAS DE MODÈLE D'AFFAIRES \(BMC\)](#)

[MODÈLE SECI](#)

[MATRICE DE VISION TRANSFORMATIONNELLE](#)

[ÉNONCÉ DU PROBLÈME](#)

[CINQ POURQUOI](#)

[MESURE DE LA PERFORMANCE](#)

[BOÎTE À OUTILS DES FONDEMENTS DU PROGRAMME AMBASSADEUR](#)

[JEU DE LA NASA](#)

[DIAGNOSTIC SOCIO-ÉCONOMIQUE](#)

Cliquez sur les noms
des outils pour y
accéder



OUTIL : Convaincre par l'histoire

Utilité : Cette méthode permet de structurer un discours en ayant recours aux principes de la mise en récit pour convaincre, motiver et mobiliser un auditoire. Elle s'avère particulièrement utile dans des contextes où il faut présenter des idées de manière persuasive, clarifier des changements ou des innovations, et donner du sens à des projets.

Quand l'utiliser : Aux différentes étapes, lors de présentation

Par et avec qui : Porteurs du projet, responsable des communication, innovateurs, etc.

Utilisation : Cet outil permet de structurer son message au travers des questionnements suivants : qui, pourquoi et quand, comment, quoi, expérience, changement.



Plusieurs éléments clés permettent d'utiliser le récit pour saisir l'attention, clarifier des concepts complexes et renforcer l'impact émotionnel. Parmi ces éléments clés figurent les suivants :

Structure claire : Présentation du contexte, du défi, de la solution (innovation) et des résultats. Cette structure aide à rendre l'innovation plus tangible et plus accessible, en transformant une idée abstraite en un récit que les gens peuvent suivre et comprendre.

Émotion et engagement : La mise en récit repose sur le pouvoir émotionnel du récit. En créant une histoire qui touche l'interlocuteur sur le plan émotionnel, on capte son attention, on suscite son intérêt et son adhésion.

Contexte et valeur ajoutée : L'histoire doit expliquer pourquoi l'innovation est pertinente dans un contexte donné. La mise en récit montre comment l'innovation répond à un besoin réel ou à un problème spécifique. Cela permet à l'interlocuteur de voir la valeur ajoutée de l'innovation de manière concrète.

Personnages et héros : Identification avec des personnages qui incarnent les enjeux de l'innovation. Le héros de l'histoire peut être l'innovateur lui-même, une équipe, ou même la société dans son ensemble, qui surmonte un défi grâce à l'innovation.

Simplicité et accessibilité : Un bon récit doit être simple et compréhensible. Le recours à des analogies et à des exemples concrets est un moyen efficace pour rendre l'innovation plus compréhensible pour un vaste auditoire.

Vision de l'avenir : En offrant aux parties prenantes une vision claire de ce qui peut être accompli et de l'impact à long terme de l'innovation sur leur vie, leur entreprise ou la société en général, la mise en récit a un effet mobilisateur sur les parties prenantes et les incite à s'engager activement.

Authenticité et crédibilité : Les interlocuteurs doivent sentir que l'innovation est ancrée dans la réalité, qu'elle repose sur des faits solides, des recherches et qu'elle a un véritable potentiel. La transparence, la sincérité et la présentation des défis surmontés sont des éléments essentiels pour renforcer la crédibilité de l'innovation.



À quelle phase du déploiement faut-il mobiliser cet outil ?

UTILE À TOUTES LES PHASES DE DIFFUSION

OUTIL : Canevas de modèle d'affaires (BMC)

Développé par : Alexander Osterwalder et Yves Pigneur (2010) et Alexander Osterwalder (2016)



Utilité : Le BMC permet d'élaborer un modèle économique au travers d'un langage commun, avec un visuel simple et holistique. Il permet ainsi d'axer les choix stratégiques, de porter une réflexion collaborative sur la viabilité et l'innovation d'un projet en valorisant le fait de servir efficacement les clients, les usagers et les bénéficiaires, d'offrir une valeur ajoutée et de livrer un service ayant de l'impact.

Quand l'utiliser : Cet outil est adapté aux différentes phases de la mise à l'échelle. Lors de la diffusion, il peut simplifier la présentation et le partage de l'idée d'affaires auprès des parties prenantes. À l'étape de l'accroissement d'échelle, il peut aider à ajuster les composantes du modèle d'affaires au fur et à mesure que le projet se développe, identifiant les ressources et les besoins de croissance. Enfin, lors de la phase de pérennité, il peut servir à assurer la viabilité et l'adaptation continue du modèle d'affaires en intégrant des éléments de durabilité et de résilience.

Avec qui : Tous

PARTENAIRES CLÉS	ACTIVITÉS CLÉS	PROPOSITION DE VALEUR	RELATION AVEC LA CLIENTÈLE	SEGMENTS DE CLIENTÈLE ET BÉNÉFICIAIRES
Avec qui travaillerez-vous pour gérer l'entreprise ? Nommez vos partenaires et leurs rôles.	Quelles sont les tâches et les activités quotidiennes nécessaires pour gérer une entreprise ?		Quelles relations allez-vous établir avec chaque segment de clientèle ?	Qui est votre marché cible ? Quelles sont les caractéristiques de vos premiers utilisateurs ? Listez les groupes cibles pour l'utilisation de vos produits et services.
	RESSOURCES CLÉS		CANAUx DE DISTRIBUTION	
	Quelles sont les biens matériels et immatériels que vous utiliserez pour fabriquer le produit ou opérationnaliser le service ?		Où votre produit sera-t-il disponible ? Énumérez les moyens que vous prévoyez pour atteindre votre audience cible.	
STRUCTURE DE COÛTS		SOURCES DE FINANCEMENT		
Quels sont les coûts fixes et variables du lancement de votre produit ? Prenez en compte les coûts à chaque étape, depuis l'installation et l'embauche jusqu'au marketing et à la distribution.		• Comment allez-vous générer des revenus ? Présentez un modèle de tarification pour votre produit ou service et incluez d'autres sources de revenus, telles que les ventes et les frais d'abonnement.		



À quelle phase du déploiement faut-il mobiliser cet outil ?

UTILE À TOUTES LES PHASES DE DIFFUSION



POUR EN SAVOIR + :

[MISSION MODEL CANVAS](#)

[BUSINESS MODEL CANVAS](#)

OUTIL : Modèle SECI

Développé par : Nonaka et Takeuchi dans les années 1990

Utilité : Ce cadre conceptuel est utile pour comprendre et structurer le processus de création et de gestion de la connaissance dans les organisations. Il permet de schématiser et de transformer les connaissances tacites (non formalisées) en connaissances explicites (formalisées) favorisant ainsi l'innovation, le partage et l'apprentissage organisationnel.

Quand l'utiliser : Lors de la diffusion, cet outil est utile pour aider à adapter l'innovation aux nouveaux contextes grâce à la socialisation et à l'externalisation.

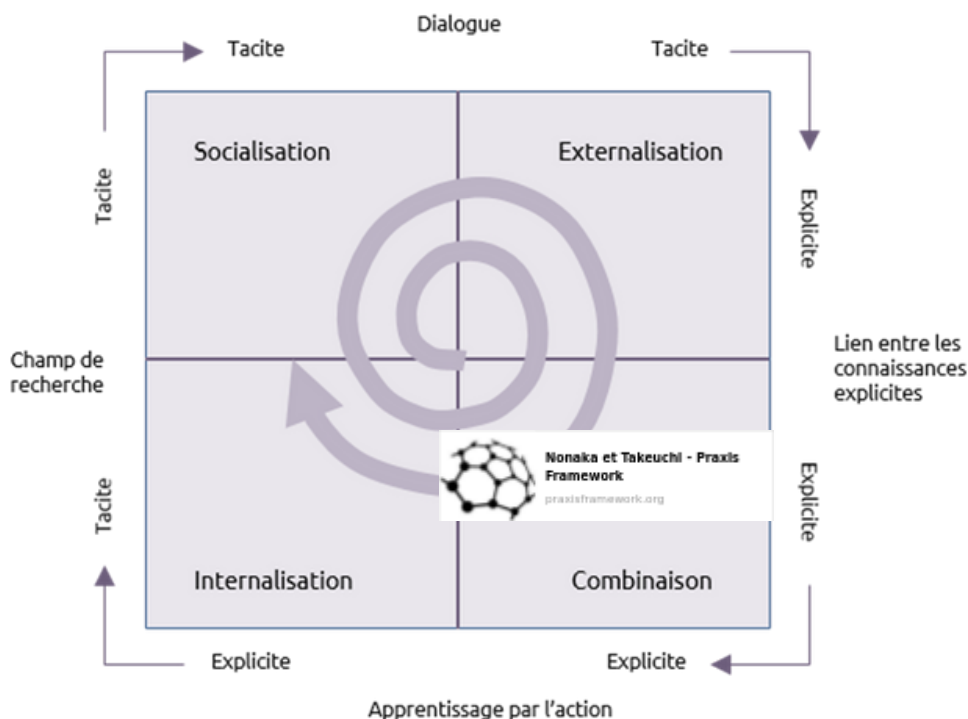
À l'étape de l'accroissement d'échelle, le modèle SECI assure l'intégration de cette innovation dans des infrastructures plus larges, en permettant d'intégrer les pratiques locales et spécifiques des équipes ou des régions dans la mise en œuvre de l'innovation. Il aide à comprendre les subtilités des environnements locaux et à garantir que l'innovation puisse s'adapter et être déployée de manière plus fluide à plus grande échelle.

Il importe néanmoins de noter que l'adoption de cette perspective SECI rend compte de la nécessité de créer et de réviser des guides d'implantation/programmes de diffusion au cours du processus pour :

- 1) s'assurer de la compréhension convergente de toutes les parties prenantes (combinaison par codification);
- 2) s'assurer de pouvoir apprendre et répliquer ailleurs (socialisation et externalisation).

Avec qui : Avec les équipes internes

Utilisation : Le modèle SECI s'appuie sur quatre processus : la socialisation, l'externalisation, la combinaison et l'internalisation.



À quelle phase du déploiement faut-il mobiliser cet outil ?

UTILE À TOUTES LES PHASES DE DIFFUSION



POUR EN SAVOIR + :

The Knowledge-Creating Company, Ikujiro Nonaka From the Magazine Harvard business review (July-August 2007)



OUTIL : Matrice de vision transformationnelle

Développé par : Johnson, Groulx et Gril (2020) ; Johnson (2018)

Utilité : La mise à l'échelle d'innovations implique une inévitable gestion du changement. Selon Prosci (2023), [clr] implanter des pratiques de gestion du changement augmente considérablement les chances de réussite d'un projet, offrant une probabilité sept fois plus élevée d'atteindre les objectifs fixés, une fois et demie plus de chances de respecter le budget, et plus de cinq fois plus de chances de respecter les délais. L'outil présenté peut servir à élaborer une vision porteuse, cohérente et parlante pour communiquer efficacement sur le changement aux différentes parties prenantes. La matrice de la vision transformationnelle permet ainsi de créer du sens pour chacun en traduisant la vision stratégique en une réalité terrain et inversement.

Quand l'utiliser : Lors de la diffusion, pour partager et clarifier la vision avec les parties prenantes afin d'obtenir leur adhésion. Durant l'accroissement d'échelle, dans l'optique d'assurer l'harmonisation des équipes autour d'objectifs de changement à grande échelle ainsi que lors de la pérennité pour assurer la continuité et l'adaptabilité de la vision en intégrant des notions de durabilité.

Avec qui : Toutes les parties prenantes.

Utilisation : Pour introduire brièvement un projet et réaliser une réelle accroche, la matrice remplie peut servir de base à la préparation de messages spontanés (communication informelle) ou de discours planifiés (communication formelle). Le secret réside dans l'enchaînement de présentation des informations : présenter d'abord les irritants et les enjeux, suivis des objectifs visés et des résultats avant d'aborder la solution proposée.

Porter une attention particulière : Dans le milieu de la santé, les niveaux stratégiques, systémiques et opérationnels ont du mal à comprendre mutuellement leurs réalités qui semblent bien souvent distinctes, voire déconnectées les unes des autres. Cela complique la création d'un sens commun pour des projets. Il est essentiel de porter attention aux parties prenantes et aux différents niveaux de l'organisation et d'adapter les communications afin qu'elles soient porteuses de sens pour chacun d'entre eux.



À quelle phase du déploiement faut-il mobiliser cet outil ?

**PEUT S'AVÉRER TRÈS
UTILE EN AMONT DE
LA DIFFUSION POUR
ANTICIPER DES
ENJEUX
UTILE À TOUTES LES
PHASES DE
DIFFUSION**



POUR EN SAVOIR + :

Dossier : Saturés de
changement ? - Le sens,
gardien de la cohérence
Par Kevin J. Johnson,
Patrick Groulx,
Emmanuelle Gril
Édition Été 2020 de Revue
Gestion

OUTIL : Énoncé du problème

Développé par : Lewrick, Link & Leifer (2021) dans « Le Kit du Design Thinking »

Utilité : Cet outil permet de résumer le problème en une phrase et d'en venir à un consensus. Pour assurer la mise en œuvre rapide d'une innovation, il faut consacrer beaucoup de temps à l'identification du problème. Si la recherche d'un consensus prend du temps, à long terme, ce processus doit être envisagé comme constituant un gain de temps.

Quand l'utiliser : Lors de la preuve de concept.

Avec qui : L'ensemble des parties prenantes impliquées, autant l'équipe terrain que les clients.

Utilisation : Il faut d'abord répondre aux questions préliminaires : pourquoi, qui, quoi, quand, où, comment. Puis, procéder à l'énoncé du problème selon un processus itératif faisant intervenir la formulation suivante : « Comment pourrions-nous [contexte : quoi] pour [acteur : pour qui] reconcevoir [quoi] afin de satisfaire [son besoin] en tenant compte de [...] ? »

Porter une attention particulière :

Au sein du système de santé, l'identification du problème se fait actuellement de manière trop rapide. Ce qui engendre trop souvent une mise en œuvre plus lente, car il faut généralement revenir en arrière pour réidentifier le problème avec les diverses parties prenantes en cause. Si cette étape n'est pas bien réalisée, la confiance et la création de sens risquent d'être plus complexes.



À quelle phase du déploiement faut-il mobiliser cet outil ?

**PEUT S'AVÉRER TRÈS
UTILE EN AMONT DE
LA DIFFUSION POUR
ANTICIPER DES
ENJEUX
UTILE À TOUTES LES
PHASES DE
DIFFUSION**



POUR EN SAVOIR + :
cliquez sur l'outil pour y accéder

MODÈLE
ÉNONCÉ DU PROBLÈME
LEWRICK, LINK & LEIFER
(2021) DANS « LE KIT DU
DESIGN THINKING »

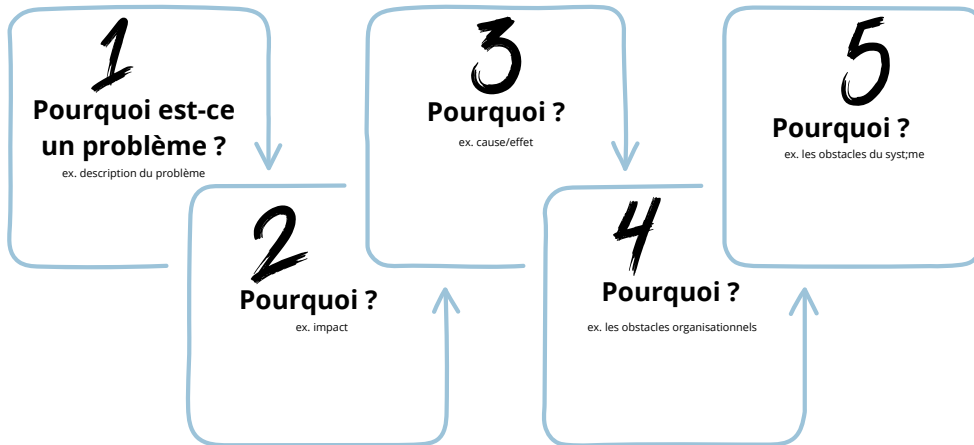
OUTIL : 5 Pourquoi

Développé par : Sakichi Toyoda dans les années 1930

Utilité : Cet outil permet de mieux cerner le problème principal en profondeur et de ne pas mettre l'accent sur les problèmes secondaires.

La répétition itérative du questionnement, sous forme de « Pourquoi? », permet de détecter des problèmes cachés, soit les causes fondamentales, qui ne sont pas faciles à démasquer à première vue.

Quand l'utiliser : Lors de la preuve de concept.



À quelle phase du déploiement faut-il mobiliser cet outil ?

**PEUT S'AVÉRER TRÈS
UTILE EN AMONT DE
LA DIFFUSION POUR
ANTICIPER DES
ENJEUX
UTILE À TOUTES LES
PHASES DE
DIFFUSION**



POUR EN SAVOIR + :

cliquez sur l'outil pour y accéder

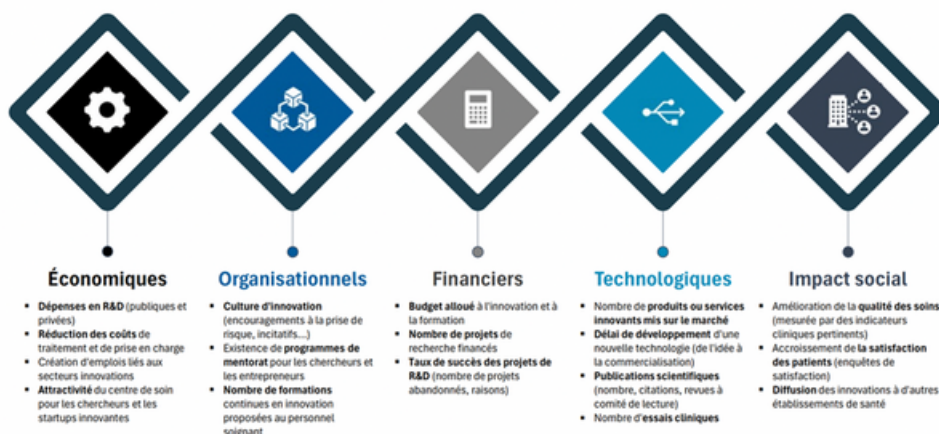
LE KIT DU DESIGN THINKING
BASIC TEMPLATES
PROJECT: TEAM: VERSION &
DATE:
LEWRICK / LINK / LEIFER LE KIT
DU DESIGN THINKING
978-2744067631

OUTIL : Mesure de la performance

Développé par : Manaf Bouchentouf, 2024, ATELIER D'HABILITATION : PRINCIPES D'INNOVATION ÉCONOMIQUE, ORGANISATIONNELLE ET D'IMPACT DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Utilité : Pour délimiter le cadre de mesure de la performance de l'innovation

DÉLIMITER LE CADRE DE MESURE DE LA PERFORMANCE DE L'INNOVATION INDICATEURS INTERNES



© Manaf Bouchentouf, 2024. Toute traduction, reproduction ou diffusion sous quelque forme que ce soit et sans autorisation est interdite.



À quelle phase du déploiement faut-il mobiliser cet outil ?

PEUT S'AVÉRER TRÈS UTILE EN AMONT DE LA DIFFUSION POUR ENCOURAGER L'ADHÉSION DES DÉCIDEURS, DES ACTEURS, RENFORCER L'ADHÉSION UTILE À TOUTES LES PHASES DE DIFFUSION

DÉLIMITER LE CADRE DE MESURE DE LA PERFORMANCE DE L'INNOVATION INDICATEURS EXTERNES



© Manaf Bouchentouf, 2024. Toute traduction, reproduction ou diffusion sous quelque forme que ce soit et sans autorisation est interdite.

OUTIL : Boîte à outils des fondements du programme ambassadeur

Développé par : programme Ambassadeurs.rices en innovation de la santé

Utilité :

Soutenir le développement de compétences de porteurs d'innovations pour soutenir les expérimentations, le déploiement ou encore la culture organisationnelle.

- Développer les compétences d'un innovateur en gestion de l'innovation de la santé.
- Contribuer à la stratégie d'innovation de son équipe, de son organisation et du réseau.
- Propulser la culture d'innovation au sein de l'institution et du réseau.
- Développer son réseau d'ambassadeur.rices d'innovation pour se doter d'équipes mieux outillées pour réaliser des projets innovants.

Six compétences clés* pour les innovateurs de la santé

**Basée sur une revue de la littérature non publiée du CHUM effectuée en 2019-2020*



PENSÉE INTERDISCIPLINAIRE ET SECTORIELLE

Rechercher et saisir des occasions, reconnaître leur potentiel et accepter leur part de risque dans le but d'obtenir des retombées significatives.



INTELLIGENCE SOCIALE

Faire une lecture adéquate de son environnement et mobiliser ses habiletés verbales et non verbales pour la collaboration durable avec diverses parties prenantes dans un climat sécuritaire de partage et d'apprentissages.



CRÉATIVITÉ

Exprimer, stimuler, valoriser et coordonner la créativité comme processus individuel et collectif au-delà des frontières connues.



LEADERSHIP MOBILISATEUR

Habilité relative à la capacité d'insuffler de l'énergie, de donner du sens, une orientation et un but, de susciter de l'enthousiasme et un élan à l'égard d'un changement.



CAPACITÉ À METTRE EN ŒUVRE DES INNOVATIONS

Utiliser et adapter des processus et des méthodes disponibles pour expérimenter, implanter, mesurer les impacts, pérenniser et valoriser les innovations.



PENSÉE ENTREPRENEURIALE

Rechercher et saisir des occasions, reconnaître leur potentiel et accepter leur part de risque dans le but d'obtenir des retombées significatives.



À quelle phase du déploiement faut-il mobiliser cet outil ?

**EN TOUS TEMPS
POUR FAVORISER LA
CULTURE
D'INNOVATION**



POUR EN SAVOIR + :
CEGISOV - PROGRAMME
AMBASSEUR.RICE EN INNOVATION

OUTIL : Jeu de la NASA

Utilité : Le Jeu de la NASA est un exercice de simulation en groupe qui vise à développer les compétences de travail collaboratif, de résolution de problèmes et de prise de décision collective. Il souligne donc l'importance de la communication et de la diversité des perspectives pour atteindre un consensus efficace dans un environnement incertain et soumis à des contraintes. Cet outil démontre l'importance du processus pour faire émerger des connaissances organisationnelles pertinentes.

Quand l'utiliser : Cet outil est particulièrement utile en phase de diffusion (pour favoriser le partage des bonnes pratiques de travail collaboratif et de prise de décision) et d'accroissement d'échelle (pour renforcer l'intégration des pratiques collaboratives à plus grande échelle).

Avec qui : Entre 5 à 10 participants, en incluant l'ensemble des parties prenantes de la hiérarchie aux soignants, sans oublier les directions de soutien comme les architectes, les informaticiens, etc.

Utilisation : D'une durée de 45 à 60 minutes, ce jeu de rôle confronte les participants à une situation de survie sur la Lune où ils doivent prioriser des éléments essentiels pour assurer leur propre survie. Chaque participant effectue tout d'abord un classement individuel en fixant un ordre de priorité. Cette étape montre l'importance de prendre le temps de travailler individuellement le sujet et la problématique pour que tous soient au fait de l'objectif commun. Les membres de l'équipe se réunissent ensuite pour échanger leurs opinions et décider d'un classement collectif en groupe. Enfin, les classements sont comparés avec celui des experts de la NASA. Se présentent alors deux cas de figure. Si le résultat collectif est meilleur que le résultat individuel, cela signifie que s'est manifesté un phénomène d'émergence lors de la séance de remue-ménages collective et que cela a permis de produire des connaissances et des réflexions meilleures que celles qui auraient été obtenues sur une base individuelle du fait de cette « intelligence collective ». En revanche, si le résultat collectif est moins bon que le résultat individuel, cela veut dire qu'un individu avait la connaissance, mais que la structure ne lui a pas permis de s'exprimer. Ce qui pourrait témoigner de la présence d'un leader charismatique ou hiérarchique qui n'a pas à lui seul toutes les connaissances pertinentes.

Porter une attention particulière :

- Plus on s'intéresse aux gens, plus la performance d'équipe augmente.
- Parler ne signifie pas toujours être écouté : veiller à l'écoute active.
- La pensée divergente est essentielle pour la créativité : il faut tenir compte de points de vue différents. La diversité des points de vue et des compétences enrichit la résolution des problèmes complexes.
- Il importe d'envisager le problème dans sa globalité, selon une approche systémique.
- L'organisation est un écosystème. L'innovation passe par un cadre structuré et l'autonomisation.

Cet outil est **particulièrement utile en phase de diffusion** pour favoriser le partage des bonnes pratiques de travail collaboratif, de prise de décision et d'accroissement d'échelle pour renforcer l'intégration des pratiques collaboratives à plus grande échelle.



À quelle phase du déploiement faut-il mobiliser cet outil ?

**PARTICULIÈREMENT
UTILE EN PHASE DE
DIFFUSION**



POUR EN SAVOIR + :



JEU DE LA NASA, MÉTHODE
PÉDAGOGIQUE, TRAVAUX &
INNOVATIONS NUMÉRO 171 –
OCTOBRE 2010

OUTIL : Diagnostic socio-économique

Présenté par : Sandra Bertezene dans le cadre de l'ATELIER D'HABILITATION:
Identifier et surpasser les freins à l'innovation pour faciliter une mise à l'échelle des innovations en santé du 28 mars 2024

Utilité : Cet outil est utile lorsque l'objectif est de démontrer le bien-fondé de l'innovation aux décideurs et de valoriser financièrement les améliorations du projet à déployer. Cet outil de contrôle de gestion partagé, synchronisé et piloté permet également d'identifier les dysfonctionnements, d'évaluer les coûts cachés et de développer des politiques organisationnelles ou d'en renforcer le développement.

Quand l'utiliser : Lors de la preuve de concept.

Avec qui : Avec l'ensemble des équipes en cause.

Projet:

Dysfonctionnement

Détail du calcul

Composants						Indicateurs					Total
Sursalaire	Surtemps	Surconsommation	Non production	Non création de potentiel	Risque	Absentéisme	Accident du travail	Rotation du personnel	Défaut de qualité	Perte de productivité directe	



À quelle phase du déploiement faut-il mobiliser cet outil ?

**PARTICULIÈREMENT
UTILE À LA PHASE DE
LA PREUVE DE
CONCEPT**



Définir le capital immatériel et le potentiel humain

Composantes du capital immatériel - Edvinsson & Malone (1997) et Sveiby (1997)

Capital humain

- Connaissance tacites et explicites des individus, capacités
- Corrélation capital humain et performance : créativité | savoir faire expérience, connaissances | motivation et satisfaction au travail | attitudes, comportements, savoir-être

Capital organisationnel

- Conditions et de l'organisation du travail, des processus de communication...

Capital relationnel

- Mise en relation avec les parties prenantes externes
- Collecte et diffusion des connaissances : coopération, partage...

POUR EN SAVOIR + :

Edvinsson, L., & Malone, M. (1997). *Intellectual capital : realizing your company's true value by finding its hidden brainpower*. New York, HarperBusiness.

Sveiby, Erik K. (1997). *The Intangible Assets Monitor*. *Journal of Human Resource Costing & Accounting*, vol. 2, no 1. Récupéré de <https://doi.org/10.1108/eb029036>

OUTIL : Diagnostic socio-économique

La théorie socio-économique (Savall et al. 2008; Savall et Zardet 2020) met l'accent sur l'identification et l'évaluation des coûts et des performances cachés imputables aux dysfonctionnements organisationnels.

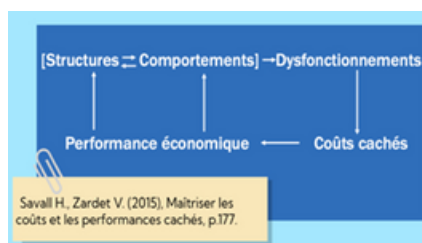
Utilisée depuis 1976 dans des milliers d'entreprises à travers le monde, cette approche repose sur un diagnostic en deux étapes. Intervient d'abord une analyse qualitative des zones de non-qualité et de non-efficience au sein de l'organisation.

Suit une évaluation de ces dysfonctionnements en termes quantitatifs et financiers. Le diagnostic repose sur trois méthodes de collecte de données : l'observation, l'étude de documents internes et les entretiens.

Cette méthode permet ainsi de mieux comprendre les coûts invisibles qui ont une incidence sur la performance organisationnelle (Bertezen, S. (2021)).

Évaluer et piloter le capital immatériel

- IMPORTANT : Impossibilité de comptabiliser le capital immatériel!
- Les interactions entre les comportements humains et les structures induisent des dysfonctionnements. Leur régulation entraîne des pertes de valeur ajoutée, des coûts cachés qui ont des répercussions sur la performance de l'organisation économique et sociale.



À quelle phase du déploiement faut-il mobiliser cet outil ?

**PARTICULIÈREMENT
UTILE À LA PHASE DE
LA PREUVE DE
CONCEPT**

Étapes du diagnostic socio-économique

1. Identification et analyse qualitative des zones de non-qualité et de non-efficience présentes dans l'établissement	Éléments à considérer en entretien	Conditions de travail
		Organisation du travail
		Communication-coordination-concertation
		Gestion du temps
		Formation intégrée
		Mise en œuvre stratégique
2. Évaluation des régulations en termes quantitatifs et financiers	2.1 Composantes des coûts cachés à considérer	Surtemps
		Non création de potentiel
		Surconsommation
		Non production
		Sursalaire
		Risques
	2.2 Indicateurs des coûts cachés à considérer	Défaut de qualité
		Écart de productivité
		Absentéisme
		Accident du travail
		Rotation du personnel

OUTIL : Diagnostic socio-économique

Calcul de la contribution horaire à la valeur ajoutée sur coûts variables (CHVACV)

Pour calculer l'apport de chaque personne à la performance globale, l'hypothèse du calcul socio-économique repose sur l'isoproduktivité du temps de travail, soit la notion selon laquelle chaque heure travaillée, quel que soit l'individu ou le moment, génère une production moyenne stable.

L'équation suivante permet d'additionner les temps humains à la performance globale :

$$CHVACV = \frac{(MARGE BRUTE SUR COÛTS VARIABLES (MCV))}{(NOMBRE D' HEURES DE TRAVAIL ATTENDUES)}$$

Calcul détaillé :

$$CHVACV = \frac{(MARGE BRUTE SUR COÛTS VARIABLES (MCV))}{(NOMBRE D' HEURES DE TRAVAIL ATTENDUES (SUR UNE ANNÉE POUR RÉALISER LE NIVEAU D'ACTIVITÉ PRÉVU, TOUTES CATÉGORIES DE PERSONNEL CONFONDUES))}$$



À quelle phase du déploiement faut-il mobiliser cet outil ?

**PARTICULIÈREMENT
UTILE À LA PHASE DE
LA PREUVE DE
CONCEPT**

EXEMPLE D'APPLICATION :

DÉFAUT DE QUALITÉ – EXEMPLE D'APPLICATION

Projet : Développement d'une application du suivi de la réadaptation cardiaque

Dysfonctionnement -											TOTAL
« Il arrive que le programme soit modifié à la dernière minute et les patients reçoivent trop tard les informations relatives à leur rendez-vous : parfois la veille pour le lendemain ; dans ce cas, certains patients ne peuvent pas venir à leur rendez-vous d'entraînement à l'effort et bien sûr, ce n'est pas l'idéal pour leur santé. » (Sphère médicale, encadrement)											
Détail du calcul -											
La déprogrammation et la reprogrammation tardive de certains entraînements à l'effort empêchent des patients de suivre les séances, ce qui entraîne un risque pour la santé de ces patients.											
Composants						Indicateurs					
Sursalaire	Surtemps	Surconsommation	Non production	Non création de potentiel	Risque	Absentéisme	Accident du travail	Rotation du personnel	Défaut de qualité	Perte de productivité directe	
					X				X		Dégradation de la santé de certains patients Dégradation de l'image de l'établissement