

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract	v
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	xi
Liste des abréviations.....	xiii
Remerciements.....	xv
1 Introduction	1
1.1 Loi sur la représentation des ressources	1
1.2 Règlement sur la classification des services offerts en RI-RTF	2
1.3 Cadre de référence RI-RTF.....	3
1.3.1 Critères de succès.....	4
1.4 Acteurs dans l'implantation du cadre de référence	5
1.4.1 Les établissements de santé	6
1.4.2 Ressources intermédiaires et de type familial	7
1.4.3 Les autres parties prenantes.....	7
1.5 Le changement amorcé.....	8
1.6 Question de recherche.....	9
2 Recension des écrits	11
2.1 Le changement	11
2.2 La planification	11
2.3 L'implantation	12
2.4 État de la situation.....	12
2.5 Moment propice au changement	13
2.6 Détermination d'une vision.....	14
2.7 Mécanismes de changement.....	15
2.7.1 Mécanismes pour atténuer les résistances au changement	15
2.7.2 Stratégie de communication	17
2.7.3 Incitatifs motivationnels.....	18
2.7.4 Stratégie d'évaluation	19
2.7.5 Système de formation	20
2.8 Intervenants.....	20
2.8.1 Leadership.....	21
2.8.2 Équipe responsable du changement.....	21
2.9 Modèle d'analyse	22
3 Méthodologie	27
3.1 Instrument de mesure	27

3.2 Population à l'étude.....	28
3.3 Déroulement de la collecte de données	28
3.4 Déontologie de la recherche.....	29
3.5 Démarche statistique	29
4 Résultats.....	33
4.1 Validité de l'échantillon.....	33
4.2 Analyse descriptive	33
4.3 Analyse de la variance.....	50
4.4 Analyse des forces et des faiblesses de la planification.....	54
5 Discussion.....	61
5.1 Dimension « objectif ».....	61
5.2 Dimension « besoin »	62
5.3 Dimension « contrainte ».....	62
5.4 Dimension « moyen ».....	64
5.5 Dimension « intervenant ».....	66
5.6 Forces et faiblesses de la planification	68
6 Conclusion	71
6.1 Principaux constats	71
6.2 Limites de l'étude.....	72
6.3 Voies de recherches suggérées	72
7 Bibliographie	75
Annexe 1 : Questionnaire.....	81

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition du nombre d'utilisateurs par programmes-services.....	6
Tableau 2 : Les variables à l'étude rattachées aux dimensions du modèle d'analyse	30
Tableau 3 : Distribution des répondants par types d'établissements	33
Tableau 4 : Statistiques descriptives pour la dimension objectif	34
Tableau 5 : Statistiques descriptives pour la dimension besoin	37
Tableau 6 : Statistiques descriptives pour la dimension contrainte	38
Tableau 7 : Statistiques descriptives pour la dimension moyen	41
Tableau 8 : Statistiques descriptives pour la dimension intervenant	44
Tableau 9 : Tests de normalité de la distribution des variables dépendantes (dimensions) avec comme facteur d'intérêt la mission de l'établissement	51
Tableau 10 : Résultats sommaire de l'analyse de la variance pour chacune des dimensions selon la mission des établissements et degré de signification	52
Tableau 11: Test de Levene pour l'égalité des erreurs de variance.....	53
Tableau 12 : Résultats des comparaisons multiples effectuées sur les quatre niveaux de la variable indépendante «mission» en relation avec chacune des variables dépendantes «Besoin», «Contrainte» et «Moyen».....	53

Liste des figures

Figure 1: Séquence d'utilisation de l'instrument présenté par le ministère de la Santé et des Services sociaux.	3
Figure 2 : Cadre conceptuel de la planification du changement adapté de Plante et Bouchard (2002)	23
Figure 3 : Forces et faiblesses de la planification des Centres de santé et services sociaux	55
Figure 4 : Forces et faiblesses de la planification des Centres jeunesse	57
Figure 5 : Forces et faiblesses de la planification des Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement	58
Figure 6 : Forces et faiblesses de la planification pour « Autres »	59
Figure 7 : Portrait global des forces et des faiblesses de la planification du cadre de référence RI-RTF des établissements	60

Liste des abréviations

CÉRUL : Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval

CJ : Centre jeunesse

CRDITED : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement

CSSS : Centre de Santé et des Services sociaux

DG : Direction générale

ER : Équipe responsable

E-T : Écart-type

GR : Gestionnaire responsable

ICM : Intervalle de confiance à la moyenne

II : Instances internes

LRR : Loi sur la représentation des ressources

LSD : Least significant difference method

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

RES : Ressource intermédiaire et de type familial

RI : Ressource intermédiaire

RTF : Ressource de type familial

RSSQ : Réseau de la santé et des services sociaux du Québec

SIRTF : Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier mes professeurs du Département d'économie agroalimentaire et des sciences de la consommation. Chacun de vous réussissez à merveille à nous transmettre votre expertise avec beaucoup de passion. Votre porte est toujours ouverte et vous nous amenez à toujours pousser notre réflexion un peu plus loin.

Un merci spécial à ma directrice Chantal Bouchard qui m'a proposé ce projet de recherche. Merci pour votre temps, vos idées et vos corrections qui m'ont permis d'améliorer ce mémoire.

Un grand merci aussi à Mme Julie Couture et à Mme Céline Fréchette du ministère de la Santé et des Services sociaux. Votre collaboration lors du processus de recrutement des participants fut très appréciée. Sans votre aide, il m'aurait été bien difficile de compléter mon mémoire, je vous en suis très reconnaissante.

Je ne peux passer sous silence l'aide de mes parents. C'est grâce à vous qu'aujourd'hui que j'ai terminé ce mémoire. Malgré un parcours scolaire plutôt difficile, vous avez toujours cru en mes capacités et m'avez encouragée à ne jamais lâcher. Merci de m'avoir transmis l'importance des études et d'avoir corrigé chacun de mes travaux scolaires, du premier à la maternelle à ce mémoire de maîtrise. Quel chemin parcouru !

Un grand remerciement à mes collègues du 4326, spécialement à Enrico, Olivier, Camille, Mélissa, Marie-Claude et Rock. Toutes les heures passées ensemble, les moments les plus difficiles comme les grandes joies, je suis contente de les avoir vécus avec vous. Je suis certaine que tous et toutes allez accomplir de grandes choses.

À toi Camille, merci pour la correction de ce mémoire, quelle chance d'avoir une amie en littérature ! Te côtoyer est un pur bonheur. Tu amènes du soleil dans les jours les plus gris. Ta joie de vivre est contagieuse et je suis très choyée d'avoir une personne comme toi dans ma vie.

For you Kate, thank you for being my translator. Even miles away, we stay in each other lives. Every text, every news I get from you makes me really happy. The time that we spend together in Vimy and traveling around Europe will always be one of the best time in my life.

Finalement, merci à toi mon chéri de ton soutien et ta disponibilité malgré tes horaires chargés. Tu as su me reconforter dans mes grandes noirceurs et dans mes périodes de doute, mais surtout, tu as célébré chacun de mes accomplissements. Merci pour toutes les heures de correction que tu as mises dans ce mémoire. Tes encouragements après chaque lecture me permettaient de continuer avec plus de confiance. Tu es une personne extraordinaire, munie d'une intelligence incroyable, mais surtout de la plus grande gentillesse.

1 Introduction

L'amélioration continue des pratiques professionnelles est devenue une préoccupation importante dans plusieurs milieux, et ce notamment dans le secteur de la santé. Le gouvernement du Québec en a même fait une disposition légale le 19 décembre 2005. Ainsi, il est devenu obligatoire pour les établissements de santé et des services sociaux d'obtenir l'agrément de ses services auprès d'un organisme d'accréditation reconnu (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 2014). Pour l'obtenir, un établissement se doit de suivre les pratiques reconnues afin d'offrir à l'utilisateur des services rendus dans le respect de ses droits et de ses besoins. Il se doit de le faire en respectant la législation. Au cours des dernières années, plusieurs changements législatifs concernant les établissements de santé et les ressources intermédiaires (RI) ou de type familial (RTF) ont eu lieu. En 2009, l'Assemblée nationale adoptait la Loi sur la représentation des ressources. Il s'en suivit, en 2012, l'adoption du Règlement sur la classification des services offerts en RI-RTF et les conclusions des ententes collectives et nationales. Ces changements législatifs ont entraîné une révision des outils structurant les pratiques professionnelles et c'est dans ce contexte que le ministère de la Santé et des Services sociaux a élaboré le Cadre de référence RI-RTF paru en avril 2014.

Le chapitre suivant présente les outils développés par le MSSS pour faciliter l'adaptation des établissements de santé et services sociaux au nouveau contexte législatif. Ainsi, il est question du Règlement sur la classification des services offerts en RI-RTF et du Cadre de référence RI-RTF. De plus, une description des différents acteurs du secteur de la santé est élaborée. Le chapitre se termine par une description de la problématique qu'un tel changement amène.

1.1 Loi sur la représentation des ressources

Ces changements législatifs ont débuté alors que la Cour supérieure jugeait inconditionnelle la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Celle-ci considérait que les gens qui exploitaient une ressource intermédiaire (RI) ou de type familial (RTF), étaient des travailleurs autonomes. Ces ressources n'avaient alors aucun contrat de travail avec les établissements de santé et des services sociaux. Il leur était par le fait même impossible de s'associer. De plus, comme la majorité de ces travailleurs était des femmes, cela créait une discrimination dans le domaine des soins (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014). Suivant le jugement de la Cour Supérieure, le gouvernement adopta, en 2009, la Loi sur la représentation des ressources qui accordait aux ressources le droit de s'associer malgré leur statut de travailleurs autonomes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014).

1.2 Règlement sur la classification des services offerts en RI-RTF

L'instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance « a été élaboré pour s'assurer que les changements apportés par le Règlement ainsi que les nouveaux paramètres qui en découlent pourront être appliqués de manière appropriée par l'ensemble des acteurs visés » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, p.4). L'objectif principal est « de développer une compréhension commune de l'Instrument pour les utilisateurs, de soutenir ceux-ci dans son emploi et d'en standardiser l'application » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013). Il vise aussi la classification des services offerts par les RI et les RTF (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, p.4). Par celui-ci, le ministère vient préciser et définir les différents services qui doivent être offerts aux usagers. Il fournit les éléments de base quant au contrôle de la qualité des services rendus tout en clarifiant les attentes des établissements (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013).

Pour s'assurer que la classification soit bien standardisée, l'instrument détermine une liste de l'ensemble des services de soutien ou d'assistance pouvant être offerts par une ressource, pour ainsi assurer à l'utilisateur un traitement adapté à ses besoins et à sa situation (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013). L'instrument apporte aussi une distinction sur le plan des services de soutien ou d'assistance. Il les distingue sous l'appellation « services communs » et « services particuliers ». Les services communs « représentent les services généraux devant être offerts par toutes les ressources et pour tous les types de clientèle » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, p. 19), tandis que les services particuliers « représentent les services qui se révèlent précisément requis par la condition de l'utilisateur pour lequel l'établissement réalise la classification » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, p. 19). De plus, l'instrument précise les éléments qui doivent être transmis à la ressource lors de l'accueil de l'utilisateur, afin d'offrir à celui-ci un service de qualité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013). En somme, il indique qui est l'utilisateur, quels sont ses besoins et quels sont les services requis à lui rendre (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013).

Pour s'assurer de l'uniformisation de l'utilisation de l'instrument, une séquence d'utilisation en cinq étapes a été élaborée.

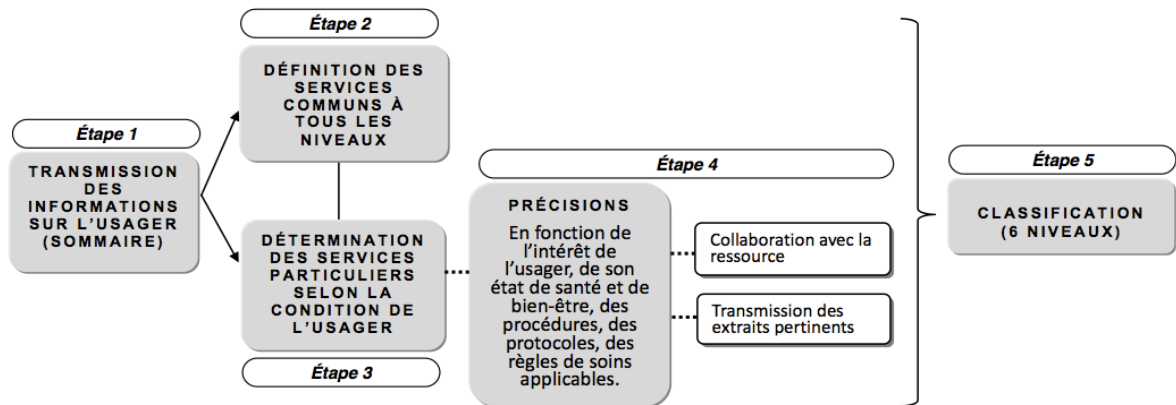


Figure 1: Séquence d'utilisation de l'instrument présenté par le ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013a, p. 21). Guide d'utilisation de l'instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance. Gouvernement du Québec.

Avec ce nouvel instrument, l'utilisateur et ses besoins sont placés « au cœur de la démarche de classification, tout en assurant une meilleure compréhension de la nature des services de soutien ou d'assistance qui doivent être offerts » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, p.16).

1.3 Cadre de référence RI-RTF

La publication du Cadre de référence RI-RTF a eu lieu en avril 2014. Son architecture se décompose en sept chapitres énonçant la mise en contexte, l'historique et le portrait des clientèles en ressources intermédiaires et de type familial ; la présentation du cadre de référence ; les ressources intermédiaires et de type familial ; la démarche de recrutement et d'évaluation d'un postulant ; les établissements publics de services de santé et des services sociaux ; la relation entre l'établissement et la ressource et le système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014).

Des orientations et des principes directeurs favorisant le respect du droit et des besoins de l'utilisateur ont été élaborés pour guider l'établissement dans l'application du cadre de référence. Ainsi, six orientations sont présentées (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014) :

1. Favoriser l'intégration et la participation sociale de l'utilisateur.
2. Assurer des services de qualité.
3. Favoriser l'accessibilité à une ressource intermédiaire ou de type familial.
4. Assurer la stabilité de l'utilisateur dans son milieu de vie et la continuité des services qui lui sont offerts.

5. Mettre en place une organisation des services efficace et efficiente s'inscrivant dans une culture et une gestion intégrée de la qualité.
6. Assurer des relations entre l'établissement et la ressource RI-RTF fondées sur la bonne foi et les valeurs du cadre.

Pour répondre à ces orientations, six objectifs ont été élaborés par le MSSS (2014) :

1. Énoncer et faire connaître aux établissements et aux ressources intermédiaires et de type familial les orientations, les principes directeurs et les assises pour l'organisation, la gestion et la prestation de services en ressources intermédiaires et de type familial.
2. Offrir aux établissements et aux ressources intermédiaires et de type familial une référence commune en ce qui a trait aux orientations ministérielles à l'égard de l'organisation, la gestion et la prestation de services en ressources intermédiaires et de type familial.
3. Fournir aux établissements des balises et des outils pour assurer le recrutement, le développement, l'utilisation et le maintien de ressources procurant un milieu de vie et offrant des services de qualité et aptes à répondre aux besoins diversifiés et évolutifs de l'utilisateur.
4. Préciser les rôles et les responsabilités des établissements et des ressources intermédiaires et de type familial.
5. Favoriser une harmonisation dans l'organisation, la gestion et la prestation de services de qualité de même que dans les activités entourant les ressources intermédiaires et de type familial, dans le respect des particularités régionales, des cultures et des besoins spécifiques des clientèles variées.
6. Encourager le développement ou le maintien de relations fondées sur la bonne foi et les valeurs du présent cadre de référence entre les établissements et les ressources intermédiaires et de type familial.

Il est du devoir de l'établissement de faire l'évaluation des services qui sont offerts à l'utilisateur qui est confié à une ressource. L'évaluation s'insère dans un cycle d'amélioration continu et intégré de la qualité des services offerts, le but étant de toujours offrir des services de qualité à l'utilisateur, considérant que ses besoins évoluent dans le temps. Le processus d'évaluation « vise à s'assurer que la qualité des services rendus à l'utilisateur par l'établissement et la ressource soit tel que voulu » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, p. 159). Le cadre spécifie aussi que le processus « n'a pas pour but d'intervenir de manière coercitive notamment à l'endroit de la ressource, bien que selon la situation, il peut constituer une portée d'entrée vers l'application d'autres processus, qui eux, pourraient notamment être de nature coercitive » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, p. 159). Pour s'assurer du respect de ses éléments, le cadre de référence émet des critères de succès.

1.3.1 Critères de succès

Pour faciliter l'application du cadre de référence par les établissements de santé, des critères de succès à l'implantation y ont été incorporés. Avant même l'entrée en vigueur du nouveau cadre de référence, l'établissement avait l'obligation d'obtenir l'accord de l'agrément auprès d'un organisme d'accréditation reconnu. Cette obligation est toujours présente dans le cadre de référence, mais il est précisé que l'établissement doit aussi développer une culture intégrée de la qualité. Ces deux conditions ont comme

objectif d'offrir à l'utilisateur les meilleures pratiques en matière de qualité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014).

Il revient à l'établissement de déterminer les soins que la ressource doit administrer à l'utilisateur qui lui est confié. Il détermine ces pratiques par l'entremise de l'Instrument de détermination et de classification. Pour s'assurer que la ressource puisse accomplir ses activités selon les règles de l'art, l'établissement doit offrir la formation qui lui est nécessaire (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014). De plus, l'établissement se doit de développer des stratégies de mobilisation, de concertation, de coordination et de communication claires et efficaces. Pour s'assurer de la qualité de celles-ci, il doit faire l'évaluation une fois qu'elles sont déployées (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014).

Un des éléments qui ressort le plus du cadre de référence est la relation de collaboration qui doit s'établir entre l'établissement et la ressource. Cette collaboration s'étend aussi aux différents partenaires à l'implantation, il revient alors à l'établissement de développer les ententes de collaboration nécessaires (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014).

L'établissement se doit de revoir ses politiques et ses procédures afin de se conformer au présent cadre, particulièrement lorsqu'il est question de l'application du processus de la qualité. Il doit aussi mettre en place des politiques et des procédures pour assurer la traçabilité de l'information relative aux suivis professionnels de l'utilisateur. Ces pratiques et ces politiques nouvelles ou corrigées se doivent d'être diffusées et évaluées pour s'assurer qu'elles restent conformes aux activités du suivi professionnel de l'utilisateur tout en respectant les lois et règlements appropriés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014).

Lorsqu'il est question de l'application et du suivi du processus de contrôle de la qualité, le cadre de référence indique que l'établissement doit nommer une personne responsable et imputable. Son rôle et ses responsabilités se doivent d'être préalablement déterminés et diffusés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014).

1.4 Acteurs dans l'implantation du cadre de référence

Le nouveau cadre de référence RI-RTF structure les pratiques professionnelles d'environ 276 établissements de santé et près de 8 720 ressources qui ont à leur charge plus de 32 815 usagers (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014). Ces usagers placés dans ces deux types de ressources sont notamment des jeunes en difficulté, des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes présentant une déficience physique, intellectuelle ou aux prises avec des problèmes de santé mentale (Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux- Ressources intermédiaires-Ressources de type familial, 2013). Les statistiques tirées du système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial tendent à

indiquer une augmentation de l'utilisation de ces ressources. Dans un rapport effectué en 2010, le MSSS rapportait qu'entre 2003 et 2010, le nombre d'utilisateurs des ressources (sauf la clientèle des Centres jeunesse) a augmenté de 12,7 %. La répartition des utilisateurs par programmes-services est présentée dans le tableau 1.

Un des éléments importants du cadre de référence est la compréhension et le respect des différents rôles des acteurs. D'ailleurs, c'est la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui répartit les responsabilités des différents acteurs, pour ainsi « favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des utilisateurs de ces services » (art.2 al. 8). Le rôle des établissements, des ressources et des parties prenantes est expliqué ci-après.

Tableau 1 : Répartition du nombre d'utilisateurs par programmes-services

Programmes-services	Nombre de place
Adaptation sociale	71
Déficience intellectuelle	10 935
Déficience physique	361
Dépendances	81
Jeunes en difficulté	7 597
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	7 993
Santé mentale	5 617
Santé physique	32
Troubles envahissants du développement	98
Non déterminé	49
Totaux	32 815

Note : Données provenant du Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Place occupée par programme-service au 31 mars 2013.*

1.4.1 Les établissements de santé

Comme mentionné précédemment, conformément à l'article 305 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il revient à l'établissement de santé de procéder au recrutement et à l'analyse des dossiers des ressources intermédiaires et de type familial en vue de leur reconnaissance par une agence de santé et de services sociaux. En plus, l'établissement doit élaborer pour les utilisateurs le plan d'intervention identifiant « ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis » (art. 102). Selon l'article 100 de la même loi, il doit « assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes de leurs besoins spirituels [...] » et « [...] en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources de la région et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir (art. 100 al. 3) ». Auparavant, il revenait à l'établissement d'assurer le suivi professionnel de l'utilisateur et de la ressource. Suivant le nouveau cadre de

référence, l'établissement assume seulement le suivi professionnel de l'utilisateur qu'il a confié à une ressource (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014).

1.4.2 Ressources intermédiaires et de type familial

Il convient de faire la distinction entre ces deux types de ressources. L'article 302 de la Loi sur les Services de Santé et Services sociaux définit une ressource intermédiaire comme suit :

Est une ressource intermédiaire toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'utilisateurs par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition.

L'immeuble ou le local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire n'est pas réputé être une installation maintenue par l'établissement public auquel la ressource est rattachée, sauf pour l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) où il est alors considéré comme lieu d'hébergement d'un établissement qui exploite un Centre de réadaptation (Art. 302).

Une ressource de type familial peut prendre plusieurs formes, l'article 312 de la Loi sur les Services de Santé et Services sociaux définit chacune d'elles ainsi :

Peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial.

Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel (Art. 312).

Le cadre de référence va encore plus loin dans sa définition d'une ressource. Il la définit selon trois composantes soit la personne responsable, le milieu de vie et le projet. Respectivement cela signifie, « la personne physique, morale ou société de personnes ; la résidence principale de la personne responsable ou d'une installation ; le type de ressource et le type d'organisation résidentielle proposés ainsi que la clientèle visée joints à l'offre de services de soutien ou d'assistance » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, p. 44).

1.4.3 Les autres parties prenantes

Les autres parties prenantes à l'implantation du cadre de référence RI-RTF sont des instances officielles de l'établissement, le comité de direction et des comités externes à l'établissement. Ces instances peuvent

contribuer « à la planification, à la réalisation, à la vérification et au suivi » de l'implantation du cadre de référence (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, p. 164). Ce sont des gens dont la collaboration est essentielle pour le bon fonctionnement de l'implantation. Le groupe représentant les instances officielles de l'établissement se compose, par exemple, du comité de vigilance et de la qualité, du comité de gestion des risques, du comité local de concertation des ententes collectives, de la direction des services professionnels. Le conseil d'administration de l'établissement est aussi impliqué dans l'implantation tout comme le comité des usagers dont les membres sont externes à l'établissement. Ceux-ci défendent les droits des usagers.

1.5 Le changement amorcé

L'implantation du cadre de référence RI-RTF constitue un changement substantiel dans les pratiques des établissements. En effet, le cadre impose une nouvelle démarche de recrutement et d'évaluation d'un postulant à devenir une ressource RI-RT. Il détermine les mécanismes et les critères d'accès aux services d'une ressource et tout le suivi professionnel de l'utilisateur confié à une ressource. De plus, la loi et le cadre de référence exigent un travail de collaboration entre la ressource et l'établissement. De tels changements nécessitent des ajustements majeurs dans les pratiques des établissements qui doivent revoir leurs stratégies de recrutement et de jumelage, leurs méthodes d'évaluation des services offerts et la façon de collaborer avec les ressources. Il est alors question d'un changement de culture. Un tel changement est l'un des plus difficiles à implanter, et ce, spécialement dans le secteur de la santé (Albliwi, Antony, Abdul Halim Lim, et van der Wiele, 2014; Bhasin, 2012). Un changement organisationnel comme celui qui s'amorce est un de ceux qui entraînent le plus souvent de la résistance de la part des employés et c'est pourquoi les changements qui ne compromettent pas la culture de l'organisation ont généralement plus de succès (Mento, Jones, et Dirndorfer, 2002). Lorsque le changement oblige à redéfinir la culture organisationnelle, il faut alors commencer par définir ce qu'il faut changer et comment la culture a évolué dans le temps (Sidorko, 2008), car sans une évaluation de la sorte, il y aura de la résistance et le changement ne pourra se produire (Broadbent, Jacobs, et Laughlin, 2001). Plusieurs études montrent d'ailleurs que 33 % à 80 % des changements entrepris dans les organisations sont voués à connaître l'échec (Appelbaum, Habashy, Malo, et Shafiq, 2012; Kotter, 2008; Whelan-Berry et Somerville, 2010). Lorsque les dirigeants doivent énoncer la principale raison de l'échec, la résistance au changement est la plus souvent énoncée (Erwin et Garman, 2010; Smollan, 2011). Lors de ces changements, les dirigeants vont souvent accorder une attention particulière aux aspects techniques du processus en oubliant le côté humain, par exemple, la communication, la formation et le suivi aux employés. En agissant ainsi, la résistance n'est pas considérée dans la préparation des changements à implanter (Palmer, 2004; Val et Fuentes, 2003).

Pour le moment, le Ministère émet dans le cadre de référence RI-RTF des critères de succès à appliquer afin de réussir l'implantation. Toutefois, il revient aux établissements de faire la planification et l'implantation de ce cadre. Ils doivent alors développer des stratégies efficaces entraînant le moins de résistance possible de la part du personnel des établissements et des ressources RI-RTF, pour répondre aux exigences du Ministère.

1.6 Question de recherche

Les écrits spécialisés présentent un grand nombre de variables et de modèles pouvant favoriser le succès de l'implantation d'un changement. Parmi ceux-ci, certains présentent un certain nombre de facteurs pouvant être utilisés lors de la planification d'une telle implantation. Les écrits abondent d'articles en ce sens ; certains appuient leur recherche par des données probantes et d'autres par des expériences sur le terrain. L'abondance des écrits spécialisés représente un agrégat plus ou moins cohérent sur lequel peut reposer la planification de l'implantation du cadre de référence RI-RTF. Il devient alors primordial pour les établissements de santé de déterminer les stratégies et les facteurs assurant le succès de l'implantation en tenant compte du contexte particulier entourant le déroulement du projet. Cette étude est donc essentielle pour pallier au manque de recherche empirique sur le sujet.

La question de recherche centrale de l'étude se formule donc ainsi :

Parmi les facteurs identifiés dans les écrits spécialisés et le cadre de référence RI-RTF, quels sont ceux qui ont été pris en compte dans la planification des établissements de santé pour s'assurer le succès de l'implantation?

Compte tenu de l'ampleur du changement que cela implique, les résistances seront nombreuses autant de la part des employés des établissements, des parties prenantes ou des ressources. Si le succès d'une telle implantation repose en grande partie sur les établissements, il n'en demeure pas moins qu'en l'absence d'une planification rigoureuse, le risque est élevé pour que l'implantation du processus soit ardue et qu'elle n'atteigne pas les résultats escomptés. Dans cette optique, l'étude fait un état de la situation des actions planifiées par les établissements en regard des meilleures pratiques énoncées dans les écrits spécialisés.

2 Recension des écrits

À la suite de l'examen de plusieurs modèles de planification et d'implantation, notamment ceux de Lewin, Kotter et Doppelt, et à la suite de plusieurs lectures d'articles et d'études de cas décrits par des gestionnaires et des spécialistes du domaine, plusieurs éléments influençant la réussite ou l'échec d'une implantation de changement ont été identifiés. Avant d'approfondir ces facteurs, il est important de définir ce qui est entendu par changement, planification et implantation. Il est à noter que lors des recherches, aucun article scientifique basé sur des résultats d'études ayant mesuré ou évalué l'influence de ces éléments n'a été répertorié sur le sujet.

Le chapitre qui suit présente les différents facteurs importants à considérer lors d'une planification de changement. Les facteurs sont regroupés sous huit sous-chapitres: le changement, la planification, l'implantation, l'état de la situation, le moment propice au changement, la détermination d'une vision, les mécanismes de changement et les intervenants. Le chapitre se termine par un résumé de chacun de ces éléments en les repositionnant dans un modèle d'analyse inspiré de celui de Bouchard et Plante (2002).

2.1 Le changement

Le changement se caractérise par une rupture de la routine pour en adopter une nouvelle. Pour l'individu, un changement organisationnel « représente [...] une déstructuration puis une restructuration de sa situation de travail. Que le changement soit minime ou important, l'individu devra consacrer des efforts pour s'adapter à une nouvelle réalité » (Ouellet, Pellerin, et Groupe CFC., 1996). Selon Bareil (2004), pour qu'il y ait changement, celui-ci doit passer par le personnel. En effet, « le changement n'existe que dans la mesure où de nouveaux gestes apparaissent, où de nouvelles façons de faire sont mises à l'épreuve et deviennent des habitudes ». Marsan (2008) définit le changement comme étant :

Le processus dynamique qui permet de passer d'un état A à un état B. [...] Le changement est essentiellement un flux continu de transformations, impliquant des moments, des mutations internes, instants dynamiques et parfois turbulents qui causent aussi bien les résistances que les leviers de la résilience, de la créativité et de l'innovation.

Peu importe le changement que l'organisation entreprend, celui-ci risque d'être difficile à accepter pour les employés (Luecke et Barton, 2004) et il peut en découler une certaine résistance de la part du personnel. Pour qu'un changement s'opère, il faut le planifier minutieusement.

2.2 La planification

La planification se définit comme étant « le processus permettant de déterminer la situation actuelle de l'entreprise et ses ambitions pour l'avenir et à partir de là, d'établir le plan d'action à suivre, compte tenu des

occasions d'affaires, des menaces, des forces et des faiblesses de l'entreprise » (Dessler et al., 2003). Ainsi, lorsqu'une organisation développe un nouveau programme, elle se doit de planifier son application sur le terrain (Gross, Ashkenazi, Tabenkin, Porath, et Aviram, 2008). Selon Bryson et Bromiley (1993), la préparation de l'implantation doit reposer sur trois éléments : évaluer le contexte entourant le projet, élaborer la planification de l'implantation et déterminer le résultat à atteindre.

2.3 L'implantation

Plusieurs auteurs se sont penchés sur la définition de ce qu'était une implantation. Elle peut être résumée comme étant « une procédure utilisée lors d'un processus de changement planifié énonçant les étapes à suivre pour s'assurer que les parties prenantes embarqueront dans le changement » (Nutt, 1986). Elle peut se traduire par la coordination d'activités (Ellinger, Daugherty, et Gustin, 1997) ou de la communication des changements (Crittenden, 1992). Selon Basnet (2013), l'implantation est « un mélange entre la coordination, la communication et les relations affectives ». Finalement, Barry (2001) voit l'implantation comme « l'intégration à une plus grande société tout en conservant à la fois l'intégrité culturelle du groupe ». Plus encore, selon Alter et Ginzberg (1978), le succès de l'implantation repose sur sa planification. Dans le cadre du projet, l'implantation se veut un mélange de toutes ces définitions. Ainsi, la coordination et la communication des nouvelles façons de faire développées dans le cadre de référence RI-RTF doivent être soigneusement planifiées pour réussir à répondre aux nouvelles exigences du MSSS.

Comme mentionné précédemment, le succès d'une implantation repose sur sa planification. Les écrits spécialisés présentent une multitude de facteurs à considérer lors de cette planification. Dans les lignes qui suivent, ces facteurs sont présentés selon la classification et l'ordre suivant : l'état de la situation, la détermination du moment propice pour faire le changement, la détermination d'une vision, les mécanismes de changement et les intervenants. Chacun de ces facteurs doit être présent dans la planification faite par les établissements de santé et des ressources intermédiaires et de type familial afin de réussir l'implantation du cadre de référence RI-RTF.

2.4 État de la situation

Avant d'amorcer la planification de l'implantation du cadre de référence RI-RTF, l'établissement doit d'abord se connaître. Pour cela, il doit déterminer ses forces, ses faiblesses, les opportunités et les menaces qui l'entourent (Rego et Nunes, 2010). Les forces et les faiblesses font référence à « des facteurs internes à l'organisation et représentent ses habiletés ou ses compétences ou ses inhabiletés et ses incompétences, à répondre à la dynamique de l'environnement externe qui a un impact profond sur les buts et les objectifs de l'entreprise » ("Editorial," 2011; Rego et Nunes, 2010). Les opportunités et les menaces constituent les

facteurs externes. « Les opportunités ont un impact positif sur les efforts de l'organisation pour accomplir les objectifs [...] tandis que les menaces ont un impact négatif sur les efforts de l'organisation à accomplir les objectifs, spécialement parce [qu'elles] ont un impact sur la faiblesse de l'organisation » ("Editorial," 2011). Un autre élément important lors de la planification est d'identifier les endroits ou les moments où les risques de dérapages peuvent subvenir et planifier les solutions pour y remédier (Alter et Ginzberg, 1978). Le plan doit spécifier les stratégies à adopter, à quel moment et comment. Il faut aussi, dès la planification, identifier les personnes ayant le plus de leadership et déterminer l'équipe qui mènera le changement. De plus, les employés devraient participer à l'élaboration de la planification (Gross et al., 2008). Quelle que soit la stratégie élaborée, elle devrait être dynamique (Floyd et Wooldridge, 1992). L'organisation doit aussi prendre le temps de bien choisir le moment où l'implantation débutera puisque pour que le changement connaisse du succès et que les employés s'engagent, ils doivent sentir l'urgence du besoin de changement au sein de l'établissement dès le début du processus.

2.5 Moment propice au changement

Une situation est urgente selon le contexte qui l'entoure. Ainsi l'intervention peut être justifiée par la gravité de la situation, en regard du nombre de personnes touchées, ou d'ordre financier (Gross et al., 2008).

Selon Mento, Jones et Dimdorfer (2002), il existe deux façons d'évaluer si le moment est opportun à l'initiation du changement. La première consiste à évaluer le stress à l'intérieur de l'entreprise. Par exemple, un élément de stress peut subvenir lorsque tous les employés se battent pour les mêmes ressources. La deuxième façon consiste à analyser les changements précédents pour savoir si l'organisation est prête à en entamer un nouveau. Pour Kotter (1995), un changement ne devrait jamais avoir lieu à moins que le niveau d'urgence soit très élevé. Selon ce dernier, lorsque 75 % des gestionnaires indiquent qu'un changement s'impose, l'organisation doit le faire. À un taux plus bas, aucun changement ne devrait être apporté. Pour Buchanan (2005), le moment et le rythme des événements peuvent être fatidiques pour la durabilité du changement. Ainsi, accélérer l'implantation du changement risque d'entraîner de la fatigue et de ne pas laisser assez de temps aux employés de s'adapter correctement puisque celui-ci a été non préparé et précipité. De là, toute l'importance de bien choisir le moment pour implanter le changement. Le temps alloué pour faire ce changement devrait être assez long pour permettre à l'organisation d'utiliser les stratégies les plus adéquates. En revanche, il faut être vigilant, car avec trop de temps disponible, il a été démontré que les organisations avaient tendance à être moins efficaces lors de la résolution de conflits qui peuvent surgir au moment de l'implantation (Bryson et Bromiley, 1993). Il devient par la suite important de communiquer aux employés les facteurs internes et externes qui ont amené la direction à vouloir le changement ; ils seront par conséquent plus aptes à comprendre l'urgence d'agir (Sidorko, 2008). Si le besoin du changement n'est pas bien compris

par les employés, cela risque de diminuer la crédibilité et le pouvoir de l'équipe responsable du changement (Appelbaum et al., 2012).

Afin de montrer aux employés l'importance de la situation, le gestionnaire de l'organisation peut faire appel à une personne externe pour appuyer le message (Armenakis, Harris, et Mossholder, 1993). Il peut aussi susciter les discussions concernant le changement. Conséquemment, plus les gens en parleront, plus l'urgence de la situation se fera sentir (Kotter, 1995). L'organisation doit cheminer afin d'arriver au moment où la perspective du changement sera perçue comme étant moins néfaste par les employés que de ne pas agir (Kotter, 1995). Lorsque ce moment survient, le changement peut commencer; cependant, il faut s'assurer que les employés impliqués dans le processus seront libérés de certaines de leurs tâches afin d'avoir le temps nécessaire pour réaliser l'implantation du changement (Gross et al., 2008). La prochaine étape est alors de déterminer la vision, l'objectif ultime.

2.6 Détermination d'une vision

La vision est très importante dans un projet. Elle donne l'objectif ultime à atteindre et elle permet également de briser le statu quo. La vision peut se définir comme le pouvoir d'anticiper la situation organisationnelle à la suite d'une démarche de changement réussie. La vision représente un état souhaité qui devrait être rassurant (Lanteigne, 2009). Une vision bien définie permet aux employés de travailler dans le même sens, et ce même si les premières étapes peuvent être plus difficiles à implanter (Kotter, 1996). Cependant, lorsque les employés ne l'interprètent ou ne la comprennent pas tous de la même manière, l'organisation se retrouve alors dans une position difficile puisque tous ne travaillent pas à accomplir le même objectif, mais plutôt à réaliser plusieurs petits projets pour finalement ne jamais atteindre le changement souhaité (Kotter, 1996). Une vision bien développée indique les critères qui serviront à mesurer le succès de l'implantation et inclut les développements futurs de l'organisation (Kotter, 1995; Laframboise, Nelson, et Schmaltz, 2003). Pour être de qualité et bien comprise par tous, la vision se doit d'être « imaginable, désirable, faisable, flexible et communicable » (Kotter, 1996). Elle doit être désirable sur le long terme pour les parties prenantes et préciser la façon dont elle doit être communiquée pour être bien comprise. Une vision ne doit pas uniquement contenir des phrases ou des mots inspirants pour motiver les employés. Une bonne communication de la vision doit être « simple, [utiliser] des métaphores, des analogies et des exemples; de multiples forums, [être] répétée; prêcher par l'exemple; expliquer les anomalies et assurer la double communication » (Kotter, 1996). Une bonne communication de la vision assure la compréhension du projet par tous et permet de motiver les employés à mieux adopter le changement. Il faut aussi s'assurer que la vision rencontre la culture de l'organisation, car un changement à l'encontre de celle-ci est beaucoup plus difficile à implanter qu'un changement qui la respecte (Mento et al., 2002).

La culture d'une organisation est la base de son fonctionnement (Allaire et Firsirotu, 1993). Ce sont les principes, les traditions, les codes sociaux et les coutumes qui régissent la façon de travailler et de collaborer au sein de l'établissement (Saba et Dolan, 2008). Pour s'assurer que le changement soit bien accepté, l'organisation se doit de déterminer la culture de l'organisation pour ensuite déterminer comment elle va être adaptée au nouveau contexte (Sidorko, 2008). L'implantation peut être considérée comme réussie lorsque les changements sont ancrés dans la culture de l'établissement. Sans cela, le risque de retourner aux anciennes habitudes reste toujours présent (Kotter, 1995; Pfeifer, Schmitt, et Voigt, 2005). Pour s'assurer qu'il n'y aura pas de retour en arrière, il faut tenir compte de deux choses. D'abord, selon Kotter (1996), il faut s'assurer que les employés reconnaissent que les changements apportés leur permettent d'être plus performants. Ensuite, il importe que la prochaine équipe de direction personifie le changement. Ainsi, le changement est institutionnalisé et il réussit à perdurer dans le temps puisque les nouvelles façons de faire font désormais partie de la culture de l'organisation (Jacobs, 2002), de là l'importance de déterminer la vision à adopter et d'analyser la culture interne de l'organisation avant tout changement. Une fois ces éléments déterminés, il faut planifier les mécanismes de changement à mettre en place.

2.7 Mécanismes de changement

Lorsqu'il est question de planifier le changement, les gestionnaires vont généralement prévoir tout ce qui a trait aux activités de changement sans tenir compte du côté humain. Or, il est essentiel de prévoir des stratégies minimisant la résistance des employés avant que celle-ci se développe. Lorsque celles-ci sont bien planifiées, les stratégies communicationnelles développées peuvent favoriser une meilleure acceptation du changement. De plus, des incitatifs motivationnels peuvent être mis en place pour diminuer les résistances et conserver le rythme du changement une fois l'implantation commencée. Il faut aussi suivre cette implantation et pour ce faire, une stratégie d'évaluation doit avoir été planifiée préalablement. Celle-ci permettra de confirmer ce qui fonctionne et de réajuster le tir lorsque le changement n'atteint pas les objectifs escomptés. Finalement, il faut prévoir une formation sur les nouvelles pratiques pour que les employés puissent atteindre l'état souhaité. Ces éléments sont primordiaux dans la planification du changement et sont définis ci-dessous.

2.7.1 Mécanismes pour atténuer les résistances au changement

La résistance au changement se traduit par un « phénomène psychologique qui se manifeste chez les salariés, les cadres et les dirigeants habitués depuis de longues années à effectuer le même type de travaux, dans les mêmes conditions. Bien que les innovations proposées aient pour but de rendre leur travail plus simple ou plus attrayant, ils refusent de les adopter et s'y opposent par tous les moyens » (Saba et Dolan, 2008). De là provient toute l'importance de montrer aux employés en quoi le changement est nécessaire. En comprenant les raisons, ils seront plus enclins à accepter le changement et donc à y participer (Laplante,

1991). Avant de commencer tout processus de changement, il faut d'abord faire une évaluation de l'état initial afin de déterminer si le changement est désirable et acceptable pour les employés (Broadbent et al., 2001). Un changement qui n'est pas suivi correctement risque d'augmenter l'absentéisme des employés, de faire perdre en productivité et en expérience l'organisation. Il est aussi important de considérer que la perte d'un employé formé peut équivaloir à 1,5 fois son salaire (Laframboise, Nelson, et Schmaltz, 2003). En somme, la direction perçoit souvent la résistance au changement comme étant extrêmement négative puisque dans certaines occasions les employés en arrivent à bloquer des projets d'implantation et, ainsi, à nuire à l'évolution de l'organisation (Marsan, 2008).

Plusieurs facteurs peuvent faire en sorte qu'un employé développe une résistance, notamment lorsqu'il est confronté à l'inconnu et à une rupture de sa routine. Il peut alors en ressentir une perte de contrôle, de statut ou percevoir le changement vécu comme une menace envers son pouvoir, sa sécurité ou ses connaissances. L'employé peut également avoir peur que le changement affecte ses relations sociales au sein de l'organisation. Il peut aussi craindre de devoir fournir encore plus d'efforts qu'il ne le fait actuellement ou tout simplement avoir peur de perdre son emploi (Baronas et Louis, 1988; Butcher et Clarke, 1999; Zell, 2003). La résistance d'une personne ou d'un groupe peut aussi survenir lorsque les efforts demandés aux employés sont considérés par ceux-ci comme étant irraisonnables, ou quand ils perçoivent que le projet est injuste en regard de leur travail (Joshi, 1991). Maurer (2006), Laframboise, Nelson et Schmaltz (2003) s'accordent pour dire que la meilleure manière de diminuer la résistance au changement est de faire participer les employés lors de la planification du changement. Selon Zell (2003), la résistance expliquerait pourquoi les changements dans les bureaucraties sont perçus comme lents, désordonnés, chaotiques et infructueux. L'expérience de l'employé à exécuter une même tâche a aussi une influence considérable sur son acceptation du changement. Il a été démontré que les employés travaillant pour une organisation depuis un certain temps et exécutant une tâche de façon répétitive sont plus à risque de développer de la résistance lorsqu'on modifie une procédure. Pour minimiser cet effet, on doit montrer à l'employé les bénéfices qu'il tirera de ce changement et non pas ce que l'organisation en retirera (Sagie, Elizur, et Greenbaum, 1985). Le fait de persuader les gens que le changement est bon pour eux, et non pas seulement pour l'organisation, les incite à s'impliquer. Lors de changements organisationnels, il est primordial d'aller chercher la participation des employés.

La participation des employés doit être encouragée lors des changements afin qu'ils sentent que le succès du programme est autant le leur que celui de l'organisation (Appelbaum et al., 2012; Smith, Sohal, et Netto, 1995). Il a été démontré que les employés impliqués dans le processus décisionnel se sentaient plus responsables du succès du programme et qu'ils étaient aussi plus à même de mobiliser leurs collègues. De plus, cela permet d'aller chercher un retour sur le déroulement du processus de changement par les personnes les plus touchées et d'avoir leur opinion sur ce qu'il est possible ou impossible de faire. On atteint

alors plus facilement leur satisfaction (Baronas et Louis, 1988; Gross et al., 2008). Il est aussi important d'augmenter les responsabilités des employés lors des changements. Pour ce faire, il faut assouplir la structure de l'organisation et la rendre plus ouverte. Ainsi, les employés sont plus enclins à expérimenter le changement et à en discuter. Il faut aussi changer la façon de faire les choses afin de s'adapter à la nouvelle vision et encourager de la formation, de l'accompagnement et une supervision axée sur une meilleure communication (Appelbaum et al., 2012; Ellinger, Keller, et Bas, 2010).

2.7.2 Stratégie de communication

Dans la planification, il est important de développer une stratégie de communication efficace puisque celle-ci peut diminuer l'insécurité, l'ambiguïté et la résistance envers le changement (Appelbaum et al., 2012). En ce sens, la communication avec tout le personnel est primordiale. Celle-ci se définit comme l'« échange d'information et la transmission de sens » (Dessler et al., 2003). L'objectif premier de chacune des communications avec les employés doit être d'augmenter la compréhension et l'engagement envers le changement proposé ainsi que de les préparer à vivre avec les effets positifs et négatifs qu'il entraîne. Pour ce faire, chacune des communications doit cibler son auditoire (Mento et al., 2002). De plus, une bonne stratégie de communication doit débiter par des consultations générales suivies d'entrevues individuelles et, si requis, comprendre un soutien personnalisé (Hurn, 2012). Pour avoir un plus gros impact lors de l'annonce du changement, le directeur général devrait se déplacer à chacune des présentations de l'organisation pour en faire l'annonce. Ainsi, le changement devient encore plus réel puisque le directeur est prêt à prendre de son temps, à se déplacer et à utiliser des ressources pour en faire l'annonce (Armenakis et al., 1993). Il a été démontré que lorsque les employés étaient satisfaits du fonctionnement des communications, ils perçoivent le changement de façon plus positive (Nelissen et Martine van, 2008). Pour s'assurer de l'efficacité des communications, plusieurs façons de transmettre un message peuvent être utilisées.

Plus un message provient d'émetteurs différents, plus celui-ci gagne en crédibilité, et ce spécialement si la source qui le diffuse est perçue comme étant objective. Les changements paraissant dans les médias sont des moyens de communication qui feront en sorte que les employés percevront le changement comme étant encore plus réel (Armenakis et al., 1993). Le fait de consacrer une pièce du lieu de travail dédiée aux activités pertinentes à l'implantation du changement est une autre façon de montrer aux employés que le changement aura bien lieu et d'assurer la communication. Dans cette pièce, toutes les communications sont affichées et une boîte à suggestions est disponible pour déposer les commentaires (Laframboise et al., 2003). Il est aussi possible de créer un espace web spécialement dédié au changement où les employés peuvent suivre l'avancement de ce dernier à travers la réalisation de chacune des étapes (Gross et al., 2008). L'espace web peut agir au même titre que la pièce ; l'important est que les employés comprennent que le changement aura lieu et qu'ils ont accès à toutes les informations le concernant. Il n'en demeure pas moins que les moyens de

communication les plus efficaces pour s'assurer de la compréhension des employés sont des rencontres un à un ou des rencontres entre le supérieur immédiat et ses employés. Lors de ces rencontres, toutes les incompréhensions peuvent être discutées (Klein, 1996; Kotter, 1996).

Selon Kotter (1995), « les employés ne feront pas de sacrifices, et ce même s'ils sont malheureux avec le statu quo, à moins de croire qu'un changement utile soit possible. Sans une communication crédible, les cœurs et les esprits des troupes ne sont jamais capturés ». Pour être crédible, la communication se doit d'être transparente, principalement lorsque l'organisation fait référence aux raisons qui ont entraîné le changement (Hurn, 2012). Les employés doivent comprendre ce que le changement implique et connaître les répercussions qu'ils vivront avant de pouvoir le soutenir et y participer (Maurer, 1996). Une fois leur participation acquise, il faut s'assurer de les garder motivés ; la planification d'incitatifs motivationnels permet de jouer ce rôle.

2.7.3 Incitatifs motivationnels

Pour réussir à entreprendre un nouveau programme de changement, il faut absolument que les employés participent. Pour que ceux-ci acceptent de rejoindre le mouvement, ils doivent être motivés (Kotter, 1995). La motivation est l'« intensité du désir d'une personne de s'engager dans une activité » (Dessler et al., 2003). Récompenser les employés après l'atteinte d'un objectif ou d'une bonne initiative est un moyen efficace pour conserver la motivation entourant le changement. Les récompenses peuvent être monétaires, mais peuvent aussi prendre la forme de reconnaissance exprimée aux employés. Reconnaître l'efficacité d'un employé ou le fait qu'il a réussi à améliorer une tâche importante sont des moyens naturels de motivation (Geller, 2002). La récompense peut aussi être symbolique tel qu'un prix, un certificat, des remerciements ou une lettre d'appréciation (Gross et al., 2008). L'important est que le système de récompenses mis en place permette de motiver les employés à s'attaquer à de plus gros objectifs et à conserver leur intérêt pour le changement (Ellinger, 2000; Gross et al., 2008). Lors de la planification, il faut prévoir les récompenses, mais aussi prévoir les objectifs à court terme pour pouvoir célébrer certaines réussites vécues en cours de route.

Sans victoire à court terme, les gens se découragent et abandonnent le changement. Pour garder les employés motivés, ils doivent reconnaître que leurs efforts ont été bénéfiques, car « plus l'objectif final est loin dans le temps, plus les victoires à court terme deviennent importantes pour bâtir la route du succès » (Mento et al., 2002). Elles permettent de diminuer le cynisme, de récompenser les efforts, de conserver l'appui de la direction, mais surtout, ces célébrations amènent souvent de nouvelles idées et peuvent en venir à des sessions de remue-méninge (Kotter, 1995, 2008; Maurer, 2006; Mento et al., 2002; Sidorko, 2008). Par ces victoires, l'organisation peut tester sa nouvelle vision et faire les modifications nécessaires pour faire face aux

obstacles du changement (Appelbaum et al., 2012). Sans victoire à court terme, les employés perdent leur motivation et les risques de résistance augmentent (Kotter, 1995).

Le changement doit être perçu comme suffisamment enviable pour que les employés soient motivés par celui-ci. Ainsi, le but ultime est de faire participer les employés parce qu'ils le désirent, non pas parce qu'ils y sont obligés (Geller, 2002). De plus, une étude a démontré que les employés ayant une plus grande liberté dans la façon d'exécuter leur travail ont une meilleure performance. L'étude précise aussi que c'est l'intention d'atteindre les buts qui motive les employés et non pas les objectifs en soi (Deci et Ryan, 1985). D'autres moyens de garder les employés motivés se traduisent par des rencontres un à un afin de donner une rétroaction, des rencontres d'équipes périodiques sur ce qui a été accompli, des réunions d'équipes démontrant l'évolution du changement et la performance de l'équipe (Geller, 2002). Recevoir des récompenses lorsque les objectifs sont atteints peut également avoir un impact sur la motivation des employés. Toutefois, il faut faire preuve de vigilance et célébrer uniquement les vrais succès. Pour s'en assurer, l'organisation doit prévoir des évaluations tout au long du processus du changement. Ainsi, il sera possible de déterminer si un objectif est atteint.

2.7.4 Stratégie d'évaluation

À l'aide d'un système d'évaluation de l'implantation, l'organisation peut savoir où elle se situe par rapport à sa planification du changement. Selon De Ketele et Roegiers (1993) évaluer signifie : « Recueillir un ensemble d'informations suffisamment pertinentes, valides et fiables ; examiner le degré d'adéquation entre cet ensemble d'informations et un ensemble de critères et attribuer une signification aux faits et actes observés en vue de prendre une décision ». L'évaluation doit être basée sur des normes, des règles, des critères et doit être mesurée à partir d'indicateurs. La légitimité de la mesure se trouve dans l'interprétation des résultats. De là l'importance de l'information récoltée, qui se doit d'être pertinente, valide et fiable (Galey, 2004; Hadji, 1992; Lecointe, 1997). L'évaluation permet aux organisations de tirer des leçons sur ce qui s'est bien passé et ce qui ne devrait plus être fait lors de futurs changements (Maurer, 2006; Mento et al., 2002). Elle permet aussi aux parties prenantes de voir que leurs efforts ont été récompensés lorsque l'évaluation s'avère positive (Sidorko, 2008). Il est aussi possible de connaître l'opinion des employés lors de l'évaluation et cela peut être très bénéfique tout au long du processus. Lorsque les employés sont consultés, il est alors plus facile pour eux d'accepter le changement. Ils sont aussi plus à même d'identifier les problèmes majeurs liés à ce changement. De plus, ils peuvent apporter des idées d'ajustements et ils peuvent aider à mesurer la performance pendant ou à la suite du changement (Laframboise et al., 2003), ce qui permet de concentrer l'énergie autour de celui-ci et donc de conserver l'engouement.

2.7.5 Système de formation

Pour qu'un système de formation axé sur le changement soit efficace, il doit réussir à motiver les employés. Le système doit donc amener les employés à se rendre compte de leurs lacunes pour les motiver à poursuivre (Gérard, 2001). La qualité d'un système de formation revient alors « à sa capacité à engendrer un engagement de la part des apprenants » (Gérard, 2001). Un système de formation efficace est un système qui réussit à atteindre ses objectifs. Toujours selon Gérard (2001) « on ne peut donc parler d'efficacité qu'en relation avec les objectifs de la formation, ou encore avec les effets attendus sur le terrain ». Si le système ne réussit pas à amener l'employé à réaliser ses tâches ou à trouver des solutions lorsqu'il se trouve dans certaines situations incomprises liées à son emploi, la formation est à revoir (Gérard, 2001). Il faut alors s'assurer que la formation ne fait pas que montrer l'exécution d'une tâche, mais aussi sa raison d'être. Ainsi, les employés sont plus à même de comprendre l'importance de chacune d'elles, mais capables de s'adapter aux situations qui se présentent (Geller, 2002). Une bonne façon de s'assurer que la formation donnée soit de qualité est d'utiliser la formation en cascade. Elle peut se faire de deux façons : la direction forme les employés, donc de haut en bas, ou les employés forment leurs pairs. La deuxième façon permet d'aller chercher plus de crédibilité et aussi plus de compétences puisque la formation est adaptée au contexte entourant l'équipe (Bryson et Bromiley, 1993).

À la suite de la formation, les employés doivent pouvoir être assistés lorsqu'ils en ont besoin. De plus, ils doivent pouvoir bénéficier d'un temps d'adaptation et être encouragés à se familiariser avec le changement apporté. Leurs préoccupations ainsi que leurs commentaires doivent être pris en compte par les gestionnaires. Lorsque l'organisation agit ainsi, elle crée un climat positif entourant le changement. Les employés sont alors plus enclins à participer et cela démontre le soutien de la direction dans le processus de changement (Klein et Sorra, 1996). L'inverse est aussi vrai, un climat négatif entourant le changement fera en sorte que les employés n'y adhéreront pas et démontre le désintérêt de la direction envers celui-ci (Klein et Sorra, 1996).

2.8 Intervenants

Lors de changement, il est important d'aller chercher la participation de tous les acteurs touchés par celui-ci. Comme mentionné précédemment, lorsque les employés participent à la planification et à l'implantation, les chances de voir de la résistance se développer sont moindres. Pour que le changement ait lieu, le gestionnaire responsable du changement ainsi que la direction générale se doivent de croire à celui-ci. De plus, lors de la planification, une équipe désignée pour implanter le changement peut être créée. Les membres qui la composent donneront de la crédibilité à celui-ci. Il est donc important de choisir les bonnes personnes, car le succès de l'implantation repose sur ces dernières. Les éléments suivants font état de ce qui doit être recherché comme leadership et comme équipe de changement.

2.8.1 Leadership

Le leadership se doit d'être assez fort pour être en mesure de motiver les gens à travailler sur le projet de changement (Gross et al., 2008). Le leadership se veut comme l'« influence d'une personne (ou d'un groupe) sur une autre personne (ou d'un groupe) pour que cette dernière contribue volontairement à l'atteinte d'un objectif établi » (Dessler et al., 2003). Selon Gross, Ashkenazi, Tabenkin, Porath et Aviram (2008), le leadership doit être fort, actif et engagé dans la promotion du programme. Il peut provenir de la direction ou d'une équipe de changement formée d'employés. Dans tous les cas, il doit être présent pour répondre aux questions des employés et les guider à travers tout le processus. Il doit inspirer les employés à embarquer dans la nouvelle vision de l'entreprise et doit récompenser ceux qui fournissent les efforts nécessaires pour atteindre les objectifs (Gross et al., 2008). Un bon leadership réussira à prendre le momentum découlant de l'atteinte d'un objectif pour s'attaquer à de plus gros objectifs par la suite (Kotter, 1995). Il doit aussi aider les employés à percevoir les options qui s'offrent à eux dans la façon de faire leur travail, à trouver des solutions pour être plus productifs et leur montrer le pouvoir qu'ils ont sur leur travail respectif (Geller, 2002). Comme mentionné précédemment, le leadership peut provenir de la direction ou d'une équipe du changement. Dans tous les cas la direction se doit d'être impliquée.

La participation de la direction joue un rôle vital dans le succès d'une implantation de changement. Ainsi, un changement qui n'est pas supporté par la direction sera très difficile à implanter, et cela, quels que soient les efforts fournis par l'équipe responsable du changement (Gross et al., 2008; Kotter, 1995). Selon Mento, Jones et Dirndorfer (2002) la façon dont « le gestionnaire implante le changement est aussi importante que le changement en soi ». Il devient alors essentiel que la direction devienne le symbole même du changement. Dès lors, la vision, l'initiation du changement ou le soutien à y accorder doit provenir de la haute direction (Caldwell, 2003). Cependant, il semble impératif que tous les membres de la direction aient la même vision du changement et les mêmes objectifs à atteindre. Dans le cas contraire, la confusion s'installe et le changement prend plusieurs directions (Ashenbaum, Maltz, Ellram, et Barratt, 2009). De là provient aussi l'importance que leurs actions soient le reflet de leurs paroles. Rien n'est plus dommageable pour un programme de changement que de voir un membre de la direction refuser le changement et demander à ses employés des tâches contraires à ce qui était préalablement envisagé (Kotter, 1995). Il est aussi important que les gestionnaires des niveaux plus bas comprennent bien les objectifs et la vision de la haute direction pour la transmettre correctement aux employés (Crittenden, 1992). La direction peut aussi décider de développer une équipe responsable du changement.

2.8.2 Équipe responsable du changement

Pour faciliter une implantation, il est recommandé de créer une équipe responsable du changement. Pour ce faire, la direction doit d'abord développer une liste de noms identifiant « les employés dont l'engagement

envers le changement est nécessaire, les personnes nécessaires pour s'assurer de l'efficacité du changement. Ces employés sont alors responsables de développer un plan pour gagner la confiance des employés ; et de créer un système d'évaluation du progrès » (Mento et al., 2002). Les employés recrutés doivent provenir de tous les niveaux de l'organisation (Mento et al., 2002). Il faut regrouper des gens dans des positions de pouvoir et d'autres conjuguant une grande expertise et une bonne crédibilité pour que le changement soit pris au sérieux (Kotter, 1995). Créer la bonne équipe du changement n'est pas une tâche à prendre à la légère, au contraire, elle est cruciale pour obtenir le succès d'un programme (Appelbaum et al., 2012). Pour fonctionner, l'équipe responsable du changement doit se percevoir comme une unité et elle doit être reconnue par les autres. Chacun des membres doit recevoir un rôle spécifique au sein du groupe (Zell, 2003). Le pouvoir de l'équipe responsable du changement doit être perçu à travers « ses titres (présents ou nouvellement assignés), ses connaissances, ses habiletés et son expertise, par la réputation et la crédibilité des membres qui la composent, ainsi que par ses qualités de leadership et de gestion » (Sidorko, 2008). Sans ce pouvoir, l'équipe ne peut mener à terme le changement, l'opposition l'arrêtera avant (Kotter, 1995). Que ce soit par la direction ou par l'équipe du changement, il faut s'assurer que tout le personnel possède la même compréhension des problèmes de l'organisation et de l'opportunité que le changement entraîne (Kotter, 1995).

2.9 Modèle d'analyse

Les écrits font ressortir plusieurs éléments importants dans une planification de changement. Ceux-ci forment un agrégat plus ou moins dispersé. Il est alors difficile d'élaborer une planification cohérente, sans repositionner tous ces éléments. Le cadre conceptuel de Bouchard et Plante (2002) permet de le faire. Ces auteurs ont développé un modèle générique pouvant être utilisé autant lors de la planification, de l'implantation, de l'évaluation que de l'amélioration d'un changement. Avec ce modèle, il est possible de repositionner les facteurs dont il faut tenir compte lors d'une planification d'un changement selon six dimensions. Les auteurs définissent les dimensions comme suit : les besoins, les contraintes, les objectifs, les moyens, les personnes et les effets ou les résultats qui lui sont attribuables (Bouchard et Plante, 2002). Il est alors possible de développer une planification comprenant les facteurs favorisant le succès d'une implantation de programme dans un cadre conceptuel cohérent et ayant comme force la synergie.

Il aurait été possible d'utiliser les modèles d'implantation du changement comme ceux de Lewin (1947), Kotter (1995) et de Doppelt (2003), cependant ces modèles présentent une marche à suivre très spécifique. À la suite de la recension, les facteurs favorisant le succès d'une implantation de programme semblent s'entremêler. De plus, il est impossible de déterminer quel facteur agit en premier ou en deuxième lieu. En suggérant une marche à suivre, ces modèles s'utilisent lors de l'implantation et non lors de la planification. Ils sont donc moins appropriés dans le contexte de l'étude.

Le cadre conceptuel positionnant chacun des facteurs favorisant une implantation et les critères de succès énoncés dans le cadre de référence RI-RTF, selon le modèle synergique de Bouchard et Plante, se retrouve à la figure 2.

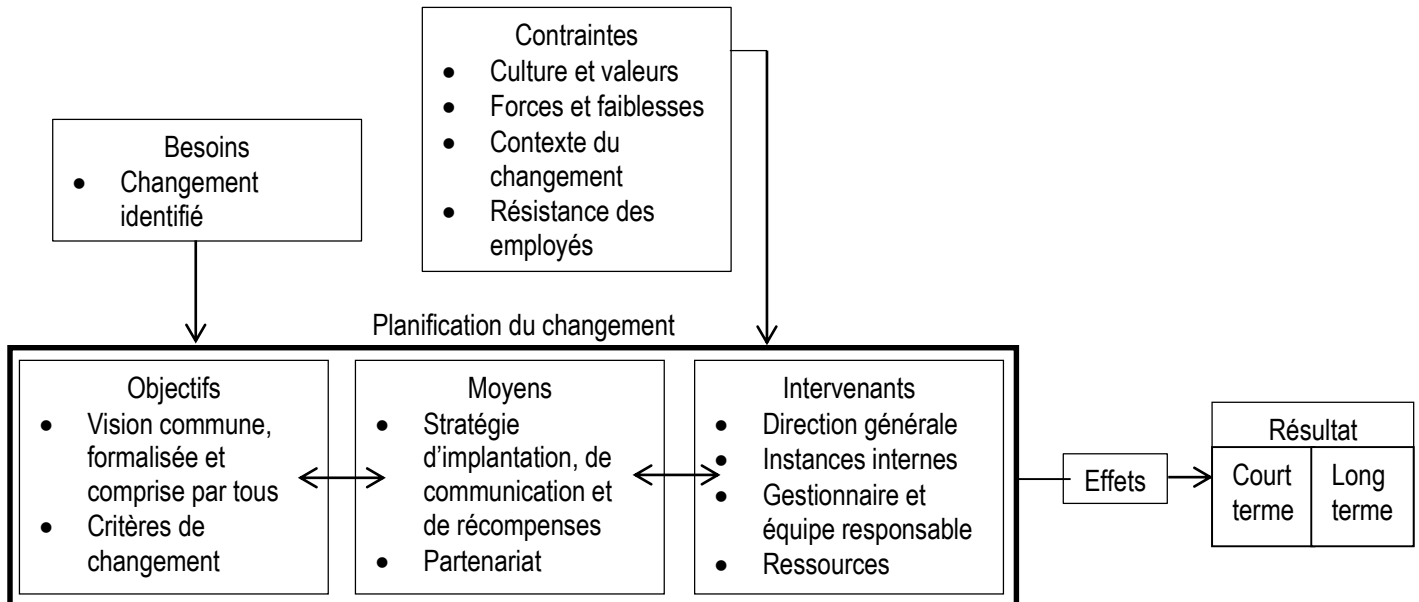


Figure 2 : Cadre conceptuel de la planification du changement adapté de Plante et Bouchard (2002)

En référence à la figure 2, les contraintes représentent ce que l'établissement est dans l'obligation de respecter. Ainsi, il est important d'analyser le contexte de travail avant toute initiation de projet de changement. Ainsi, les dirigeants doivent connaître les méthodes de travail des employés, la culture et les valeurs qui sont au cœur du fonctionnement de l'établissement. Ils doivent aussi avoir une bonne idée des forces et des faiblesses de ce dernier, pour s'assurer de les prendre en compte lors de la planification. Pour réussir un changement, il faut d'abord connaître la situation de l'établissement avant de développer un plan pour réussir à atteindre l'état voulu (Appelbaum et al., 2012; Baronas et Louis, 1988; "Editorial," 2011; Laframboise et al., 2003; Rego et Nunes, 2010; Saba et Dolan, 2008; Sidorko, 2008; Zell, 2003).

Les besoins sont synonymes de manque à combler affectant le fonctionnement de l'établissement. Ainsi, le besoin est au cœur du passage entre l'état actuel à l'état souhaité. Pour réussir l'implantation du cadre de référence RI-RTF, l'établissement doit tout d'abord déterminer ce qu'il veut changer pour ensuite élaborer des stratégies qui lui permettront d'atteindre le changement souhaité. (Bryson et Bromiley, 1993; Dessler et al., 2003; Gross et al., 2008).

Les objectifs représentent les résultats à atteindre en réponse aux besoins d'amélioration de changement. Pour réussir à combler les besoins, il doit y avoir une vision commune permettant de donner une ligne de

conduite au personnel. Comme mentionné précédemment, si la vision n'est pas comprise de la même façon par les employés, la direction, les ressources, les intervenants, le gestionnaire et l'équipe responsable du changement, il peut s'ensuivre une confusion dans le résultat à atteindre. L'établissement se retrouve alors avec plusieurs visions pouvant être contradictoires les unes avec les autres. Il est crucial que tous travaillent dans le même sens pour réussir l'implantation d'un changement. Il est aussi important de déterminer les critères de succès qui permettront de mesurer si l'implantation a été réussie. Ainsi, la formulation d'objectifs à long et à court terme doit être prévue dès la planification. Sans connaître la cible à atteindre, il devient difficile d'avoir une cohésion dans les différentes activités qui mènent au succès de l'implantation du changement (Bouchard, 2010; Galey, 2004; Laframboise et al., 2003; Mento et al., 2002).

Les moyens font référence à tout ce qui permet d'atteindre les objectifs, à l'exception des personnes. Ainsi, tout ce qui a trait à la stratégie d'implantation doit avoir été pensé et ce, autant la préparation des activités qui permettent d'atteindre les objectifs, le temps alloué, que la façon dont toutes les communications sont faites aux employés et aux ressources RI-RTF, pour s'assurer que rien n'est laissé au hasard. À cet égard, un calendrier des communications indiquant les outils à utiliser doit être élaboré. Tout ce qui concerne la formation devrait être bien préparé, comme par exemple, déterminer les dates de la formation, les formateurs, le contenu de la formation et l'endroit où les sessions de formation seront données. De plus, celle-ci doit permettre aux ressources et au personnel de surmonter les divers problèmes qui peuvent survenir dans le cadre de leur fonction. Finalement, la stratégie d'évaluation et de récompense doit avoir elle aussi été élaborée. Des rencontres évaluatives sont préparées et se tiennent de façon périodique ou lors de l'atteinte de certains objectifs. Il faut également s'assurer de prévoir des récompenses ayant une valeur aux yeux des employés et que l'atteinte des objectifs soit perçue comme un accomplissement (Appelbaum et al., 2012; Dessler et al., 2003; Geller, 2002; Gérard, 2001; Maurer, 1996; Mento et al., 2002; Sidorko, 2008). En somme, tout doit être prévu pour s'assurer qu'il n'y ait aucun dérapage et qu'en cas de problème, des solutions aient déjà été envisagées pour les régler.

Les intervenants impliquent les personnes jugées les plus en mesure d'assurer l'actualisation des améliorations visées. La direction générale des établissements de santé se doit d'être l'initiatrice du changement et de conserver le même intérêt pour celui-ci tout au long de l'implantation. Dans le cas contraire, le changement perd toute crédibilité auprès des employés et ceux-ci perdent alors la conviction que le changement aura lieu. Il faut aussi que la direction générale soit transparente dans toutes ses communications, notamment lorsqu'il est question des raisons qui ont entraîné le changement. Lorsque les employés perçoivent les bénéfices à retirer du changement, ils sont alors plus enclins à y participer. Pour rendre le changement plus crédible, la direction peut s'appuyer sur un gestionnaire responsable ou sur une équipe du changement qui regroupe des employés des établissements de santé, des ressources et des

instances internes dont les membres sont respectés et influents. Ainsi, tous percevront de façon plus positive le changement en raison de l'implication de leurs collègues. Il ne faut pas oublier que sans la participation de tous les intervenants, le changement ne peut avoir lieu (Appelbaum et al., 2012; Gross et al., 2008; Kotter, 1995; Mento et al., 2002; Sidorko, 2008; Zell, 2003).

3 Méthodologie

Ce chapitre du mémoire présente la démarche méthodologique mise en place dans le cadre de la recherche visant à savoir si les facteurs favorisant l'implantation du cadre de référence RI-RTF sont présents au sein de la planification des établissements de santé et de services sociaux. Il est alors question de l'instrument de mesure développé, de la population à l'étude, du déroulement de la collecte de données, de la déontologie de la recherche et pour terminer de la démarche statistique.

3.1 Instrument de mesure

La recherche a comme objectif de faire état de la situation quant à la planification faite par les établissements de santé pour implanter le cadre de référence RI-RTF. Plus spécifiquement, la question posée est la suivante :

- Parmi les facteurs favorisant une implantation de changement, lesquels sont présents au sein de la planification des établissements de santé ?

Pour ce faire, une démarche exploratoire de nature quantitative a été retenue puisque l'objectif de la recherche consiste à faire un état de la situation de la planification de l'implantation du nouveau cadre de référence. Il a été jugé que pour les fins de l'étude, un questionnaire serait préférable à une entrevue puisqu'il permet aux répondants de prendre tout le temps nécessaire pour le compléter et de collecter un plus grand nombre de données dans une plus courte durée. Selon Gauthier (2009), il y a deux avantages à utiliser un questionnaire. Tout d'abord, il est beaucoup plus flexible et ensuite, il est plus simple à opérer que les autres méthodes de collecte de données. Il a aussi été établi que le questionnaire serait réalisé sur le logiciel d'enquête statistique en ligne *Limesurvey*. En utilisant une plate-forme en ligne, les coûts d'envoi sont minimisés et une telle méthode permet de limiter les erreurs lors de la saisie de données puisqu'il est possible de faire un transfert direct vers le logiciel SPSS. De plus, *Limesurvey* envoie à chaque répondant un code unique, il est alors assuré que le questionnaire est rempli par une seule personne.

Le questionnaire développé dans le cadre de cette étude est basé sur les variables du cadre conceptuel. Une première version du questionnaire a d'abord été construite selon les facteurs recensés. Par la suite, il y a eu validation du questionnaire par un employé du MSSS, conseiller RI-RTF et membre de l'équipe sur la mise en œuvre de la Loi sur la représentation des ressources intermédiaires et de type familial, pour ainsi s'assurer de la collaboration du MSSS. Suivant les recommandations émises par ce conseiller, le questionnaire fut modifié et complété.

L'objectif de l'étude étant de savoir si les facteurs favorisant le succès d'une implantation ont été pris en compte lors de la planification des établissements et des ressources, le questionnaire reprend chacun des facteurs recensés dans la revue de littérature et vérifie lesquels sont présents et lesquels ne le sont pas. L'instrument de mesure développé comprend au total 47 questions fermées. Le questionnaire est divisé en cinq sections, soit les objectifs, les besoins, le contexte, les moyens et les intervenants (la direction générale, les instances internes, le gestionnaire responsable de l'application du nouveau cadre de référence RI-RTF, l'équipe responsable de l'application et les ressources). Les questions se répondent suivant une échelle sémantique différentielle d'Osgood allant de Pas du tout (0) à Tout à fait (5). Ce type d'échelle a été privilégié puisqu'il permet d'aller chercher l'opinion du répondant.

3.2 Population à l'étude

Il a été déterminé que tous les gestionnaires responsables de l'application du nouveau cadre de référence RI-RTF seraient sollicités sans exception. Lors d'une rencontre avec les agences de santé, au mois d'octobre 2014, le MSSS avait mentionné la réalisation de l'étude et avait sollicité la participation de ses membres. Les représentants de toutes les régions, à l'exception de l'Outaouais, ont répondu à l'appel en faisant parvenir les coordonnées de la personne responsable du dossier d'implantation du Cadre de référence RI-RTF, ce qui fait un total de 175 répondants.

3.3 Déroulement de la collecte de données

La publication du cadre de référence et du processus de contrôle de la qualité a eu lieu en avril 2014. À partir de ce moment, il a été déterminé que le moment de l'envoi des questionnaires aux participants serait en novembre 2014. Le questionnaire fut envoyé entre le 26 novembre et le 12 décembre 2014 et la période pour répondre s'est terminée le 1^{er} février 2015. Il est important de noter que lors de la collecte de données certains établissements n'avaient toujours pas complété leur planification.

Comme mentionné précédemment, le questionnaire a été envoyé aux gestionnaires responsables de l'application du nouveau cadre de référence RI-RTF. Le courriel comprenait un résumé du projet d'étude ainsi que ses objectifs. Il est écrit que le fait d'ouvrir le lien menant au questionnaire confirme leur consentement à répondre au questionnaire. En prenant connaissance du projet et des objectifs, il est considéré que le participant est en mesure de faire un consentement libre et éclairé.

À l'ouverture du questionnaire, le sujet reçoit des consignes générales sur la composition du questionnaire, le nombre de questions, le temps que celui-ci prend à remplir et la façon d'indiquer son choix de réponse. Le participant est aussi informé que le questionnaire est divisé en cinq sections : les objectifs, les besoins, les contraintes, les moyens et les intervenants.

Les gestionnaires responsables de l'application du nouveau cadre de référence RI-RTF qui ont participé à l'étude n'ont reçu aucune compensation. Cependant, le fait de répondre au questionnaire leur permet d'identifier les éléments manquant dans leur planification. Ils ont alors la possibilité de bonifier celle-ci.

3.4 Déontologie de la recherche

Cette recherche se situe sous le seuil minimal de risques pour les sujets. Peu de risques sont encourus par les sujets mis à part le fait que certains d'entre eux peuvent avoir le sentiment de ne pas avoir développé une planification assez complète et détaillée. Par contre, dans les consignes, il est clairement indiqué qu'il ne s'agit pas de porter un jugement sur leur planification, mais plutôt de dresser le portrait de la situation.

Dans le courriel accompagnant le questionnaire, en plus de l'objectif de l'étude, les informations relatives à la confidentialité des réponses sont indiquées. Il est aussi mentionné que la participation est souhaitée mais non obligatoire. Le fait de répondre au questionnaire est interprété comme étant le consentement du répondant, ainsi aucun formulaire n'a dû être signé.

Pour assurer l'anonymat, les résultats obtenus sont présentés de façon à ne pas révéler leur provenance. Étant donné que les questionnaires sont en ligne, seule la chercheuse, en tant qu'administratrice de l'étude, peut avoir accès aux réponses.

Une demande d'évaluation éthique a eu lieu en janvier 2014. Celle-ci fut transmise au comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval (CÉRUL). Le 28 janvier 2014, le CÉRUL confirmait que le projet de recherche était exempt d'une demande éthique et donc que le dossier était en règle.

3.5 Démarche statistique

Étant donné la nature de l'étude, l'analyse statistique utilisée est essentiellement descriptive. Si l'objectif de l'étude avait été d'identifier les variables les plus prédictives du succès de l'implantation du Cadre de référence RI-RTF, il aurait été alors possible de faire des analyses plus poussées, telles que des régressions. N'étant pas le cas, ce sont majoritairement des mesures de tendances centrales et des mesures de dispersion qui sont présentées dans la section suivante. Le tableau 2 reprend les dimensions du modèle d'analyse et les variables qui y sont rattachées. La présence de tous ces éléments devrait faire en sorte que l'établissement impliqué dans une démarche d'implantation connaisse le succès.

Tableau 2 : Les variables à l'étude rattachées aux dimensions du modèle d'analyse

Dimensions	Variables à l'étude
Contraintes	<p>Conformité du cadre de référence RI-RTF avec la culture et les valeurs de l'établissement.</p> <p>Identification des contraintes à tenir compte dans l'implantation du nouveau cadre de référence (ex : légales, financières, ressources humaines).</p> <p>Identification des forces de l'établissement par rapport au nouveau cadre de référence.</p> <p>Identification des faiblesses de l'établissement par rapport au nouveau cadre de référence.</p> <p>Capacités nécessaires (personnel, motivation, etc.) à assurer l'implantation du nouveau cadre de référence.</p> <p>Présentation du contexte entourant l'implantation du cadre de référence au personnel, aux ressources et aux autres instances de l'établissement.</p> <p>Compréhension du contexte de changement par le personnel directement visé.</p> <p>Manifestation de résistances par le personnel ou par les autres instances de l'établissement par rapport au nouveau cadre de référence.</p> <p>Manifestation de résistances par les ressources par rapport au nouveau cadre de référence.</p> <p>Développement d'une stratégie minimisant les résistances éventuelles du personnel, des ressources et des autres instances de l'établissement.</p> <p>Efforts liés au contrôle de la qualité des services rendus à l'utilisateur confié à une ressource étaient suffisants.</p> <p>La qualité des services rendus à l'utilisateur confié à une ressource est une valeur importante partagée par le personnel.</p>
Besoins	<p>Élaboration d'un état de la situation des changements à apporter aux pratiques actuelles pour se conformer au cadre de référence.</p> <p>Description précise des éléments à changer pour se conformer au cadre de référence RI-RTF.</p>
Objectifs	<p>Développement d'une vision claire en lien avec le nouveau cadre de référence.</p> <p>Communication de la vision avec le personnel, les ressources et les autres instances de l'établissement.</p> <p>Compréhension de la vision par toutes les parties impliquées (le personnel, la direction, les ressources, l'équipe responsable de l'application du nouveau processus de contrôle de la qualité).</p> <p>Formalisation de la vision dans un document.</p> <p>Identification d'objectifs clairs pour la mise en place des changements nécessaires à l'application du nouveau cadre de référence.</p> <p>Communication des objectifs par la direction au personnel, aux ressources et aux autres instances de l'établissement.</p> <p>Identification d'objectifs mesurables, quantifiables.</p>
Moyens	<p>Développement d'un plan d'action concret pour mettre en place le nouveau cadre de référence (activités à réaliser, échéanciers et responsables de l'application du cadre).</p> <p>Développement d'indicateurs afin de s'assurer de l'implantation du nouveau cadre de référence.</p> <p>Identification d'une personne qui doit rendre compte de l'implantation du nouveau cadre de référence.</p> <p>Familiarisation du personnel au cadre de référence par des rencontres.</p> <p>Développement de formations en lien avec le cadre de référence pour les responsables de l'application du nouveau cadre de référence (intervenant au contrôle de la qualité, intervenants de l'utilisateur).</p>

Dimensions	Variables à l'étude
	<p>Préparation de rencontres en lien avec l'implantation du nouveau cadre de référence pour les ressources (RI/RTF).</p> <p>Développement des partenariats nécessaires à l'actualisation du nouveau cadre de référence ont été établis (ex. : comité de vigilance et de la qualité, conseil d'administration, comité des usagers, etc.).</p> <p>Élaboration de mécanismes de communication et de sensibilisation destinés à toutes les parties prenantes (personnel, ressources, instances de l'établissement) en lien avec le cadre de référence.</p> <p>Développement d'incitatifs motivationnels pour le personnel.</p>
<p>Intervenants Direction générale</p>	<p>Compréhension adéquate des changements à faire dans le contexte d'implantation du cadre de référence.</p> <p>Implication dans l'implantation du nouveau cadre de référence.</p> <p>Suivi de l'implantation du nouveau cadre de référence lors de la tenue des comités de direction.</p> <p>Attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles de l'établissement pour se conformer au nouveau cadre de référence.</p> <p>Dégagement de nouvelles sommes financières pour l'implantation du nouveau cadre de référence.</p>
<p>Instances internes</p>	<p>Attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles de l'établissement pour se conformer au nouveau cadre de référence.</p> <p>Collaboration adéquate à l'implantation du nouveau cadre de référence.</p>
<p>Gestionnaire responsable</p>	<p>Leadership adéquat pour apporter les changements nécessaires à l'implantation du nouveau cadre de référence.</p> <p>Attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles de l'établissement pour se conformer au nouveau cadre de référence.</p>
<p>L'équipe responsable</p>	<p>Implication dans les décisions concernant l'implantation du nouveau cadre de référence.</p> <p>Attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles pour se conformer au nouveau cadre de référence.</p> <p>Compétences nécessaires pour assurer une implantation réussie du cadre de référence.</p> <p>Collaboration adéquate à l'application des changements à apporter.</p> <p>Compréhension des changements à apporter pour implanter le nouveau cadre de référence.</p>
<p>Les ressources (RI-RTF)</p>	<p>Attitude positive quant aux changements à apporter à leurs pratiques pour se conformer au nouveau cadre de référence.</p> <p>Collaboration adéquate avec l'établissement à l'implantation du cadre de référence.</p> <p>Compréhension des changements à apporter dans leurs pratiques.</p>

4 Résultats

Ce chapitre présente les résultats obtenus à la suite des analyses statistiques effectuées. Il permet de mettre en relief les forces et les faiblesses de la planification de l'implantation du cadre de référence RI-RTF effectué par les établissements de santé et services sociaux.

4.1 Validité de l'échantillon

Au départ, 175 questionnaires ont été envoyés, cependant un certain nombre n'est jamais parvenu à destination puisque l'adresse de courrier électronique envoyée par le MSSS était invalide. Au total, sept invitations n'ont pas été livrées. De plus, dans certains cas, il pouvait y avoir plus d'un responsable de l'application du nouveau cadre de référence RI-RTF dans l'établissement ; certains ont donc répondu au questionnaire en équipe. Au total, douze invitations furent éliminées. Le nombre total de répondants potentiels était alors de 156. Au terme des dix semaines de collecte de données, 129 (83%) participants ont répondu au questionnaire. Le tableau 3 présente la distribution des répondants par types d'établissements.

À l'aide du logiciel développé par Robitaille (2005), il a été déterminé que pour une population potentielle de 156 répondants, l'échantillon doit minimalement contenir 111 répondants afin d'obtenir une marge d'erreur de +/- 5 %. Puisque l'échantillon final est de 129 personnes, il est alors possible d'affirmer que les statistiques calculées sur l'échantillon peuvent diverger des paramètres de la population de +/- 5% en moyenne et ce dans un intervalle de confiance de 95 %.

Tableau 3 : Distribution des répondants par types d'établissements

Types d'établissements	Nombre
Centre jeunesse (CJ)	13
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED)	19
Centre de santé et des services sociaux (CSSS)	82
Autres*	15
Total	129

*Autres : Corporation de développement communautaire, Centre de protection et de réadaptation, Centre de réadaptation en dépendance, Centre en réadaptation en déficience physique, en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement, Centre de réadaptation en déficience physique, Centre hospitalier et L'institut universitaire de santé mentale de Montréal.

4.2 Analyse descriptive

Le questionnaire regroupe 47 questions divisées en cinq dimensions (objectif, besoin, contrainte, moyen, intervenant). Pour chacune des questions, l'échelle de mesure correspond à une échelle de 0 (Pas du tout) à

5 (Tout à fait). Étant donné la nature de l'étude qui vise à faire un portrait global de la situation actuelle, les premières analyses visaient à produire des statistiques descriptives.

Pour chacune des dimensions, la fréquence a été calculée en nombre et en pourcentage. De plus, une analyse des mesures de tendances centrales (moyenne, médiane et mode) et des mesures de dispersion (intervalle de confiance à la moyenne (95 % ICM) et écart-type) ont effectuées. La médiane est la valeur de l'élément central dans un éventail de données classées en ordre croissant. Le mode représente la valeur (choix) la plus sélectionnée par les répondants. Dans les mesures de dispersion, l'intervalle de confiance à la moyenne se définit comme étant la mesure de l'écart qui peut exister entre l'estimation obtenue pour la moyenne et la vraie valeur de celle-ci qui se retrouve entre la borne inférieure et la borne supérieure, tandis que l'écart-type mesure la dispersion d'un ensemble de données. Plus il est faible, plus les valeurs s'approchent de la moyenne ce qui signifie que les réponses sont moins dispersées. Il est aussi à noter que pour les fins de l'analyse, il est considéré que lorsque le répondant indiquait 0 et 1, cela indiquait une performance nulle, 2 et 3 une performance moyenne et 4 et 5 une performance parfaite. Le seuil de passage est établi à 60 % (3/5). Chacun des tableaux présente la variable à l'étude suivie des statistiques descriptives et de l'échelle de mesure. Pour chacune des dimensions, les résultats de la dimension globale sont présentés et par la suite les variables qui composent ladite dimension. Le tableau 4 présente les statistiques descriptives pour la dimension « objectif ».

Tableau 4 : Statistiques descriptives pour la dimension objectif

Variables à l'étude	Statistiques descriptives	Échelle de mesure						Total
		0	1	2	3	4	5	
Dimension « objectif ».	Fréquence	161	120	167	277	136	42	903
	Fréquence %	17.8	13.3	18.5	30.7	15.1	4.6	
	Moyenne							2.26
	Médiane							2.43
	Mode							2
	95% B.Inf*							2.07
	ICM B.Sup**							2.44
	Écart-type							1.07
Q1 L'établissement a développé une vision claire en lien avec le nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	6	5	18	46	44	10	
	Fréquence %	4.7	3.9	14.0	35.7	34.1	7.8	
	Moyenne							3.14
	Médiane							3.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.94
	ICM B.Sup**							3.34

Variables à l'étude	Statistiques descriptives	Échelle de mesure						
		0	1	2	3	4	5	Total
	Écart-type							1.16
Q2 L'établissement a partagé cette vision avec le personnel, les ressources et les autres instances de l'établissement.	Fréquence	10	14	26	51	22	6	
	Fréquence %	7.8	10.9	20.2	39.5	17.1	4.7	
	Moyenne							2.61
	Médiane							3.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.40
	ICM B.Sup**							2.83
	Écart-type							1.24
Q3 La vision est comprise par toutes les parties impliquées (le personnel, la direction, les ressources, l'équipe responsable de l'application du nouveau processus de contrôle de la qualité).	Fréquence	12	22	25	57	10	3	
	Fréquence %	9.3	17.1	19.4	44.2	7.8	2.3	
	Moyenne							2.31
	Médiane							3.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.10
	ICM B.Sup**							2.52
	Écart-type							1.19
Q4 La vision a été formalisée dans un document.	Fréquence	63	16	18	19	9	4	
	Fréquence %	48.8	12.4	14.0	14.7	7.0	3.1	
	Moyenne							1.28
	Médiane							1.00
	Mode							0
	95% B.Inf*							1.02
	ICM B.Sup**							1.54
	Écart-type							1.51
Q7 Des objectifs ont été clairement identifiés pour mettre en place les changements nécessaires à l'application du nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	15	21	28	36	18	11	
	Fréquence %	11.6	16.3	21.7	27.9	14.0	8.5	
	Moyenne							2.42
	Médiane							3.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.17
	ICM B.Sup**							2.67
	Écart-type							1.44
Q8 Les objectifs identifiés ont été partagés par la direction au personnel, aux ressources et aux autres instances de	Fréquence	26	21	28	33	16	5	
	Fréquence %	20.2	16.3	21.7	25.6	12.4	3.9	
	Moyenne							2.05
	Médiane							2.00

Variables à l'étude	Statistiques descriptives	Échelle de mesure						
		0	1	2	3	4	5	Total
l'établissement.	Mode							3
	95% B.Inf*							1.80
	ICM B.Sup**							2.31
	Écart-type							1.44
Q9 Les objectifs identifiés pour implanter le nouveau cadre de référence RI-RTF sont mesurables, c'est-à-dire quantifiables.	Fréquence	29	21	24	35	17	3	
	Fréquence %	22.5	16.3	18.6	27.1	13.2	2.3	
	Moyenne							1.99
	Médiane							2.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							1.74
	ICM B.Sup**							2.24
	Écart-type							1.44

*B.Inf : Borne inférieure

** B.Sup : Borne supérieure

Celle-ci vise les résultats à atteindre en réponse aux besoins d'amélioration de changement et comprend sept questions au total. Parmi ces questions, quatre portent spécifiquement sur la vision et les trois autres sur les objectifs développés pour implanter le cadre de référence RI-RTF. La moyenne de la dimension est modérée (2.26/5) avec la moitié (49.2 %) des répondants ayant répondu 2-3, ce qui dénote une performance modeste. La médiane et le mode sont de 2 avec un écart-type de 1.07. Les valeurs sont donc proches de la moyenne avec un intervalle de confiance à la moyenne assez rapproché (de 2.07 à 2.44).

En regard des questions portant plus spécifiquement sur la vision développée pour implanter le cadre de référence RI-RTF, 69 % des répondants ont indiqué que celle-ci était claire et en lien avec le nouveau cadre de référence. Cependant, plus de la moitié (61 %) affirment que la vision n'a pas été formalisée dans un document. Ces deux éléments présentent la moyenne la plus forte (3.14/5) et la plus faible (1.28/5) pour les questions portant sur la vision. La question portant sur la formalisation dans un document de la vision est celle où la médiane et le mode ressortent le plus puisque dans les deux cas, les valeurs sont très faibles ; soit de 1 et de 0 respectivement. C'est aussi à cette question que l'écart-type (1.51) et l'intervalle de confiance sont les plus élevés, ce qui montre une dispersion plus importante des résultats. Pour ce qui est des questions concernant les objectifs, la plus forte moyenne du groupe (2.42/5) reste assez faible puisque la moitié (49.5 %) des réponses se retrouve dans le centre de l'échelle et seulement le cinquième (22.5 %) affirme avoir identifié clairement les objectifs pour mettre en place les changements nécessaires à l'application du cadre de référence RI-RTF. La question portant sur la mesurabilité des objectifs obtient la plus faible moyenne (1.99/5) pour les questions concernant les objectifs. Plus de 38.8 % des répondants affirment ne pas pouvoir mesurer

leurs objectifs. Pour les trois questions, l'écart-type est acceptable (1.44). Cependant, l'intervalle de confiance à la moyenne est notable (de 2.17 à 2.67; de 1.80 à 2.31; de 1.74 à 2.24). Le tableau suivant porte sur la dimension « besoin ».

Tableau 5 : Statistiques descriptives pour la dimension besoin

Variables à l'étude	Statistiques descriptives	Échelle de mesure						
		0	1	2	3	4	5	Total
Dimension « besoin »	Fréquence	38	34	51	65	45	25	258
	Fréquence %	14.7	13.2	19.8	25.2	17.4	9.7	
	Moyenne							2.47
	Médiane							2.50
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.22
	ICM B.Sup**							2.71
	Écart-type							1.41
Q5 Un état de la situation des changements à apporter aux pratiques actuelles pour se conformer au cadre de référence RI-RTF a été réalisé.	Fréquence	21	17	30	30	19	12	
	Fréquence %	16.3	13.2	23.3	23.3	14.7	9.3	
	Moyenne							2.35
	Médiane							2.00
	Mode							2
	95% B.Inf*							2.08
	ICM B.Sup**							2.62
	Écart-type							1.53
Q6 L'établissement possède une description précise des éléments qu'il doit changer pour se conformer au cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	17	17	21	35	26	13	
	Fréquence %	13.2	13.2	16.3	27.1	20.2	10.1	
	Moyenne							2.58
	Médiane							3.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.32
	ICM B.Sup**							2.85
	Écart-type							1.52

Le tableau 5 présente des statistiques descriptives pour la dimension « besoin », celle-ci se décrit comme étant synonyme de manque à combler affectant le fonctionnement de l'établissement. La moyenne de la dimension est modérée (2.47/5), avec un intervalle de confiance à la moyenne notable (de 2.22 à 2.71). Un peu moins de 25 % des répondants affirment avoir fait un état de la situation des changements à apporter aux pratiques actuelles pour se conformer au cadre de référence RI-RTF. La moyenne de cette question est sous

le seuil de passage (2.35/5) avec un écart-type (1.53) démontrant une dispersion des données assez importante. Pour ce qui est de la deuxième question composant la dimension, plus du quart des répondants (26.4 %) ont affirmé que l'établissement ne possède pas de description précise des éléments qu'il doit changer afin de se conformer au cadre de référence. La moyenne se situe au milieu de l'intervalle de réponses possibles (2.58/5) bien qu'elle soit un peu plus élevée qu'à la question précédente. La médiane et le mode (3;3) sont plus élevés que pour la question précédente (2;2). Le tableau suivant présente les résultats pour la dimension « contrainte ».

Tableau 6 : Statistiques descriptives pour la dimension contrainte

Variables à l'étude	Statistiques descriptives	Échelle de mesure						Total
		0	1	2	3	4	5	
Dimension « contrainte »	Fréquence	172	153	200	440	342	241	1548
	Fréquence %	11.1	9.9	12.9	28.4	22.1	15.6	
	Moyenne							2.87
	Médiane							3.08
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.73
	ICM B.Sup**							3.02
	Écart-type							.82
Q10 Le cadre de référence RI-RTF à mettre sur pied s'inscrit bien dans la culture de la qualité et les valeurs de l'établissement.	Fréquence	3	1	3	21	47	54	
	Fréquence %	2.3	0.8	2.3	16.3	36.4	41.9	
	Moyenne							4.09
	Médiane							4.00
	Mode							5
	95% B.Inf*							3.91
	ICM B.Sup**							4.28
	Écart-type							1.06
Q11 L'établissement a identifié les contraintes à tenir compte dans l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF (ex : légales, financières, ressources humaines).	Fréquence	12	10	14	52	29	12	
	Fréquence %	9.3	7.8	10.9	40.3	22.5	9.3	
	Moyenne							2.87
	Médiane							3.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.63
	ICM B.Sup**							3.11
	Écart-type							1.36
Q12 L'établissement a identifié clairement ses forces par rapport au nouveau cadre de	Fréquence	15	11	21	42	28	12	
	Fréquence %	11.6	8.5	16.3	32.6	21.7	9.3	
	Moyenne							2.72

Variables à l'étude	Statistiques descriptives	Échelle de mesure						
		0	1	2	3	4	5	Total
référence RI-RTF à implanter.	Médiane							3.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.47
	ICM B.Sup**							2.97
	Écart-type							1.44
Q13 L'établissement a identifié clairement ses faiblesses par rapport au nouveau cadre de référence RI-RTF à implanter.	Fréquence	14	11	19	47	26	12	
	Fréquence %	10.9	8.5	14.7	36.4	20.2	9.3	
	Moyenne							2.74
	Médiane							3.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.50
	ICM B.Sup**							2.99
	Écart-type							1.41
Q14 L'établissement a les capacités nécessaires (personnel, motivation, etc.) pour assurer l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	8	14	18	47	24	18	
	Fréquence %	6.2	10.9	14.0	36.4	18.6	14.0	
	Moyenne							2.92
	Médiane							3.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.68
	ICM B.Sup**							3.16
	Écart-type							1.37
Q15 Le contexte entourant l'implantation du cadre de référence RI-RTF a été présenté au personnel, aux ressources et aux autres instances de l'établissement.	Fréquence	17	16	21	37	25	13	
	Fréquence %	13.2	12.4	16.3	28.7	19.4	10.1	
	Moyenne							2.59
	Médiane							3.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.33
	ICM B.Sup**							2.85
	Écart-type							1.51
Q16 Le contexte des changements générés par le nouveau cadre de référence RI-RTF est bien compris par le personnel directement visé.	Fréquence	8	18	23	40	36	4	
	Fréquence %	6.2	14.0	17.8	31.0	27.9	3.1	
	Moyenne							2.70
	Médiane							3.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.48
	ICM B.Sup**							2.92
	Écart-type							1.27

Variables à l'étude	Statistiques descriptives	Échelle de mesure						Total
		0	1	2	3	4	5	
Q17 Des résistances ont été manifestées par le personnel ou par les autres instances de l'établissement par rapport au nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	26	25	14	37	22	5	
	Fréquence %	20.2	19.4	10.9	28.7	17.1	3.9	
	Moyenne							2.15
	Médiane							2.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							1.88
	ICM B.Sup**							2.41
	Écart-type							1.52
Q18 Des résistances ont été manifestées par les ressources par rapport au nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	28	13	21	34	25	8	
	Fréquence %	21.7	10.1	16.3	26.4	19.4	6.2	
	Moyenne							2.30
	Médiane							3.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.03
	ICM B.Sup**							2.58
	Écart-type							1.58
Q19 Une stratégie est développée afin de minimiser les résistances éventuelles du personnel, des ressources et des autres instances de l'établissement.	Fréquence	31	14	22	36	21	5	
	Fréquence %	24.0	10.9	17.1	27.9	16.3	3.9	
	Moyenne							2.13
	Médiane							2.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							1.86
	ICM B.Sup**							2.40
	Écart-type							1.53
Q20 Avant l'arrivée du nouveau cadre de référence RI-RTF les efforts liés au contrôle de la qualité des services rendus à l'utilisateur confié à une ressource étaient suffisants.	Fréquence	9	20	21	37	31	11	
	Fréquence %	7.0	15.5	16.3	28.7	24.0	8.5	
	Moyenne							2.73
	Médiane							3.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.49
	ICM B.Sup**							2.97
	Écart-type							1.39
Q21 La qualité des services rendus à l'utilisateur confié à une ressource est une valeur importante partagée par le personnel.	Fréquence	1	0	3	10	28	87	
	Fréquence %	0.8	0.0	2.3	7.8	21.7	67.4	
	Moyenne							4.52
	Médiane							5.00
	Mode							5

Variables à l'étude	Statistiques descriptives		Échelle de mesure						
			0	1	2	3	4	5	Total
	95%	B.Inf*							4.37
	ICM	B.Sup**							4.67
	Écart-type								.84

Le tableau 6, qui fait référence à la dimension « contrainte », représente ce que l'établissement est obligé de respecter. La dimension est composée de 12 questions. La moyenne est passable (2.87/5) avec un intervalle de confiance et un écart type assez faibles (de 2.73 à 3.02; 0.82), ce qui confirme une dispersion des données assez restreinte. Plus du trois quarts des répondants (78.3 %) affirme que le cadre de référence RI-RTF à mettre sur pied s'inscrit bien dans la culture de la qualité et des valeurs de l'établissement. Le mode obtient une valeur parfaite de 5 pour cette même question et, bien que la moyenne soit élevée (4.09/5), l'intervalle de confiance à la moyenne et l'écart-type sont assez faibles (de 3.91 à 4.28 ; 1.06). Plus du tiers des répondants (39.6%) affirment que des résistances ont été manifestées par le personnel ou par les autres instances de l'établissement par rapport au nouveau cadre de référence RI-RTF, alors que seulement le cinquième (20.2 %) affirme avoir développé une stratégie afin de minimiser les résistances éventuelles du personnel, des ressources et des autres instances de l'établissement. La moyenne de cette question est la plus faible de toute la dimension (2.13/5) avec un intervalle de confiance et un écart-type modérés (de 1.86 à 2.40 ; 1.53). La question évaluant si la qualité des services rendus à l'utilisateur confié à une ressource est une valeur importante partagée par le personnel obtient la plus forte moyenne (4.52/5), avec moins de 1 % des répondants affirmant le contraire. La dispersion des données est très limitée avec un écart-type et un intervalle de confiance à la moyenne très faible (0.84 ; de 4.37 à 4.67). Le tableau suivant présente les résultats pour la dimension « moyen ».

Tableau 7 : Statistiques descriptives pour la dimension moyen

Variables à l'étude	Statistiques descriptives		Échelle de mesure						
			0	1	2	3	4	5	Total
Dimension « moyen »	Fréquence		274	191	258	257	0	181	1161
	Fréquence %		23.6	16.5	22.2	22.1	0	15.6	
	Moyenne								2.05
	Médiane								2.11
	Mode								2
	95%	B.Inf*							1.87
	ICM	B.Sup**							2.24
	Écart-type								1.07
Q22 Un plan d'action concret a été développé pour mettre en	Fréquence		33	23	22	37	0	14	
	Fréquence %		25.6	17.8	17.1	28.7	0.0	10.9	

Variables à l'étude	Statistiques descriptives	Échelle de mesure							
		0	1	2	3	4	5	Total	
place le nouveau cadre de référence RI-RTF (activités à réaliser, échéanciers et responsables de l'application du cadre de référence RI-RTF).	Moyenne							1.92	
	Médiane							2.00	
	Mode							3	
	95%	B.Inf*							1.65
	ICM	B.Sup**							2.20
	Écart-type								1.57
Q23 L'établissement a développé des indicateurs ou des façons de s'assurer de l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	39	27	30	25	0	8		
	Fréquence %	30.2	20.9	23.3	19.4	0.0	6.2		
	Moyenne							1.57	
	Médiane							1.00	
	Mode							0	
	95%	B.Inf*							1.32
	ICM	B.Sup**							1.81
Écart-type								1.41	
Q24 Au sein de l'établissement, une personne a été identifiée et doit rendre compte de l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	19	7	21	30	0	52		
	Fréquence %	14.7	5.4	16.3	23.3	0.0	40.3		
	Moyenne							3.09	
	Médiane							3.00	
	Mode							5	
	95%	B.Inf*							2.77
	ICM	B.Sup**							3.41
Écart-type								1.83	
Q25 Des rencontres avec le personnel ont eu lieu afin que les employés se familiarisent avec le nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	20	15	30	33	0	31		
	Fréquence %	15.5	11.6	23.3	25.6	0.0	24.0		
	Moyenne							2.55	
	Médiane							2.00	
	Mode							3	
	95%	B.Inf*							2.26
	ICM	B.Sup**							2.85
Écart-type								1.70	
Q26 Des formations en lien avec l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF ont été prévues pour les responsables de l'application du nouveau cadre de référence (intervenant au contrôle de la	Fréquence	17	17	28	32	0	35		
	Fréquence %	13.2	13.2	21.7	24.8	0.0	27.1		
	Moyenne							2.67	
	Médiane							3.00	
	Mode							5	
	95%	B.Inf*							2.37
ICM	B.Sup**							2.96	

Variables à l'étude	Statistiques descriptives	Échelle de mesure						Total	
		0	1	2	3	4	5		
qualité, intervenants de l'utilisateur).	Écart-type							1.71	
Q27 Des rencontres en lien avec l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF ont été prévues pour les ressources (RI/RTF).	Fréquence	24	21	32	30	0	22		
	Fréquence %	18.6	16.3	24.8	23.3	0.0	17.1		
	Moyenne							2.21	
	Médiane							2.00	
	Mode							2	
	95% ICM	B.Inf*							1.93
		B.Sup**							2.49
Écart-type								1.63	
Q28 Les partenariats nécessaires à l'actualisation du nouveau cadre de référence RI-RTF ont été établis (ex. : comité de vigilance et de la qualité, conseil d'administration, comité des usagers, etc.).	Fréquence	35	32	31	21	0	10		
	Fréquence %	27.1	24.8	24.0	16.3	0.0	7.8		
	Moyenne							1.61	
	Médiane							1.00	
	Mode							0	
	95% ICM	B.Inf*							1.36
		B.Sup**							1.85
Écart-type								1.43	
Q29 Des mécanismes de communication et de sensibilisation destinés à toutes les parties prenantes (personnel, ressources, instances de l'établissement) ont été développés pour implanter le nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	34	22	36	31	0	6		
	Fréquence %	26.4	17.1	27.9	24.0	0.0	4.7		
	Moyenne							1.68	
	Médiane							2.00	
	Mode							2	
	95% ICM	B.Inf*							1.45
		B.Sup**							1.92
Écart-type								1.34	
Q30 Des incitatifs pour motiver le personnel à favoriser l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF ont été développés.	Fréquence	53	27	28	18	0	3		
	Fréquence %	41.1	20.9	21.7	14.0	0.0	2.3		
	Moyenne							1.18	
	Médiane							1.00	
	Mode							0	
	95% ICM	B.Inf*							0.96
		B.Sup**							1.39
Écart-type								1.24	

Le tableau 7 traite de la dimension « moyen » faisant référence à tous les éléments qui doivent être planifiés pour atteindre les objectifs. Celle-ci est composée de neuf questions qui, ensemble, offrent la plus faible moyenne (2.05/5) de toutes les dimensions. D'ailleurs, les valeurs gravitent autour de la moyenne avec un faible écart-type (1.07) et un petit intervalle de confiance à la moyenne (de 1.87 à 2.24). Quelques questions se font remarquer soit par leur mode très faible de 0 ou par leur mode ayant la valeur maximale de 5. Ainsi, plus de la moitié (51.10 %) des répondants affirment que leur établissement n'a pas développé des indicateurs ou des façons de s'assurer de l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF. Seulement deux établissements sur cinq (40.3 %) affirment avoir identifié, au sein de leur établissement, une personne qui doit rendre des comptes sur l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF. Pour cette question, le mode est la valeur maximale avec une moyenne passable (3.09). L'écart-type (1.83) et l'intervalle de confiance à la moyenne sont élevés (de 2.77 à 3.41), ce qui dénote une grande hétérogénéité au sein de la distribution des valeurs. Un peu plus du quart des répondants (27.1%) affirment avoir des formations prévues pour les responsables de l'application du nouveau cadre de référence RI-RTF. Les résultats obtenus sont semblables à la question précédente : une moyenne somme toute modérée (2.67/5) avec une importante dispersion des valeurs (E-T = 1.71 ; ICM = de 2.37 à 2.96) et un mode élevé de 5. La moitié des répondants affirme ne pas avoir établi les partenariats nécessaires à l'actualisation du nouveau cadre. Le mode et la moyenne de cette question sont faibles (0; 1.61). Avec moins de 10 % des répondants affirmant avoir entrepris des partenariats, il semble possible de conclure qu'une certaine homogénéité se dégage de ces réponses. Finalement, seulement trois établissements affirment avoir développé des incitatifs pour motiver le personnel à favoriser l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF. La moyenne obtenue pour cette question est la plus faible de toute la dimension (1.18 /5) et la médiane et le mode sont aussi à de très bas niveaux (1.00; 0). L'intervalle de confiance à la moyenne montre que celle-ci pourrait se retrouver sous la barre du 1 (de 0.96 à 1.39). Une certaine régularité des valeurs est observée dans les réponses pour la dimension. Le tableau suivant présente les résultats pour la dimension « intervenant ».

Tableau 8 : Statistiques descriptives pour la dimension intervenant

Variables à l'étude	Statistiques descriptives	Échelle de mesure						
		0	1	2	3	4	5	Total
Dimension « intervenant »	Fréquence	214	200	282	543	587	367	2193
	Fréquence %	9.7	9.1	12.9	24.8	26.8	16.7	
	Moyenne							3.00
	Médiane							3.12
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.85
	ICM B.Sup**							3.15
	Écart-type							.86

Variables à l'étude	Statistiques descriptives	Échelle de mesure						
		0	1	2	3	4	5	Total
Q31 (DG) A une bonne compréhension des changements à faire dans le contexte d'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	8	11	16	34	39	21	
	Fréquence %	6.2	8.5	12.4	26.4	30.2	16.3	
	Moyenne							3.15
	Médiane							3.00
	Mode							4
	95% B.Inf*							2.90
	ICM B.Sup**							3.39
	Écart-type							1.40
Q32 (DG) Est impliquée dans l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	15	22	21	31	30	10	
	Fréquence %	11.6	17.1	16.3	24.0	23.3	7.8	
	Moyenne							2.54
	Médiane							3.00
	Mode							3
	95% B.Inf*							2.90
	ICM B.Sup**							3.39
	Écart-type							1.50
Q33 (DG) Suit l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF lors de la tenue des comités de direction.	Fréquence	27	25	23	19	22	13	
	Fréquence %	20.9	19.4	17.8	14.7	17.1	10.1	
	Moyenne							2.18
	Médiane							2.00
	Mode							0
	95% B.Inf*							1.89
	ICM B.Sup**							2.47
	Écart-type							1.66
Q34 (DG) Démontre une attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles de l'établissement pour se conformer au nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	4	8	15	32	35	35	
	Fréquence %	3.1	6.2	11.6	24.8	27.1	27.1	
	Moyenne							3.48
	Médiane							4.00
	Mode							4
	95% B.Inf*							3.25
	ICM B.Sup**							3.71
	Écart-type							1.34
Q35 (DG) A dégagé des nouvelles sommes financières pour l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	83	18	9	13	5	1	
	Fréquence %	64.3	14.0	7.0	10.1	3.9	0.8	
	Moyenne							.78
	Médiane							.00
	Mode							0

Variables à l'étude	Statistiques descriptives		Échelle de mesure						Total
			0	1	2	3	4	5	
	95%	B.Inf*							0.56
	ICM	B.Sup**							0.99
	Écart-type								1.25
Q36 (II) Démontrent une attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles de l'établissement pour se conformer au nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence		9	13	19	39	31	18	
	Fréquence %		7.0	10.1	14.7	30.2	24.0	14.0	
	Moyenne								2.96
	Médiane								3.00
	Mode								3
	95%	B.Inf*							2.72
	ICM	B.Sup**							3.21
	Écart-type								1.41
Q37 (II) Collaborent de façon adéquate à l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence		15	18	18	29	32	17	
	Fréquence %		11.6	14.0	14.0	22.5	24.8	13.2	
	Moyenne								2.74
	Médiane								3.00
	Mode								4
	95%	B.Inf*							2.47
	ICM	B.Sup**							3.02
	Écart-type								1.57
Q38 (GR) Démontre un bon leadership pour apporter les changements nécessaires à l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence		2	6	8	27	47	39	
	Fréquence %		1.6	4.7	6.2	20.9	36.4	30.2	
	Moyenne								3.77
	Médiane								4.00
	Mode								4
	95%	B.Inf*							3.56
	ICM	B.Sup**							3.97
	Écart-type								1.18
Q39 (GR) Démontre une attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles de l'établissement pour se conformer au nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence		2	4	4	18	46	55	
	Fréquence %		1.6	3.1	3.1	14.0	35.7	42.6	
	Moyenne								4.07
	Médiane								4.00
	Mode								5
	95%	B.Inf*							3.88
	ICM	B.Sup**							4.26
	Écart-type								1.11
Q40 (ER) Est impliquée dans les décisions concernant	Fréquence		9	7	12	27	49	25	
	Fréquence %		7.0	5.4	9.3	20.9	38.0	19.4	

Variables à l'étude	Statistiques descriptives	Échelle de mesure						
		0	1	2	3	4	5	Total
l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	Moyenne							3.36
	Médiane							4.00
	Mode							4
	95% B.Inf*							3.11
	ICM B.Sup**							3.60
	Écart-type							1.41
	Q41 (ER) Démontre une attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles pour se conformer au nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	3	7	11	34	50	24
Fréquence %		2.3	5.4	8.5	26.4	38.8	18.6	
Moyenne								3.5
Médiane								4.00
Mode								4
95% B.Inf*								3.29
ICM B.Sup**								3.70
Écart-type								1.19
Q42 (ER) Possède les compétences nécessaires pour assurer une implantation réussie du cadre de référence RI-RTF.]	Fréquence	4	4	13	29	50	29	
	Fréquence %	3.1	3.1	10.1	22.5	38.8	22.5	
	Moyenne							3.58
	Médiane							4.00
	Mode							4
	95% B.Inf*							3.37
	ICM B.Sup**							3.79
	Écart-type							1.21
Q43 (ER) Collabore de façon adéquate à l'application des changements à apporter.	Fréquence	5	6	7	25	57	29	
	Fréquence %	3.9	4.7	5.4	19.4	44.2	22.5	
	Moyenne							3.63
	Médiane							4.00
	Mode							4
	95% B.Inf*							3.41
	ICM B.Sup**							3.84
	Écart-type							1.24
Q44 (ER) Comprend bien les changements à apporter pour implanter le nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	6	7	11	38	46	21	
	Fréquence %	4.7	5.4	8.5	29.5	35.7	16.3	
	Moyenne							3.35
	Médiane							4.00
	Mode							4
	95% B.Inf*							3.13
	ICM B.Sup**							3.57

Variables à l'étude	Statistiques descriptives	Échelle de mesure							
		0	1	2	3	4	5	Total	
	Écart-type							1.27	
Q45 (RES) Démontrent une attitude positive quant aux changements à apporter à leurs pratiques pour se conformer au nouveau cadre de référence RI-RTF.	Fréquence	6	12	33	55	13	10		
	Fréquence %	4.7	9.3	25.6	42.6	10.1	7.8		
	Moyenne							2.67	
	Médiane							3.00	
	Mode							3	
	95%	B.Inf*							2.47
	ICM	B.Sup**							2.88
	Écart-type								1.17
Q46 (RES) Collaborent de façon adéquate avec l'établissement à l'implantation du cadre de référence.	Fréquence	5	10	27	53	22	12		
	Fréquence %	3.9	7.8	20.9	41.1	17.1	9.3		
	Moyenne							2.88	
	Médiane							3.00	
	Mode							3	
	95%	B.Inf*							2.67
	ICM	B.Sup**							3.08
	Écart-type								1.19
Q47 (RES) Comprennent les changements à apporter dans leurs pratiques.	Fréquence	11	22	35	40	13	8		
	Fréquence %	8.5	17.1	27.1	31.0	10.1	6.2		
	Moyenne							2.36	
	Médiane							2.00	
	Mode							3	
	95%	B.Inf*							2.13
	ICM	B.Sup**							2.58
	Écart-type								1.29

Le tableau 8 fait référence à la dimension « intervenant » qui se traduit par l'implication des personnes jugées les plus en mesure d'assurer l'actualisation des améliorations visées. Celle-ci est composée de 17 questions qui se décomposent en cinq groupes d'intervenants (Direction générale, Instances internes, Gestionnaire responsable, Équipe responsable et Ressources RI-RTF). C'est la dimension qui obtient la plus forte moyenne (3.00/5). Il semble y avoir consensus chez les répondants puisque l'écart-type et l'intervalle de confiance à la moyenne sont tous les deux très faibles (0.86; de 2.85 à 3.15). De plus, la moyenne, la médiane et le mode sont pratiquement identiques, ce qui confirme une distribution normale dans cette dimension.

Le premier groupe d'intervenants concerne la direction générale. Il en ressort que plus de la moitié (54.2 %) démontrent une attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles de l'établissement pour se conformer au nouveau cadre de référence RI-RTF. Il est cependant à noter qu'un peu moins de 10 % des répondants affirment que leur direction a une attitude négative quant aux changements à apporter. Il en ressort quand même un certain consensus positif puisque la médiane et le mode sont très élevés (4) et que l'écart-type est acceptable (1.34). À savoir si la direction générale a dégagé des nouvelles sommes financières pour l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF, les réponses vont vers la négative. La moyenne, la médiane et le mode sont tous très faibles (0.78/5; 0.00; 0). Avec seulement 4.7 % des répondants affirmant avoir eu des sommes pour l'implantation et un peu moins de 80% affirmant la négative, une grande homogénéité se dégage de ces résultats.

Le deuxième groupe d'intervenants concerne les instances internes. Seulement 49 répondants ont affirmé que les instances internes démontrent une attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles de l'établissement pour se conformer au nouveau cadre de référence RI-RTF. La moyenne pour cette question est passable (2.96/5). À savoir s'ils collaborent de façon adéquate à l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF, les résultats sont semblables à la question précédente. La moyenne est un peu plus faible et en dessous du seuil de passage (2.74/5). L'écart-type et l'intervalle de confiance à la moyenne sont respectables (1.57; de 2.47 à 3.02). Pour les deux questions concernant les instances internes, il y a une certaine hétérogénéité dans les valeurs attribuées par les répondants.

Le troisième groupe concerne le gestionnaire responsable de l'implantation du cadre de référence RI-RTF. Les résultats obtenus pour les deux questions composant le groupe sont plus positifs que pour le précédent. Ainsi, plus de 60 % des répondants affirment que le gestionnaire responsable démontre un bon leadership pour apporter les changements nécessaires à l'implantation du cadre de référence RI-RTF. La moyenne étant assez forte (3.77/5) avec un écart-type correct (1.18), il en ressort un consensus favorable des répondants. La deuxième question composant le groupe obtient une moyenne assez élevée (4.07/5) avec un peu plus du trois quarts des répondants affirmant que le gestionnaire responsable de l'implantation démontre une attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles de l'établissement pour se conformer au nouveau cadre de référence RI-RTF. Il semble que ce sentiment soit partagé puisque l'écart-type et l'intervalle de confiance à la moyenne sont tous les deux assez faibles (1.11 ; de 3.88 à 4.26).

Le quatrième groupe concerne l'équipe responsable de l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF. Plus de la moitié des répondants affirment que l'équipe responsable de l'implantation est impliquée dans les décisions concernant l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF. La moyenne pour cette question est notable (3.36/5), mais elle demeure la plus faible pour les questions concernant l'équipe responsable.

L'écart-type et l'intervalle de confiance à la moyenne sont passables (1.41 ; de 3.11 à 3.60), démontrant une hétérogénéité des résultats acceptable. La question permettant de savoir si l'équipe responsable collabore de façon adéquate à l'application des changements à apporter obtient une moyenne bien acceptable (3.63/5) qui se trouve à être la plus forte du groupe. L'intervalle de confiance à la moyenne est décent (de 3.41 à 3.84) et l'écart-type est acceptable (1.24) traduisant une certaine cohérence des valeurs autour de la moyenne.

Finalement, le dernier groupe concerne les ressources RI-RTF. Un peu plus du quart des répondants affirment que les ressources RI-RTF collaborent de façon adéquate avec l'établissement à l'implantation du cadre de référence RI-RTF. Bien que la moyenne soit sous le seuil de passage (2.88/5), elle est la plus forte pour le groupe. L'intervalle de confiance à la moyenne est convenable (de 2.67 à 3.08) et l'écart-type (1.19) suggère une certaine homogénéité des valeurs entourant la moyenne. Lorsqu'il est question de savoir si les ressources comprennent les changements à apporter dans leurs pratiques, plus du quart des répondants affirment à la négative (25.60 %). Cette question obtient la moyenne la plus faible du groupe et est bien en dessous du seuil de réussite (2.36/5). Tout comme pour la question précédente, l'écart-type et l'intervalle de confiance à la moyenne permettent de croire en une faible hétérogénéité des valeurs autour de la moyenne.

4.3 Analyse de la variance

Des analyses de la variance à un facteur de regroupement ont été effectuées afin de déterminer si la nature de la mission de l'établissement peut influencer la planification de l'implantation du cadre de référence RI-RTF. Les analyses ont été administrées en utilisant chacune des dimensions (objectif, besoin, contrainte, moyen, intervenant) comme variable dépendante. La valeur indépendante est la mission de l'établissement et sa région.

Les premières analyses effectuées visent à déterminer si la mission de l'établissement a une influence sur la préparation élaborée pour chacune des dimensions. La variable « mission » se décompose en quatre catégories : Centre jeunesse, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle, Centre de santé et des services sociaux et Autres. Pour pouvoir faire des analyses statistiques et pour aussi protéger l'identité de certains établissements, ils ont été regroupés sous l'appellation « Autres ». Celle-ci comprend des corporations de développement communautaire, des Centres de protection et de réadaptation, des Centres de réadaptation en dépendance, des Centres en réadaptation en déficience physique, en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement, des Centres de réadaptation en déficience physique, des Centres hospitaliers et l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal. La variable dépendante était mesurée par la performance obtenue dans chacune des dimensions. Le test de normalité Kolmogorov-Smirnov a d'abord été effectué pour vérifier que la variable dépendante était normalement distribuée dans chacun des sous-groupes de la population d'intérêt. Les résultats de ce test pour chacune des dimensions se

retrouvent au tableau 9. Par la suite, un sommaire des résultats de l'analyse de la variance à un facteur de regroupement se retrouve au tableau 10.

Tableau 9 : Tests de normalité de la distribution des variables dépendantes (dimensions) avec comme facteur d'intérêt la mission de l'établissement

Dimension	Missions	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistique	df	Sig.	Statistique	df	Sig.
Objectif	CSSS	.108	82	.018	.975	82	.105
	CRDITED	.154	19	.200*	.913	19	.084
	CJ	.188	13	.200*	.881	13	.075
	Autres	.124	15	.200*	.952	15	.551
Besoin	CSSS	.134	82	.001	.956	82	.007
	CRDITED	.162	19	.200*	.912	19	.080
	CJ	.204	13	.141	.895	13	.114
	Autres	.207	15	.083	.946	15	.457
Contrainte	CSSS	.120	82	.005	.969	82	.044
	CRDITED	.237	19	.006	.851	19	.007
	CJ	.249	13	.027	.814	13	.010
	Autres	.193	15	.136	.942	15	.410
Moyen	CSSS	.090	82	.094	.976	82	.128
	CRDITED	.177	19	.119	.945	19	.329
	CJ	.245	13	.032	.918	13	.237
	Autres	.095	15	.200*	.971	15	.872
Intervenant	CSSS	.078	82	.200*	.975	82	.102
	CRDITED	.213	19	.023	.884	19	.025
	CJ	.224	13	.075	.787	13	.005
	Autres	.104	15	.200*	.960	15	.697

* . Limite inférieure de la véritable signification

a. Lilliefors Significance Correction

Afin de s'assurer que l'analyse respectait l'assomption 1 à savoir si la distribution de la variable dépendante (chacune des dimensions) ne comportait pas d'anormalité, le test Kolmogorov-Smirnov a été effectué. Pour chacun des tests, la variable indépendante « Centre de santé et services sociaux » assurait la normalité de sa distribution puisque la variable respectait la loi des grands nombres. Les dimensions « objectif », « besoin » et « moyen » montrent une normalité de la distribution. Pour ce qui est des variables « contrainte » et « intervenant », une anormalité de la distribution s'est révélée pour les Centres de réadaptation en déficience

intellectuelle et en troubles envahissants du développement ainsi que les Centres jeunesse. Cette anomalie peut être expliquée par le faible nombre de représentants pour chacun de ces groupes. Étant donné qu'une ANOVA n'est pas très sensible aux écarts de la normalité, l'analyse a tout de même été conduite pour déterminer si une interaction opérait entre les résultats obtenus pour chacune des dimensions.

Tableau 10 : Résultats sommaire de l'analyse de la variance pour chacune des dimensions selon la mission des établissements et degré de signification

Dimension	Mission des établissements				Total
	CSSS	CRDITED	CJ	Autres	Sig
Objectif	2.094	2.594	2.440	2.571	0.138
Besoin	2.207	2.895	2.962	2.900	0.053*
Contrainte	2.707	3.136	3.154	3.194	0.026*
Moyen	1.774	2.702	2.342	2.504	0.001*
Intervenant	2.873	3.189	3.217	3.255	0.185

Pour les dimensions « objectif » et « intervenant », l'analyse de la variance s'est avérée statistiquement non significative, $F(3,15) = 1.869$, $p = 0.138$ et $F(3,125) = 1.635$, $p = 0.185$, respectivement. Selon la statistique η^2 , la force de la relation entre les résultats obtenus pour les deux dimensions et la mission de l'établissement est très faible. En effet, la mission expliquerait seulement 4.3 % de la variable dimension « objectif » et 3.8 % de la variance pour la variable « intervenant ». Étant donné que les analyses de la variance conduites se sont avérées non significatives, il n'avait pas lieu d'approfondir l'analyse en effectuant des comparaisons multiples.

L'analyse de la variance pour les dimensions « besoin » ($F(3,125) = 2.624$, $p = 0.053$), « contrainte » ($F(3,125) = 3.185$, $p = 0.026$) et « moyen » ($F(3,125) = 6.082$, $p = 0.001$) s'est avérée significative. Il est cependant à noter que la variance de la dimension « besoin » n'est pas significative, mais étant très près de l'être, il a été décidé de poursuivre l'analyse quand même. Selon la statistique η^2 , la force de la relation entre les résultats obtenus pour les dimensions « besoin » et « contrainte » et la mission de l'établissement est de moyenne magnitude. En effet, la mission expliquerait seulement 5.9 % de la variance de la variable dépendante « besoin » et 7.1 % de la variance de la variable « contrainte ». Pour ce qui est de la variable dépendante « moyen », selon la statistique η^2 , environ 12.7 % de la variance dans les résultats obtenus pour la dimension « moyen » serait expliquée par la mission de l'établissement. Ainsi, il appert que la mission de l'établissement explique la proportion des variations dans la variable dépendante à un niveau moyennement élevé.

Puisque l'analyse de la variance conduite s'est avérée significative, il a été décidé, d'approfondir l'analyse en effectuant des comparaisons multiples visant à déterminer quel niveau de la variable indépendante (c.-à-d.

quelle mission d'établissement) était le plus performant dans les dimensions « besoin », « contrainte » et « moyen ». Dans la mesure où le test F de Levene indiquait une certaine hétérogénéité des variances pour les variables dépendantes « besoin » et « moyen » dans chacun des quatre sous-groupes de mission d'établissement, les comparaisons multiples ont été effectuées selon la méthode redevable à Tamhane. Cette méthode a été choisie puisqu'elle est appropriée lorsque les variances et le nombre de représentants par groupe sont inégaux. Pour la variable dépendante « contrainte », le test F de Levene indiquait une certaine homogénéité des variances dans chacun des sous-groupes de mission d'établissements. Les comparaisons multiples ont été effectuées selon la méthode redevable à LSD. Malgré le fait que cette méthode augmente les chances de commettre l'erreur de type 1, elle est recommandée lorsqu'il y a trois groupes à comparer et que ces sous-groupes ne sont pas équivalents. Étant plus libérale, elle augmente les chances que les résultats soient significatifs. Les résultats de cette analyse sont présentés au tableau 11 pour le test de Levene et au tableau 12 pour les comparaisons multiples.

Tableau 11: Test de Levene pour l'égalité des erreurs de variance

Dimension	F	df1	df2	Sig.
Besoin	3.307	3	125	.022
Contrainte	.826	3	125	.482
Moyen	3.230	3	125	.025

Tableau 12 : Résultats des comparaisons multiples effectuées sur les quatre niveaux de la variable indépendante «mission» en relation avec chacune des variables dépendantes «Besoin», «Contrainte» et «Moyen»

							95% Intervalle de confiance	
Dimension	Test	(I) Missions	(J) Missions	Différence Moyenne (I-J)	Erreur Std.	Sig.	Limite Inf.	Limite Sup.
Besoin	Tamhane	CSSS	CRDITED	-.6874	.42762	.540	-1.9160	.5412
			CJ	-.7542	.38201	.332	-1.8927	.3842
			Autres	-.6927	.29566	.154	-1.5371	.1518
		CRDITED	CSSS	.6874	.42762	.540	-.5412	1.9160
			CJ	-.0668	.53243	1.000	-1.5667	1.4331
			Autres	-.0053	.47430	1.000	-1.3430	1.3325
		CJ	CSSS	.7542	.38201	.332	-.3842	1.8927
			CRDITED	.0668	.53243	1.000	-1.4331	1.5667
			Autres	.0615	.43363	1.000	-1.1882	1.3113
		Autres	CSSS	.6927	.29566	.154	-.1518	1.5371
			CRDI	.0053	.47430	1.000	-1.3325	1.3430
			CJ	-.0615	.43363	1.000	-1.3113	1.1882
Contrainte	LSD	CSSS	CRDITED	-.4286*	.20411	.038	-.8326	-.0247
			CJ	-.4465	.23932	.064	-.9202	.0271
			Autres	-.4871*	.22513	.032	-.9327	-.0416

		CRDITED	CSSS	.4286*	.20411	.038	.0247	.8326
			CJ	-.0179	.28855	.951	-.5890	.5532
			Autres	-.0585	.27689	.833	-.6065	.4895
		CJ	CSSS	.4465	.23932	.064	-.0271	.9202
			CRDITED	.0179	.28855	.951	-.5532	.5890
			Autres	-.0406	.30378	.894	-.6418	.5606
		Autres	CSSS	.4871*	.22513	.032	.0416	.9327
			CRDITED	.0585	.27689	.833	-.4895	.6065
			CJ	.0406	.30378	.894	-.5606	.6418
Moyen	Tamhane	CSSS	CRDITED	-.9280	.33564	.066	-1.8977	.0416
			CJ	-.5682	.26997	.269	-1.3740	.2377
			Autres	-.7300*	.24095	.038	-1.4292	-.0307
		CRDITED	CSSS	.9280	.33564	.066	-.0416	1.8977
			CJ	.3599	.40459	.944	-.7796	1.4993
			Autres	.1981	.38583	.997	-.8879	1.2840
		CJ	CSSS	.5682	.26997	.269	-.2377	1.3740
			CRDITED	-.3599	.40459	.944	-1.4993	.7796
			Autres	-.1618	.33029	.997	-1.1055	.7819
		Autres	CSSS	.7300*	.24095	.038	.0307	1.4292
			CRDITED	-.1981	.38583	.997	-1.2840	.8879
			CJ	.1618	.33029	.997	-.7819	1.1055

Ainsi, selon le tableau 12, aucune différence significative n'existe entre les résultats obtenus pour la dimension « besoin » selon la mission de l'établissement. Il est à noter que la dimension « besoin » comporte seulement deux éléments, ce qui peut expliquer pourquoi aucune différence significative n'a pu ressortir. Cependant, des différences statistiquement significatives existent entre les résultats obtenus pour les dimensions « contrainte » et « moyen ». Dans les deux cas, une différence significative (contrainte= $p<0.05$) (moyen= $p<0.001$) existe pour les Centres de santé et services sociaux (CSSS) et le regroupement des missions sous l'appellation « Autres ». Il appert que les missions regroupées dans « Autres » ont obtenu des résultats plus positifs dans leur planification d'implantation du cadre de référence RI-RTF pour les deux dimensions. De plus, une autre différence significative s'ajoute à la dimension « contrainte » ($p<0.05$). Cette différence se retrouve entre les Centres de santé et services sociaux et les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED). Ainsi, les CRDITED montrent une meilleure performance dans la planification de l'implantation du cadre de référence RI-RTF.

4.4 Analyse des forces et des faiblesses de la planification

Afin d'obtenir un portrait global des forces et des faiblesses de la planification des établissements, une transformation des résultats a été effectuée afin de calculer les scores Z. Ce score Z, aussi appelé un score standardisé, consiste à mesurer « à combien d'écart-types de la moyenne se situe un score donné » (Fox, 1999). Pour ce faire, tous les scores sont standardisés par rapport à une moyenne de zéro. Ainsi, « une valeur

positive signifie que le score est supérieur à la moyenne; à l'inverse, une valeur négative signifie que le score est inférieur à la moyenne » (Fox, 1999). En utilisant cette conversion, il est possible de comparer entre eux des résultats provenant de nature différente. Ces résultats seront analysés plus en détail à partir des figures 3, 4, 5, 6 et 7.

Ces figures montrent un nuage de points représentant chacun des éléments. La ligne du centre représente la moyenne standardisée de zéro et les éléments se situant au-dessus de la ligne du centre peuvent être considérés comme étant les forces de la planification. Les facteurs qui se trouvent sous la ligne centrale représentent quant à eux les faiblesses. Les figures 3, 4, 5 et 6 représentent respectivement les forces et les faiblesses de la planification des Centres de santé et des services sociaux, des Centres jeunesse, des Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement et « Autres ». Quant à la figure 7, elle représente les forces et les faiblesses de la planification pour tous les types d'établissement.

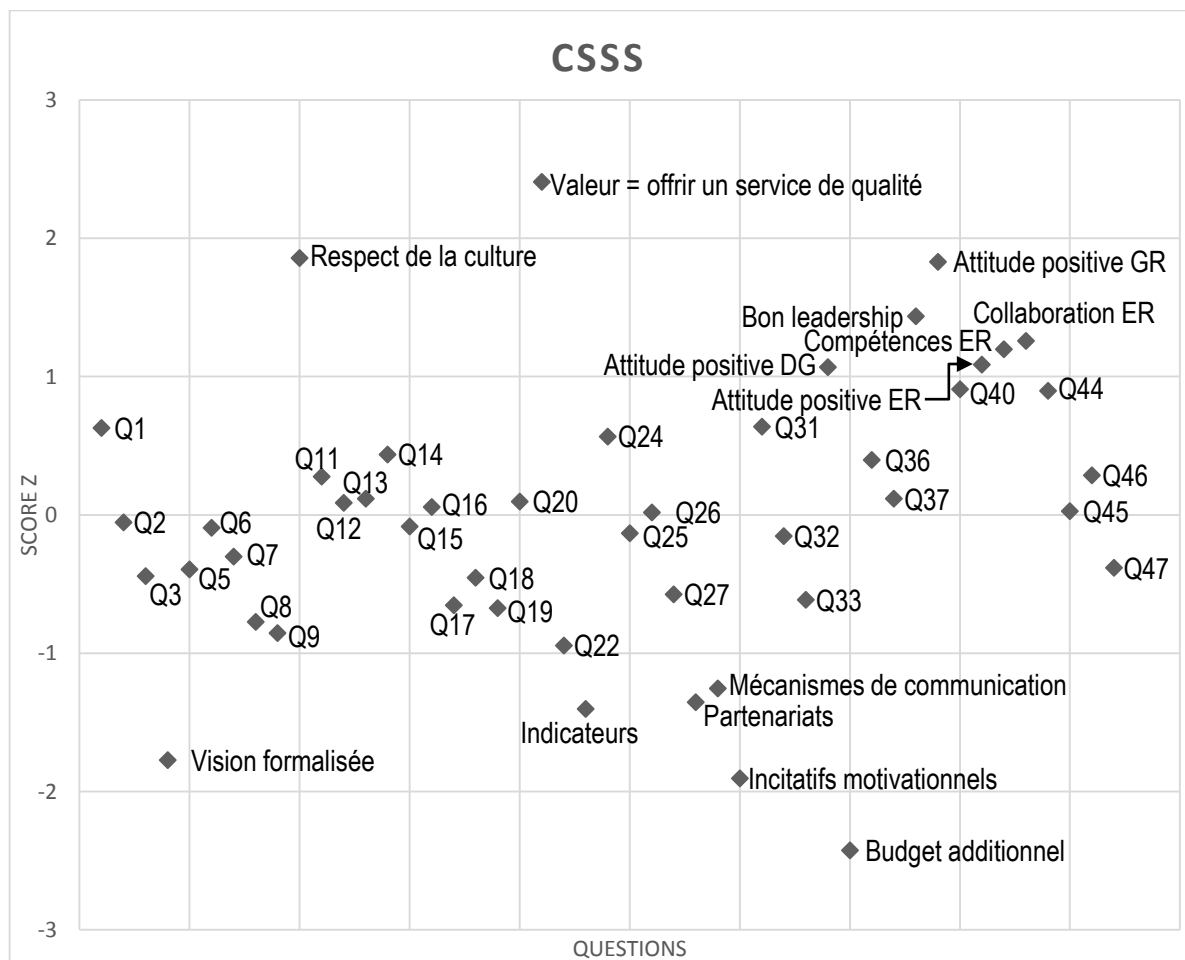


Figure 3 : Forces et faiblesses de la planification des Centres de santé et services sociaux

L'élément qui ressort comme étant le plus fort de la planification de l'implantation du Cadre de référence RI-RTF pour les CSSS est que le fait d'offrir un service de qualité est une valeur importante partagée par le personnel (2.41). Parmi les autres éléments positifs pour cette mission, il y a le fait que le cadre de référence respecte la culture de l'établissement (1.86), que le gestionnaire responsable a une attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles (1.83) et qu'il démontre un bon leadership (1.44). Comme autres forces, trois éléments spécifiques à l'équipe responsable du changement sont ressortis : celle-ci collabore de façon adéquate à l'application des changements (1.26), possède les compétences nécessaires pour assurer une implantation réussie (1.20) et démontre une attitude positive (1.08). La direction générale démontre aussi une attitude positive (1.07). L'attribution de nouvelles sommes financières pour l'implantation du cadre de référence est l'élément le plus faible de la planification (-2.42). Parmi les autres éléments faibles se retrouvent : la planification d'incitatifs motivationnels (-1.90) et de mécanismes de communication (-1.25), la formalisation de la vision dans un document (-1.77), le développement de partenariats (-1.35) et d'indicateurs pour s'assurer de l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF (-1.40). La figure suivante fait état des forces et des faiblesses pour la mission Centre jeunesse.

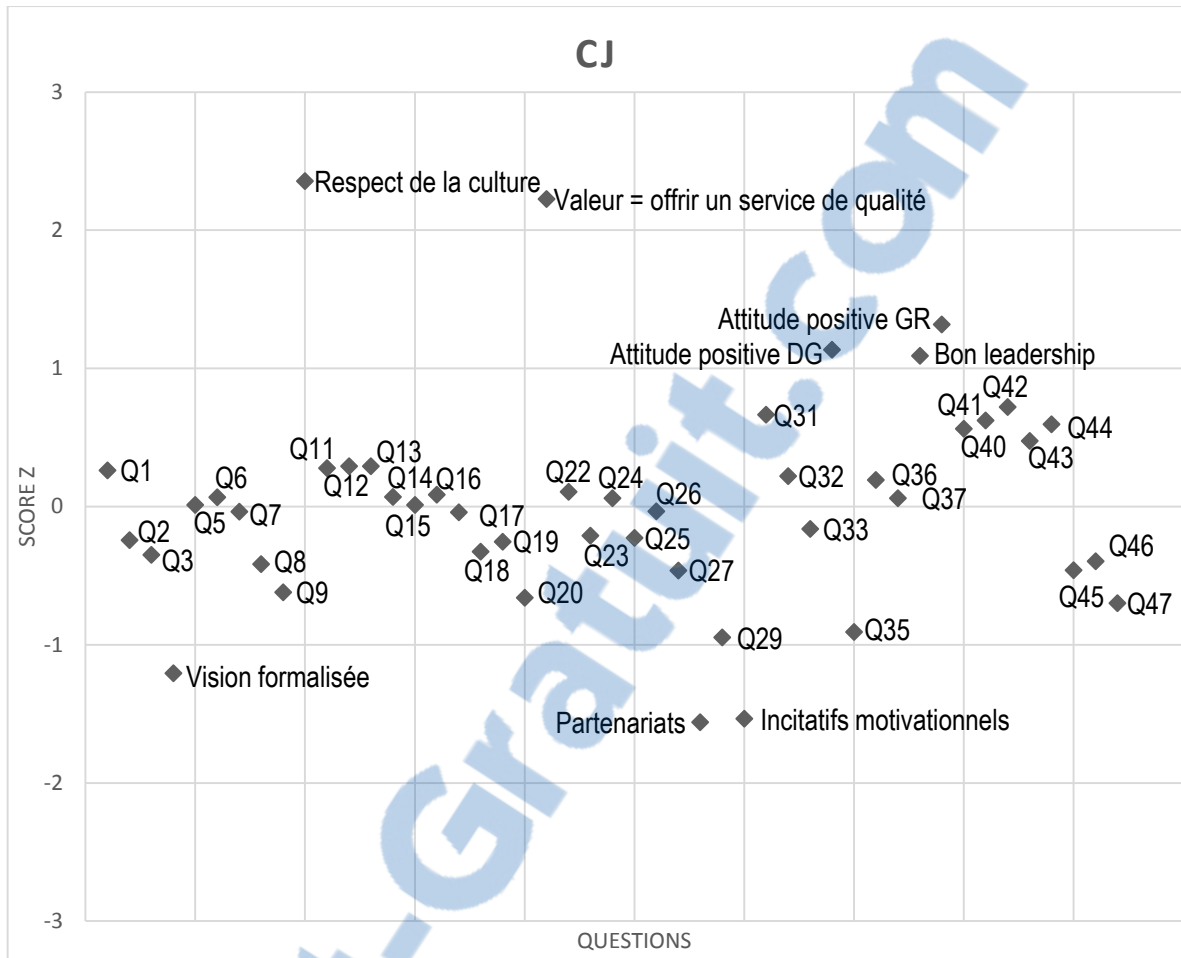


Figure 4 : Forces et faiblesses de la planification des Centres jeunesse

En ce qui concerne la mission des Centres jeunesse à la figure 4, il semble que la variable à l'étude ressortant comme la plus forte soit le fait que le cadre de référence RI-RTF s'inscrit bien dans la culture et les valeurs de l'établissement (2.35). Elle est suivie de très près par le fait qu'offrir un service de qualité est une valeur importante pour le personnel (2.22). C'est aussi le cas d'une attitude positive de la part du gestionnaire responsable (1.32) et de la direction générale (1.14). Le leadership offert par le gestionnaire responsable est aussi parmi les éléments forts de la planification (1.09). La variable la plus faible de la planification est le développement de partenariats (-1.56). Le développement d'incitatifs motivationnels (-1.53) et la formalisation de la vision (-1.21) font aussi partie des faiblesses de la planification des CJ. La figure 5 montre les forces et les faiblesses de la planification des Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement

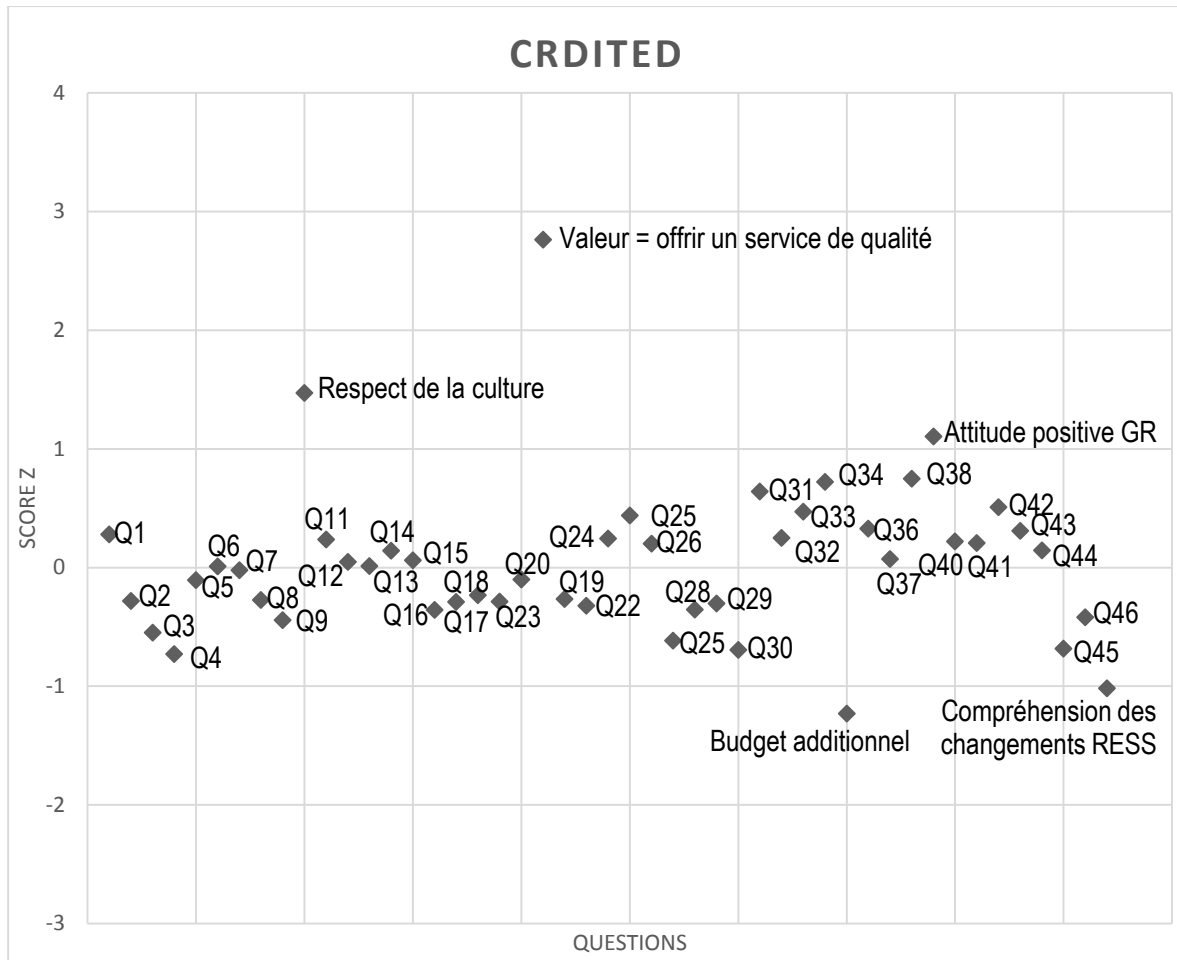


Figure 5 : Forces et faiblesses de la planification des Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement

Pour la planification des CRDITED la variable à l'étude la plus forte est le fait de rendre aux usagers des services de qualité (2.76). Le cadre de référence semble aussi bien respecter la culture (1.47). L'attitude du gestionnaire responsable (1.10) ressort comme une force de la planification. L'obtention d'un budget additionnel de la part de la direction générale pour faire l'implantation ressort comme étant le plus faible (-1.23) avec la compréhension des ressources quant au changement à apporter (-1.08). La figure 6 présente les forces et les faiblesses de la mission « Autres ».

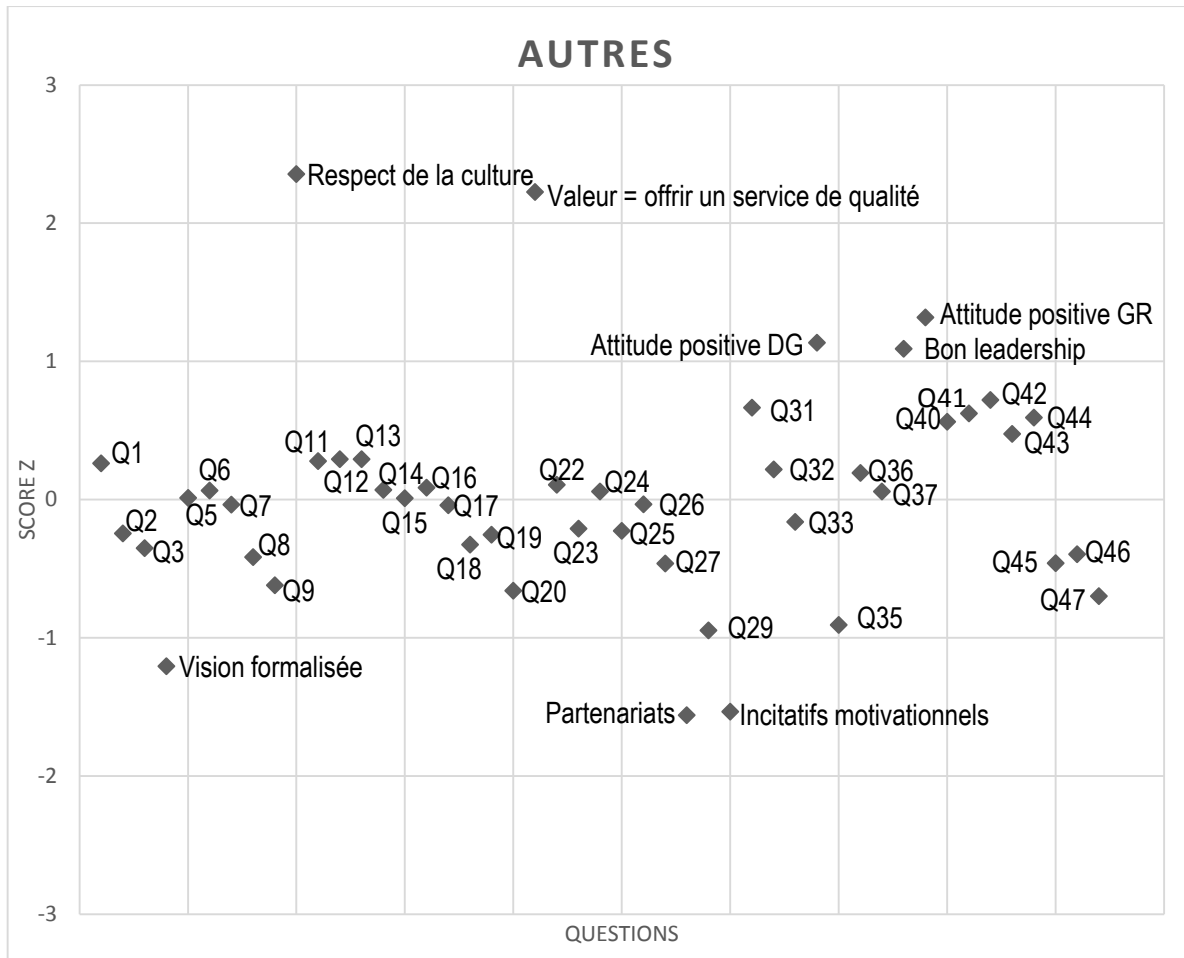


Figure 6 : Forces et faiblesses de la planification pour « Autres »

Le respect de la culture (2.35) et le fait d'offrir des services de qualité (2.22) apparaissent comme étant les deux éléments les plus forts de la planification de la mission « Autres ». L'attitude adoptée par le gestionnaire responsable (1.32) et la direction générale semble positive (1.14). De plus, le leadership offert par le gestionnaire responsable se trouve à être un des éléments forts de la planification (1.09). Trois éléments ressortent comme étant plus faibles, soit le fait d'avoir développé les partenariats nécessaires (-1.56), d'avoir développé des incitatifs motivationnels (-1.53) et d'avoir formalisé la vision dans un document (-1.20). La figure 7 présente un portrait de la planification pour tous les types de mission d'établissements confondus.

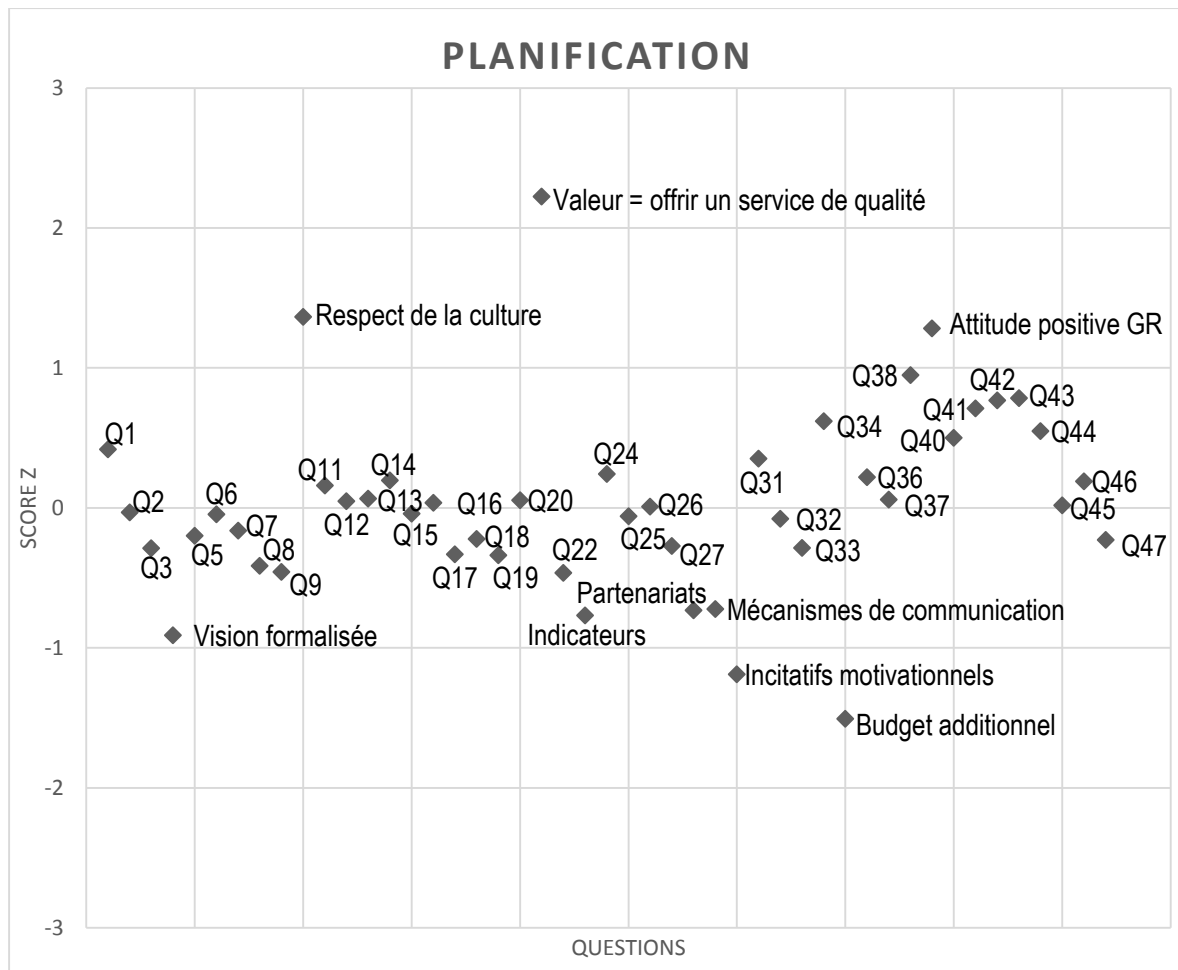


Figure 7 : Portrait global des forces et des faiblesses de la planification du cadre de référence RI-RTF des établissements

Le portrait présenté à la figure 7 met en évidence que la plus grande force de la planification est que pour le personnel, offrir un service de qualité aux usagers est une valeur importante (2.22). Il s'ensuit que le cadre de référence RI-RTF respecte la culture de l'établissement (1.36) et que l'attitude positive du gestionnaire responsable ressort comme étant une force (1.28). Pour ce qui est des faiblesses de la planification, six éléments sont ressortis comme étant plus négatifs. Ainsi, le fait d'avoir obtenu des sommes d'argent additionnelles de la part de la direction générale (-1.51) est l'élément qui ressort comme le plus faible. Le développement d'incitatifs motivationnels (-1.19), la formalisation de la vision dans un document (-0.91), la planification d'indicateurs pour suivre l'implantation (-0.77), le développement de partenariats (-0.73) et de mécanismes de communication et de sensibilisation (-0.72) complètent les faiblesses de la planification pour tous les établissements confondus.

5 Discussion

Cette recherche vise à analyser la planification de l'implantation du cadre de référence RI-RTF. À la lumière des résultats obtenus, il est possible de constater que certains facteurs ont été mieux approfondis que d'autres dans la planification des établissements. Ce chapitre porte sur la discussion des résultats obtenus pour chacune des missions pour ainsi mettre en relief les forces et les faiblesses de la planification effectuée par les établissements. Les dimensions seront présentées dans l'ordre suivant : objectif, besoin, contrainte, moyen et intervenant. Une présentation globale des forces et des faiblesses, en lien avec les différentes missions, complète le chapitre.

5.1 Dimension « objectif »

La première analyse concerne la dimension « objectif » et celle-ci est divisée en deux sections, soit la vision et les objectifs. La vision élaborée lors de la planification d'une implantation est de très grande importance. Comme mentionné par plusieurs auteurs, sans une vision commune, le projet peut prendre plusieurs directions différentes (Kotter, 1996; Laframboise et al., 2003). Il ne s'agit pas non plus seulement d'élaborer une vision, il faut s'assurer que les gens la comprennent bien et qu'elle soit diffusée. Au regard des résultats, seulement cinq établissements affirment avoir développé une vision qui est claire, qui a été transmise, bien comprise et formalisée. La question à savoir si l'établissement avait développé une vision claire et en lien avec le cadre de référence RI-RTF est celle dont les participants ont répondu le plus favorablement. Il est possible que les répondants étaient probablement membres de l'équipe ayant développé ladite vision. Il avait été pensé que le fait de formaliser la vision dans un document aurait influencé la compréhension de la vision de façon positive. Les résultats ne montrent aucune corrélation entre les deux éléments, hormis que les répondants ayant répondu positivement aux deux questions ont répondu de la même façon à toutes les autres concernant la vision.

Seulement dix établissements sur 175 affirment avoir clairement identifié des objectifs, les avoir partagés avec le personnel et les avoir développés de façon à être mesurables. Plus de 30 établissements admettent n'avoir rien fait de tout cela. Éventuellement, ceci pourrait poser beaucoup de problèmes lorsque ces établissements voudront poser un diagnostic permettant de déterminer à quelle étape de leur cheminement ils sont rendus dans leur implantation. De plus, comme il est très important de célébrer les victoires lorsque des objectifs sont atteints, car cela favorise la motivation, il faut les mettre au point, au préalable. Sans objectif à court, moyen et long termes, il devient alors difficile d'identifier les véritables succès et de garder le rythme du changement (Appelbaum et al., 2012; Kotter, 1995, 2008; Maurer, 1996; Mento et al., 2002; Sidorko, 2008). Il est aussi à noter que presque tous les établissements qui ont indiqué avoir développé des objectifs mesurables ont aussi

mentionné que ceux-ci étaient clairs ; ce qui corrobore le modèle synergique de Plante et Bouchard voulant qu'un objectif se doit d'être mesurable, réaliste et clair (Bouchard, 2010).

5.2 Dimension « besoin »

Dans le cas de la dimension « besoin », seulement neuf établissements ont fait un état de la situation des changements à apporter aux pratiques actuelles pour se conformer au cadre de référence RI-RTF et avoir élaboré une description précise des éléments à changer. L'omission de faire un état de la situation pré-implantation peut s'avérer catastrophique puisque l'établissement n'est alors pas en mesure de déterminer ce qu'il doit changer. Il faut d'abord déterminer comment le travail est fait et établir la culture de l'établissement pour, par la suite, élaborer une description des éléments à changer et ainsi bien s'adapter à la nouvelle réalité. Dans le cas des établissements, il faut s'adapter à la nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux.

5.3 Dimension « contrainte »

Les éléments développés dans la dimension « contrainte » ont été regroupés en trois sections analysant tout d'abord la culture et les valeurs des établissements, suivant les contraintes de l'établissement en lien avec l'implantation et les résistances développées.

Dans 67 % des cas, lorsque le répondant a répondu que les efforts liés au contrôle de la qualité des services rendus à l'utilisateur confié à une ressource étaient suffisants, il affirmait aussi que la qualité de ceux-ci est une valeur importante partagée par le personnel et que le cadre de référence RI-RTF s'inscrit bien dans la culture de la qualité et les valeurs de l'établissement. Tel qu'il a été mentionné précédemment, les changements les plus difficiles à implanter sont ceux qui vont à l'encontre de la culture, et ce spécialement dans le milieu de la santé (Albliwi et al., 2014; Bhasin, 2012). Il est alors rassurant de constater que seulement quatre établissements ont affirmé que le cadre de référence allait à l'encontre de la culture de l'établissement. Cependant, de ceux-ci, trois ont affirmé que les efforts liés au contrôle de la qualité avant l'entrée en vigueur du cadre de référence étaient insuffisants. En revanche, en regard de la question à savoir si la qualité des services rendus à l'utilisateur confié à une ressource est une valeur importante partagée par le personnel, ces mêmes établissements ont répondu favorablement. Il semble qu'il y ait donc une lacune dans l'évaluation de la qualité des services offerts à l'utilisateur. Heureusement, le cadre de référence RI-RTF vient pallier ce besoin. En regardant les écrits spécialisés, il en ressort que pour ces établissements, l'implantation va générer beaucoup de résistance de la part des employés puisque généralement, un changement qui va à l'encontre de la culture entraîne de la résistance de la part de ceux-ci (Albliwi et al., 2014; Bhasin, 2012; Mento et al., 2002).

Pour bien implanter un changement, il faut d'abord connaître les contraintes et les ressources disponibles. Dans la grande majorité des cas, les établissements qui ont identifié leurs forces ont aussi identifié leurs faiblesses. Il est étrange de constater que, parmi ces établissements, seulement 22 ont aussi déterminé les contraintes dont ils doivent tenir compte. Les forces et les faiblesses se retrouvent généralement plus à l'intérieur de l'établissement, tandis que les contraintes sont souvent hors du contrôle des responsables de l'implantation, puisqu'elles visent les ressources humaines, matérielles, légales et financières. Il est alors impossible de concevoir un plan d'implantation sans tenir compte de ces éléments. Il devient très difficile d'imaginer comment les 22 établissements n'ayant pas déterminé leurs contraintes vont pouvoir élaborer une planification réaliste. Le même questionnaire peut aussi être fait pour les 26 établissements qui n'ont pas déterminé leurs forces et les 25 qui n'ont pas déterminé leurs faiblesses. Il est encore plus inquiétant de constater que, parmi ces établissements, 15 d'entre eux n'ont tout simplement pas fait d'analyse de leur état initial et des éléments à changer pour s'adapter au cadre de référence RI-RTF. Ces établissements ne savent donc pas sur quels éléments ils doivent travailler pour atteindre les résultats souhaités.

Il a été mentionné que de 33 à 80 % des changements à être implantés dans une organisation connaîtront l'échec (Appelbaum et al., 2012; Kotter, 2008; Whelan-Berry et Somerville, 2010) et que la principale raison énoncée est la résistance des employés (Erwin et Garman, 2010; Smollan, 2011). La résistance au changement n'est donc pas quelque chose à prendre à la légère et il est très important de la prévoir pour essayer d'en diminuer les effets négatifs. Ainsi, 14 établissements affirment avoir observé des résistances se manifester auprès des employés, des instances internes et des ressources. Parmi ces établissements, seulement quatre ont préparé une stratégie pour minimiser les résistances. Au total, 26 établissements sur 175 se sont préparés à d'éventuelles résistances. Pour le moment, très peu d'établissements indiquent observer de la résistance chez les employés, les instances internes (27) et les ressources (33). Cependant, l'implantation est encore dans la phase embryonnaire et il se peut alors que les résistances se déclarent plus tard. La période d'implantation la plus difficile est au milieu alors que les gens ont souvent l'impression que le changement stagne, qu'ils vivent seulement des ratés. C'est à ce moment que les résistances risquent d'être les plus élevées (Thompson, Wolf, et Spear, 2003). Il est donc très inquiétant de voir que très peu d'établissements ont développé une stratégie pour minimiser les effets de la résistance et conserver la motivation de tous. Il est aussi à noter que 33 établissements disent ne pas avoir expliqué le contexte entourant l'implantation du cadre de référence au personnel, aux ressources RI-RTF et aux autres instances de l'établissement, mais que seulement 26 établissements affirment que le contexte de changement n'a pas été bien compris par tous. Ainsi 16 établissements ont répondu à la négative pour les deux questions, il devient alors intéressant de voir que le fait d'avoir communiqué le contexte d'implantation ne semble pas en influencer la compréhension.

À la suite des analyses de la variance, il s'est avéré que les missions « Autres » et Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissant du développement avaient obtenu une meilleure performance dans leur planification pour la dimension contrainte que les Centres de santé et services sociaux (CSSS). Ceci peut être expliqué par le fait que ces deux missions ont plus d'usagers à leur charge et que les CSSS interpellent souvent des établissements plus spécialisés pour s'occuper de leurs usagers, ils ont alors moins de ressources pour implanter le cadre de référence RI-RTF.

5.4 Dimension « moyen »

Les éléments que comporte la dimension « moyen » ont été divisés en quatre groupes soit le plan d'action, les communications, la formation et les partenariats. Ainsi, il semble que les établissements ayant développé des indicateurs ou des façons de s'assurer de l'implantation du nouveau cadre de référence ont été plus propices à développer un plan d'action concret. Il est préoccupant de constater que seulement 14 établissements ont développé des activités à réaliser ainsi que des échéanciers et ont déterminé des responsables de l'application du cadre de référence RI-RTF. Concevoir ces éléments est au cœur même de la définition de ce qu'est une planification (Alter et Ginzberg, 1978). Il y a tout de même 59 établissements qui disent avoir « modérément » développé un plan d'action, ce qui peut être expliqué par le fait que lorsque les questionnaires ont été envoyés, certains établissements étaient toujours dans le développement de leur planification tandis que pour d'autres, l'implantation débutait. Au même moment, le ministre de la Santé et des Services sociaux discutait d'une nouvelle loi (Loi 10) pouvant potentiellement influencer le fonctionnement des établissements de santé, ce qui a pu ralentir certains établissements dans leur planification. Cela expliquerait pourquoi le plan d'action n'était pas complètement développé.

Il semble que les établissements ayant développé des indicateurs ou des façons de s'assurer du bon déroulement de l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF ne sont pas les mêmes qui ont développé des objectifs. Cependant, les établissements qui n'ont pas développé d'objectif n'ont pas dans la majorité des cas (33/36), non plus développé d'indicateurs. Il est aussi à noter que parmi ces 33 établissements, seulement 5 affirment avoir modérément développé des incitatifs pour motiver le personnel. Il est alors impossible pour eux de suivre l'implantation et de vérifier où ils en sont rendus dans leur processus de changement. Il sera aussi très difficile pour eux de conserver la motivation des employés et des ressources pour assurer l'implantation, augmentant ainsi les chances de résistance au changement (Geller, 2002; Kotter, 1995; Mento et al., 2002). Sur une note plus positive, le fait d'avoir identifié une personne redevable de l'implantation semble avoir eu une influence directe sur les établissements qui ont élaboré un plan d'action concret (12/14), développé des indicateurs pour s'assurer de l'implantation du cadre de référence RI-RTF (8/8)

et développé des incitatifs pour motiver le personnel (2/3). Il serait intéressant de refaire l'étude à la fin du processus d'implantation pour vérifier si ces responsables ont obtenu plus de succès.

Les écrits spécialisés mettent beaucoup de l'avant l'importance des rencontres avec les employés afin de les familiariser avec le changement, pour ainsi diminuer l'insécurité qu'ils pourraient ressentir et les risques de résistance de leur part (Appelbaum et al., 2012). Pour le moment, il semblerait que le fait d'avoir eu des rencontres autant avec le personnel qu'avec les ressources n'ait pas eu d'influence sur la propension à développer de la résistance. De plus, les établissements qui ont prévu des rencontres avec les ressources ont, dans plus de 50% des cas, planifié des rencontres avec le personnel. La prévision de ces rencontres n'a cependant pas incité les établissements, dans la majeure partie des cas (4/6), à développer des mécanismes de communication et de sensibilisation destinés à toutes les parties prenantes. Il est aussi à noter que tous les établissements qui ont créé des incitatifs motivationnels ont aussi créé des mécanismes de communication et de sensibilisation et qu'aucun de ces établissements n'a reçu de nouvelles ressources financières pour implanter le cadre de référence RI-RTF de la part de la direction générale. Les incitatifs n'ont donc pas nécessairement été monétaires, il peut s'agir de rencontres individuelles ou de groupe. Le prix se veut alors une récompense symbolique qui prend la forme d'une rencontre rejoignant la communication (Geller, 2002; Gross et al., 2008).

Des changements majeurs sont apportés dans le cadre de référence RI-RTF, que ce soit dans la nouvelle manière de faire l'évaluation des besoins de l'utilisateur, dans la façon de jumeler l'utilisateur avec sa ressource et dans l'évaluation des services qui lui sont rendus. Il est étonnant que malgré ces changements majeurs, 60 établissements affirment avoir modérément développé des formations en lien avec l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF pour les responsables de l'application du nouveau cadre. Le fait d'avoir seulement 35 établissements ayant développé de la formation pourrait être expliqué par le fait que des consultations sur l'implantation du cadre de référence ont eu lieu dans certaines régions du Québec. Certains responsables de l'implantation ont peut-être pensé que ces consultations jouaient le rôle de formation, ce qui pourrait expliquer pourquoi elle a pu être escamotée dans la planification.

Un des éléments qui est avancé dans le cadre de référence est que l'implantation doit passer par l'engagement de tous les acteurs au sein de l'établissement. Il établit aussi que si des partenariats doivent être faits, ceux-ci doivent être « planifiés, coordonnés et évalués » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014). Il est alors étrange de constater que la moitié des établissements consultés affirment ne pas avoir jugé nécessaire le développement de partenariat avec le comité de vigilance et de qualité, le conseil d'administration et le comité des usagers, pour ne donner que quelques exemples. Sans leur aide, il peut

s'avérer difficile de mettre en place un tel changement spécialement lorsqu'il est question du suivi professionnel de l'utilisateur et que cet élément y est inscrit comme une condition à la réussite de l'implantation.

Tout comme pour la dimension « contrainte », l'analyse de la variance a révélé que les « autres » missions avaient obtenu de meilleurs résultats que celle des Centres de santé et services sociaux. Ceci peut être expliqué par le fait que la mission « Autres » comprend plus d'utilisateurs et donc davantage de ressources avec qui collaborer. Par leur nature, le succès de l'implantation du cadre de référence RI-RTF est donc plus déterminant pour leur fonctionnement. Faisant souvent appel à des tiers, les Centres de santé et services sociaux sont alors moins appelés à travailler avec le cadre de référence RI-RTF.

5.5 Dimension « intervenant »

La dimension « intervenant » est divisée en cinq sections : la direction générale, les instances internes, le gestionnaire responsable, l'équipe responsable et finalement les ressources RI-RTF. Lors d'un changement, l'appui de la direction générale s'avère crucial car il est très difficile de réussir une implantation lorsque les lignes directrices données vont à l'encontre de la vision, et ce tout simplement parce que la direction ne comprend pas bien les changements à effectuer (Ashenbaum et al., 2009; Gross et al., 2008; Kotter, 1995; Mento et al., 2002). Suivant ces recommandations, il est inquiétant de retrouver 12 établissements où la direction générale n'a pas une attitude positive quant aux changements à apporter. Pour sept de ces établissements, il a été dit que la direction générale n'avait pas une bonne compréhension des changements à apporter, ce qui pourrait expliquer l'attitude négative envers ceux-ci. Dans pratiquement tous les cas, lorsque la direction était impliquée dans l'implantation, celle-ci avait une bonne compréhension des changements à effectuer et suivait les travaux dans la majorité des cas (18/35). Ce sont aussi cinq de ces gestionnaires qui ont dégagé de nouvelles sommes financières.

Un lien direct semble exister entre les instances internes qui ont une attitude positive quant au changement à apporter et leur collaboration lors de l'implantation. Comme mentionné par plusieurs auteurs, le fait de s'impliquer dans un projet diminue les risques de résistance puisque le succès du changement devient un objectif propre à la personne (Geller, 2002; Kotter, 1995). Ceci peut donc expliquer l'attitude modérément positive de certaines instances internes alors que celles-ci ne participent pas de façon adéquate à l'implantation. Il ne faut pas oublier que ce ne sont pas tous les établissements qui ont indiqué avoir fait les partenariats nécessaires à l'implantation, ce qui peut aussi expliquer l'attitude moyennement favorable et le peu de collaboration.

Lorsqu'il est question du gestionnaire responsable, le fait d'offrir un bon leadership et d'adopter une attitude positive envers les changements à apporter semblent s'influencer. Ceci corrobore les écrits scientifiques, qui

démontrent encore une fois toute l'importance d'avoir des gestionnaires qui comprennent bien le changement et qui sont en faveur de celui-ci. Comme mentionné précédemment, le gestionnaire doit lui-même représenter le changement et il ne peut demander des choses qui vont à l'encontre de celui-ci s'il veut obtenir une implantation réussie (Caldwell, 2003; Kotter, 1995; Mento et al., 2002).

L'équipe responsable du changement est très importante. Habituellement, elle est composée d'employés ayant une bonne attitude et une bonne influence auprès des autres employés. Souvent, leur participation au changement peut diminuer la résistance et lui donner plus de crédibilité ; de là l'importance de regrouper les bons employés (Appelbaum et al., 2012; Gross et al., 2008; Kotter, 1995; Mento et al., 2002; Sidorko, 2008). Il est intéressant de constater que 45 établissements affirment que l'équipe responsable de l'implantation est impliquée dans les décisions, qu'elle démontre une attitude positive envers le changement, qu'elle possède les compétences nécessaires pour mener l'implantation à terme, qu'elle offre une collaboration adéquate et qu'elle comprend bien les changements à apporter. Ces équipes répondent parfaitement à tous les critères ressortissants des écrits spécialisés. Le fait de démontrer une attitude positive et de posséder les compétences nécessaires pour assurer l'implantation semble favoriser l'implication dans la prise de décision. Plus encore, le fait de bien comprendre les changements influencerait aussi de manière positive l'attitude envers celui-ci. Il est aussi intéressant de voir que les équipes perçues comme ne possédant pas les compétences nécessaires sont moins impliquées dans les décisions. Cependant, le fait que l'équipe ne soit pas reconnue pour avoir les compétences nécessaires ne semble pas influencer le fait de percevoir de la résistance de la part des employés, comme le suggère les écrits spécialisés.

Les établissements ayant répondu que la ressource avait une attitude positive envers les changements à apporter ont tous répondu que celle-ci collaborait de façon adéquate. Cependant, six établissements ont affirmé que malgré le fait que la ressource ait une bonne compréhension des changements à apporter dans ses pratiques, elle conserve une attitude moyennement positive devant le changement. La grande majorité des ressources offrent une attitude, une collaboration et une compréhension modérée des changements à apporter. Celles-ci peuvent s'expliquer par le fait qu'en modifiant le jumelage entre ressource et usager et en établissant le salaire à acte, cela a pu entraîner des diminutions de revenus pour certaines ressources. Il est aussi à noter que 11 des établissements vivant de la résistance de la part des ressources ont indiqué que celles-ci avaient une mauvaise compréhension des changements à apporter. Pour ces établissements, il faut améliorer la stratégie de communication pour mieux expliquer les raisons du changement et ce qui doit être fait pour atteindre l'implantation (Hurn, 2012; Maurer, 1996; Mento et al., 2002).

5.6 Forces et faiblesses de la planification

Dans tous les types de mission d'établissement (CSSS, CJ, CRDITED et Autres), les trois mêmes éléments se sont distingués comme étant des forces de la planification. Deux de ces éléments se rattachent aux valeurs des établissements : le fait d'offrir un service de qualité semble être une valeur importante pour tous, ainsi que d'avoir un cadre de référence en conformité avec la culture et les valeurs des établissements. Le fait que ces deux variables soient positives devrait faciliter l'implantation. Comme mentionné précédemment, un changement qui respecte la culture et les valeurs est beaucoup plus facile à implanter et les risques que les employés ou les ressources développent de la résistance sont amoindris (Albliwi et al., 2014; Bhasin, 2012; Mento et al., 2002). De plus, le fait que le gestionnaire responsable montre une attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles de l'établissement devrait faire en sorte de donner de la crédibilité au changement. Lorsque le gestionnaire croit en celui-ci, il est moins porté à donner des indications allant à son encontre. Il y a alors moins de confusion (Caldwell, 2003; Kotter, 1995; Mento et al., 2002). De plus, le leadership offert par le gestionnaire est reconnu par tous comme étant favorable. Le fait de retrouver ces éléments facilitateurs de changement devrait faire en sorte que l'implantation se produise plus efficacement.

Les Centres de santé et services sociaux semblent avoir développé des équipes responsables du changement possédant les compétences nécessaires et collaborant de façon adéquate. Le fait que ces équipes soient perçues comme une force de leur planification devrait faire en sorte de donner plus de crédibilité au changement, d'augmenter la participation et la motivation du personnel et des autres parties prenantes (Appelbaum et al., 2012; Kotter, 1995; Mento et al., 2002; Sidorko, 2008; Zell, 2003). Pour les Centres jeunesse et les autres établissements avec une mission « Autres », l'attitude de la direction générale est ressortie comme étant une des forces de leur planification. Ceci est d'autant plus important que si le gestionnaire ou l'équipe responsable croit au changement, si la direction n'y croit pas, le changement ne peut subvenir (Gross et al., 2008; Kotter, 1995). Il faut s'assurer que cet appui demeure jusqu'à la fin de l'implantation (Caldwell, 2003).

Il est intéressant de constater que les faiblesses diffèrent un peu plus d'une mission d'établissement à l'autre. Dans la majorité des cas, la formalisation de la vision dans un document n'a pas été faite, ce qui pourrait causer de la confusion dans le futur. Ainsi, personne ne peut se référer à la vision exacte et les risques d'interprétation sont donc augmentés; il y a donc plus de chances de se retrouver avec plusieurs visions (Kotter, 1995; Laframboise, Nelson, et Schmaltz, 2003; Mento et al., 2002). Pour toutes les missions, une des grandes faiblesses est le fait qu'il n'y ait pas de budget additionnel attribué au processus d'implantation du Cadre de référence RI-RTF de la part de la direction générale. Ceci peut être expliqué par le contexte politique

actuel qui génère plusieurs coupures au sein des ministères provinciaux. Dans ce contexte, il est donc plus difficile pour la direction générale d'avoir un budget additionnel à consacrer à l'implantation.

Pour ce qui est des Centres de santé et services sociaux, des Centres jeunesse et de la mission « Autres » (toutes les missions d'établissement sauf CRDITED), trois éléments ressortent comme étant des faiblesses sur le plan de la planification. Ainsi, malgré le fait que le cadre de référence émet comme critère de succès le développement de partenariats nécessaires à l'implantation, il semble que celui-ci ne soit pas rempli par les établissements (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014). De plus, le cadre de référence énonce que des mécanismes de communication et de sensibilisation doivent aussi être développés pour assurer l'implantation (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014). Il semblerait que ces éléments soient à retravailler, des rencontres additionnelles avec le personnel, les ressources et les instances internes pourraient être bénéfiques. Le fait que la planification ne tienne pas compte des critères de succès émis par le cadre de référence laisse présager de potentiels échecs d'implantation. La planification d'incitatifs motivationnels semble aussi être une faiblesse pour ces établissements. Pourtant, ces incitatifs peuvent être simples à mettre en place et favoriseraient le sentiment d'acceptation du changement. Avec ceux-ci, il est possible d'augmenter la participation et ainsi diminuer la résistance (Ellinger, 2000; Kotter, 1995; Geller, 2002; Gross et al., 2008).

Finalement, seuls les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement connaissent comme faiblesse une mauvaise compréhension des ressources quant au changement à apporter dans leurs pratiques. De plus, l'attitude des ressources œuvrant dans les CRDITED semble être négative. Cela pourrait être expliqué par un manque de formation et une mauvaise communication de la part du personnel envers les ressources. Pour ces établissements, il faudrait bien se préparer à d'éventuelles résistances de la part des ressources (Laplante, 1991).

6 Conclusion

6.1 Principaux constats

Lors de la planification d'une implantation de changement, le côté humain est souvent oublié pour laisser plus de place au côté technique du changement. Ainsi, les planificateurs oublient de considérer les résistances que les employés peuvent développer tout au long du processus, minimisant l'importance des communications et de la formation (Palmer, 2004; Val et Fuentes, 2003). Pour la majeure partie des établissements sondés dans cette recherche, ces éléments ont été modérément développés lors de la planification. Cependant, certains éléments essentiels pour diminuer la résistance, notamment prévoir des incitatifs motivationnels pour favoriser l'implantation ainsi que développer des objectifs mesurables et des indicateurs afin de s'assurer de l'évolution de l'implantation, ont été négligés par la majorité de ceux-ci. Ne pouvant suivre le progrès de l'implantation, il sera très difficile de conserver le rythme et la motivation des intervenants tout au long du processus. Sans victoires à court terme, les gens ne perçoivent pas l'avancement, et ce, spécialement durant la période centrale de l'implantation où il y a parfois plusieurs échecs (Thompson et al., 2003).

Pour la très grande majorité des établissements, les changements apportés dans le cadre de référence RI-RTF respectent bien leur culture et leurs valeurs. Il est aussi rassurant de constater que pour pratiquement tous les établissements la qualité des services rendus à l'utilisateur est une valeur partagée par le personnel. C'est probablement ce qui explique pourquoi la majorité du personnel, des instances internes et des ressources n'ont pas développé beaucoup de résistance jusqu'à ce jour.

Dans la majorité, les acteurs démontrent une attitude moyennement positive à l'endroit du nouveau cadre de référence, avec une direction qui comprend les changements à apporter et qui offre un certain suivi de l'avancement de l'implantation. Le leadership apporté par le gestionnaire responsable est reconnu comme étant excellent par la majorité des établissements, ce qui est très positif. L'équipe responsable de l'implantation est aussi reconnue par la plupart des répondants comme ayant les capacités nécessaires pour mener l'implantation à terme. Quant aux instances internes, elles offrent une bonne collaboration pour le moment. Toutefois, il ressort un manque de compréhension des ressources quant aux changements à apporter à leur pratique. Il est certainement difficile d'effectuer un changement efficacement si on ne comprend pas ce qui doit être changé. Il est aussi à noter que très peu d'établissements affirment avoir développé les partenariats nécessaires à l'implantation du cadre de référence alors que cela est considéré comme un des critères de succès de l'implantation.

La majeure partie des répondants semble confiante envers les capacités de leur établissement à réussir l'implantation du cadre de référence RI-RTF. Ces derniers devront cependant faire attention à ce que tous

travaillent dans le même sens, puisque la grande majorité des établissements a affirmé que les acteurs impliqués dans l'implantation ont une compréhension moyenne de la vision.

6.2 Limites de l'étude

Les résultats obtenus lors de cette étude sont propres au contexte d'implantation du cadre de référence RI-RTF. Le but était de dresser un portrait de la planification des établissements par rapport aux facteurs favorisant une implantation. Les résultats obtenus sont difficilement généralisables, car ceux-ci sont très spécifiques au contexte analysé. De plus, le portrait dépeint dans l'étude n'est pas complet puisqu'une des régions administratives, l'Outaouais, n'a pas participé à l'étude pour une raison inconnue.

La collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux a permis d'avoir la liste de tous les répondants et a aussi probablement influencé positivement la participation des établissements. Néanmoins, cela a pu influencer certains répondants dans leur réponse car en participant, ces gestionnaires évaluaient à travers le questionnaire, leur travail de planification. Ainsi, il est facile de penser que certains ont pu surestimer la qualité de leur planification afin de valoriser leur travail.

Il faut aussi tenir compte que la passation du questionnaire a eu lieu alors que l'élaboration d'un autre projet de loi, la Loi 10, qui vise à modifier l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales, était en cours. Cette loi a bouleversé le fonctionnement de certains établissements affectés par ce projet de loi. Ainsi, certains avaient alors mis une pause à la préparation de l'implantation du cadre de référence, ignorant la suite des événements suivant l'entrée en vigueur de la loi.

Lors de l'élaboration du questionnaire, une erreur s'est glissée à l'intérieur de la dimension « moyen » : la valeur 4 n'était pas présente dans le choix de réponses. Il est impossible d'aller mesurer l'effet que cela a pu créer ou de déterminer si les répondants ont préféré répondre à la baisse (3) ou à la hausse. La dimension « moyen » s'est avérée la plus faible. On peut se demander si c'est à cause de cette erreur, cependant, dès le départ, il avait été pensé que cette dimension comporterait les valeurs les plus faibles considérant les éléments évalués.

6.3 Voies de recherches suggérées

Il serait très intéressant de reprendre l'étude lors de l'implantation et une fois que le cadre de référence RI-RTF serait complètement implanté. Ainsi, il serait possible de vérifier si les établissements dont la planification se sera avérée plus performante (ou moins) ont réussi à implanter le cadre, par quels moyens, dans quelles conditions. Cela permettrait de pallier une lacune dans la littérature. En effet, la grande majorité des articles

trouvés en lien avec l'implantation du changement sont des écrits spécialisés présentant des modèles d'implantations. Il serait alors intéressant de produire des résultats à partir de la mesure des effets de chacun des facteurs favorisant une implantation et pouvoir identifier ceux qui influencent le plus le succès du changement.

L'étude a permis de faire une revue des facteurs importants à favoriser lors d'une implantation de changement et d'élaborer un questionnaire facilement utilisable dans d'autres contextes d'implantation. Ce questionnaire pourrait servir lors d'une future planification d'un changement afin de contre-vérifier celle-ci et apporter des correctifs avant même d'amorcer le changement et ainsi favoriser ses chances de succès. D'ailleurs, plusieurs des répondants ont indiqué que le simple fait de répondre au questionnaire leur a permis d'analyser leur préparation et de porter une plus grande attention aux éléments absents. Avec le travail nécessaire et une amélioration de la planification dans les sphères les plus faibles, les chances d'obtenir une implantation standardisée d'un établissement à l'autre sont alors grandement améliorées.

7 Bibliographie

- Albliwi, S., Antony, J., Abdul Halim Lim, S., et van der Wiele, T. (2014). Critical failure factors of Lean Six Sigma: a systematic literature review. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 31(9), 1012-1030.
- Allaire, Y., et Firsirotu, M. E. (1993). *L'entreprise stratégique*. Boucherville: G. Morin.
- Alter, S., et Ginzberg, M. (1978). Managing Uncertainty in MIS Implementation. *Sloan Management Review (pre-1986)*, 20(1), 23.
- Appelbaum, S. H., Habashy, S., Malo, J.-L., et Shafiq, H. (2012). Back to the future: revisiting Kotter's 1996 change model. *The Journal of Management Development*, 31(8), 764-782.
- Armenakis, A. A., Harris, S. G., et Mossholder, K. W. (1993). Creating readiness for organizational change. *Human Relations*, 46(6), 681-681.
- Ashenbaum, B., Maltz, A., Ellram, L., et Barratt, M. A. (2009). Organizational alignment and supply chain governance structure. *International Journal of Logistics Management*, 20(2), 169-186.
- Association pour le développement de la mesure et de l'évaluation en éducation. Session d'étude (15e : 1992 : Hull Québec), et Laveault, D. (1992). *Les pratiques d'évaluation en éducation : textes rédigés en vue de la XV^e session d'étude de l'Association pour le développement de la mesure et de l'évaluation en éducation*. Montréal: ADMÉE.
- Bareil, C., et Fondation de l'entrepreneurship. (2004). *Gérer le volet humain du changement*. Montréal Québec: Éditions Transcontinental ;Éditions de la Fondation de l'entrepreneurship.
- Fox, W. (1999). *Statistiques sociales* (3e Éd ed.). Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université Laval. xviii, 374.
- Baronas, A.-M. K., et Louis, M. R. (1988). Restoring a Sense of Control During Implementation: How Use. *MIS Quarterly*, 12(1), 111.
- Barry, D. T. (2001). Development of a New Scale for Measuring Acculturation: The East Asian Acculturation Measure (EAAM). *Journal of Immigrant Health*, 3(4), 193-197.
- Basnet, C. (2013). The measurement of internal supply chain integration. *Management Research Review*, 36(2), 153-172.
- Bhasin, S. (2012). An appropriate change strategy for lean success. *Management Decision*, 50(3), 439-458.
- Bouchard, C. (2010). *Cadre de référence : Extrait de SÉRÉVA*. Québec : Document académique, Université Laval. .
- Bouchard, C., et Plante, J. (2002). La qualité: mieux la définir pour mieux la mesurer. *Cahiers du Service de Pédagogie expérimentale-Université de Liège*, 11(12), 219.

- Broadbent, J., Jacobs, K., et Laughlin, R. (2001). Organisational resistance strategies to unwanted accounting and finance changes: The case of general medical practice in the UK. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 14(5), 565-586.
- Bryson, J. M., et Bromiley, P. (1993). Critical factors affecting the planning and implementation of major projects. *Strategic Management Journal*, 14(5), 319-337.
- Buchanan, D., Fitzgerald, L., Ketley, D., Gollop, R., Jones, J. L., Lamont, S. S., . . . Whitby, E. (2005). No going back: A review of the literature on sustaining organizational change. *International Journal of Management Reviews*, 7(3), 189-205.
- Butcher, D., et Clarke, M. (1999). Organisational politics: the missing discipline of management? *Industrial and Commercial Training*, 31(1), 9-12.
- Caldwell, R. (2003). Change leaders and change managers: Different or complementary? *Leadership & Organization Development Journal*, 24(5/6), 285-293.
- Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux- Ressources intermédiaires- Ressources de type familial. (2013). Portrait des ressources. Consulté le 4 décembre 2013, à partir de <http://www.cpnsss.gouv.qc.ca/rirtf/index.php?portrait-des-ressources>
- Crittenden, V. L. (1992). Close the Marketing/Manufacturing Gap. *Sloan Management Review*, 33(3), 41-52.
- Deci, E. L., et Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Dessler, G., Starke, F. A., Cyr, D. J., Grenon, P. L., Becheikh, N., et Forgues, J.-F. (2003). *La gestion des organisations : principes et tendances au XXIe siècle*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Editorial. (2011). *Construction Management & Economics*, 29(3), 221-222.
- Ellinger, A. E. (2000). Improving Marketing/Logistics Cross-Functional Collaboration in the Supply Chain. *Industrial Marketing Management*, 29(1), 85-96.
- Ellinger, A. E., Daugherty, P. J., et Gustin, C. M. (1997). The relationship between integrated logistics and customer service. *Transportation Research Part E: Logistics and Transportation Review*, 33(2), 129-138.
- Ellinger, A. E., Keller, S. B., et Bas, A. B. E. (2010). The empowerment of frontline service staff in 3pl companies. *Journal of Business Logistics*, 31(1), 79-VIII.
- Erwin, D. G., et Garman, A. N. (2010). Resistance to organizational change: linking research and practice. *Leadership & Organization Development Journal*, 31(1), 39-56.
- Floyd, S. W., et Wooldridge, B. (1992). Managing strategic consensus: the foundation of effective implementation. *Executive (19389779)*, 6(4), 27-39.
- Galey, B. (2004). Évaluation de l'implantation d'un instrument de gestion: le cas des dispositifs d'observation sociale. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*(51), 57-67.

- Gauthier, B. (2009). *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données* (p. 1 texte électronique (xii, 767 p.)). à partir de http://site.ebrary.com/lib/ulaval/Doc?id=10316161http://www.bibl.ulaval.ca/bd/bd_guides_utilisation/guide_eBrary.pdf
- Geller, E. S. (2002). Leadership to overcome resistance to change: It takes more than consequence control. *Journal of Organizational Behavior Management*, 22(3), 29-49.
- Gérard, F.-M. (2001). L'évaluation de la qualité des systèmes de formation. *Mesure et évaluation en éducation*, 24(2-3), 53-77.
- Gross, R., Ashkenazi, Y., Tabenkin, H., Porath, A., et Aviram, A. (2008). Implementing QA programs in managed care health plans: factors contributing to success. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(3), 308-324.
- Hadji, C. (1992). *L'évaluation, règles du jeu : des intentions aux outils* (3e éd. -- éd.). Paris: ESF.
- Hurn, B. J. (2012). Management of change in a multinational company. *Industrial and Commercial Training*, 44(1), 41-46.
- Jacobs, R. L. (2002). Institutionalizing organizational change through cascade training. *Journal of European Industrial Training*, 26(2-4), 177-182.
- Joshi, K. (1991). A Model of Users' Perspective on Change: The Case of Information Systems Technology Implementation. *MIS Quarterly*, 15(2), 229-242.
- Ketele, J.-M. d., et Roegiers, X. (1993). *Méthodologie du recueil d'informations : fondements des méthodes d'observation, de questionnaires, d'interviews et d'étude de documents* (2e éd. -- éd.). Bruxelles: De Boeck Université.
- Klein, K. J., et Sorra, J. S. (1996). The challenge of innovation implementation. *Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080.
- Klein, S. M. (1996). A management communication strategy for change. *Journal of Organizational Change Management*, 9(2), 32-46.
- Kotter, J. P. (1995). Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. (cover story). *Harvard Business Review*, 73(2), 59-67.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.
- Kotter, J. P. (2008). *A sense of urgency*. Boston, Mass.: Harvard Business Press.
- Laframboise, D., Nelson, R. L., et Schmaltz, J. (2003). Managing resistance to change in workplace accommodation projects. *Journal of Facilities Management*, 1(4), 306-321.
- Lanteigne, G. (2009). Études de cas sur l'impact de l'intégration du programme d'Agrément Canada sur le changement et l'apprentissage organisationnel: la Health Authority of Anguilla et la Ca' Foncella Ospedale di Treviso.
- Laplante, A. (1991). Resistance to Change Can Obstruct Computing Strategy. *InfoWorld*, 13(23), S59-60+.

- Lecointe, M. (1997). *Les enjeux de l'évaluation*. Paris ; Montréal: L'Harmattan.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (2014).
- Luecke, R., et Barton, L. (2004). *Harvard business essentials : crisis management : Master the skills to prevent disasters*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.
- Marsan, C. (2008). *Réussir le changement : comment sortir des blocages individuels et collectifs?* (1re éd. ed.). Bruxelles: De Boeck.
- Maurer, R. (1996). Using resistance to build support for change. *The Journal for Quality and Participation*, 19(3), 56-56.
- Maurer, R. (2006). 12 Steps That Can Build Support for Change. *The Journal for Quality and Participation*, 29(1), 21-22.
- Mento, A. J., Jones, R. M., et Dirndorfer, W. (2002). A change management process: Grounded in both theory and practice. *Journal of Change Management*, 3(1), 45-59.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *INFO-SIRTF Bulletin d'information présentant certaines statistiques extraites du Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial*. Gouvernement du Québec
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Guide sur le processus d'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux.*: Gouvernement du Québec
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Guide d'utilisation de l'instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance*. Gouvernement du Québec
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Cadre de référence Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.*: Gouvernement du Québec.
- Nelissen, P., et Martine van, S. (2008). Surviving organizational change: how management communication helps balance mixed feelings. *Corporate Communications*, 13(3), 306-318.
- Nutt, P. C. (1986). Tactics of implementation. *Academy of Management Journal*, 29(2), 230-261.
- Ouellet, C., Pellerin, A. R., et Groupe CFC. (1996). *Réaliser un changement : la dimension humaine du changement organisationnel*. Montréal: Groupe CFC.
- Palmer, B. (2004). Overcoming Resistance To Change. *Quality Progress*, 37(4), 35-39.
- Rego, G., et Nunes, R. (2010). Hospital Foundation: A SWOT Analysis. *I-Business*, 2(3).
- Robitaille, J. (2005). *Sample Size Solver 2.0*. Québec: Gratuitiel. Université Laval.
- Saba, T., et Dolan, S. (2008). *La gestion des ressources humaines : tendances, enjeux et pratiques actuelles* (4e éd. ed.). Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Sagie, A., Elizur, D., et Greenbaum, C. W. (1985). Job experience, persuasion strategy and resistance to change: An experimental study. *Journal of Occupational Behavior*, 6(2), 157-157.

- Sidorko, P. E. (2008). Transforming library and higher education support services: can change models help? *Library Management*, 29(4/5), 307-318.
- Smith, V. C., Sohal, A. S., et D Netto, B. (1995). Successful strategies for managing change. *International Journal of Manpower*, 16(5,6), 22-22.
- Smollan, R. K. (2011). The multi-dimensional nature of resistance to change. *Journal of Management and Organization*, 17(6), 828-849.
- Thompson, D. N., Wolf, G. A., et Spear, S. J. (2003). Driving Improvement in Patient Care: Lessons From Toyota. *Journal of Nursing Administration*, 33(11), 11.
- Val, M. P. d., et Fuentes, C. M. (2003). Resistance to change: A literature review and empirical study. *Management Decision*, 41(1/2), 148-155.
- Whelan-Berry, K. S., et Somerville, K. A. (2010). Linking Change Drivers and the Organizational Change Process: A Review and Synthesis. *Journal of Change Management*, 10(2), 175-193.
- Zell, D. (2003). Organizational change as a process of death, dying, and rebirth. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 39(1), 73-96.

Annexe 1 : Questionnaire

État de situation de l'implantation du nouveau cadre de référence RI/RTF

La qualité des services rendus aux usagers confiés à un RI-RTF est une priorité dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec (RSSQ). En avril 2014, le ministère de la Santé et des Services sociaux a introduit un nouveau cadre de référence RI-RTF. S'adressant plus particulièrement aux établissements, il vient encadrer les changements de pratiques professionnelles nécessaires suite à l'entrée en vigueur de la Loi sur la représentation des ressources (LRR). Ainsi, il présente les lignes directrices qui accompagnent les acteurs du RSSQ pour offrir une prestation de services de qualité aux usagers.

L'implantation représente un défi pour les établissements et les ressources qui doivent revoir leur façon de faire pour respecter la nouvelle législation. Plusieurs facteurs peuvent alors affecter la réussite ou l'échec de l'implantation d'un tel changement. L'objectif de l'étude est donc de dresser un portrait de la situation quant à la planification réalisée par les établissements pour implanter le cadre de référence RI-RTF.

Nous sollicitons aujourd'hui votre collaboration à titre de gestionnaire responsable de l'application du nouveau cadre de référence RI-RTF afin de dresser un portrait de la situation quant à la planification réalisée par votre établissement pour implanter le cadre de référence RI-RTF. Il serait grandement apprécié que vous remplissiez le présent questionnaire électronique d'une durée de 15 minutes. Les informations recueillies auprès des experts seront, bien entendu, anonymes.

Merci de votre collaboration. N'hésitez pas à communiquer avec moi si vous avez besoin de plus d'informations.

Crescence Maranda-Parent
Candidate à la maîtrise
F.S.A.A. - Département d'économie agroalimentaire
et des sciences de la consommation
Pavillon Paul-Comtois, Local 4326
Courriel : crescence.maranda-parent.1@ulaval.ca

Ce projet bénéficie d'une clause d'exemption du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval (CÉRUL) puisqu'il s'agit d'une recherche impliquant une interaction avec des personnes autorisées, dans le cours normal de leur travail, à fournir de l'information au sujet d'organisations, de méthodes, de pratiques professionnelles ou des rapports statistiques.

Consignes

Votre tâche consiste à indiquer si vous êtes en accord avec l'énoncé en répondant selon l'échelle Pas du tout à Tout à fait. S.V.P. Cocher dans la zone ombragée ce qui correspond le plus à votre opinion.

Les questions suivantes portent sur la vision, les besoins de changement et les objectifs visés par l'établissement pour implanter le nouveau cadre de référence RI-RTF.

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0- Pas du tout	1	2	3	4	5- Tout à fait
L'établissement a développé une vision claire en lien avec le nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'établissement a partagé cette vision avec le personnel, les ressources et les autres instances de l'établissement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vision est comprise par toutes les parties impliquées (le personnel, la direction, les ressources, l'équipe responsable de l'application du nouveau processus de contrôle de la qualité).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vision a été formalisée dans un document.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un état de la situation des changements à apporter aux pratiques actuelles pour se conformer au cadre de référence RI-RTF a été réalisé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'établissement possède une description précise des éléments qu'il doit changer pour se conformer au cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des objectifs ont été clairement identifiés pour mettre en place les changements nécessaires à l'application du nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les objectifs identifiés ont été partagés par la direction au personnel, aux ressources et aux autres instances de l'établissement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les objectifs identifiés pour implanter le nouveau cadre de référence RI-RTF sont mesurables, c'est-à-dire quantifiables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les questions suivantes portent sur le contexte entourant l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0- Pas du tout	1	2	3	4	5- Tout à fait
Le cadre de référence RI-RTF à mettre sur pied s'inscrit bien dans la culture de la qualité et les valeurs de l'établissement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'établissement a identifié les contraintes à tenir compte dans l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF (ex : légales, financières, ressources humaines).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'établissement a identifié clairement ses forces par rapport au nouveau cadre de référence RI-RTF à implanter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'établissement a identifié clairement ses faiblesses par rapport au nouveau cadre de référence RI-RTF à implanter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'établissement a les capacités nécessaires (personnel, motivation, etc.) pour assurer l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le contexte entourant l'implantation du cadre de référence RI-RTF a été présenté au personnel, aux ressources et aux autres instances de l'établissement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le contexte des changements générés par le nouveau cadre de référence RI-RTF est bien compris par le personnel directement visé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des résistances ont été manifestées par le personnel ou par les autres instances de l'établissement par rapport au nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des résistances ont été manifestées par les ressources par rapport au nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une stratégie est développée afin de minimiser les résistances éventuelles du personnel, des ressources et des autres instances de l'établissement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avant l'arrivée du nouveau cadre de référence RI-RTF les efforts liés au contrôle de la qualité des services rendus à l'utilisateur confié à une ressource étaient suffisants.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La qualité des services rendus à l'utilisateur confié à une ressource est une valeur importante partagée par le personnel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les questions suivantes portent sur la stratégie et les moyens retenus pour implanter le nouveau cadre de référence RI-RTF.

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0- Pas du tout	1	2	3	5- Tout à fait
Un plan d'action concret a été développé pour mettre en place le nouveau cadre de référence RI-RTF (activités à réaliser, échéanciers et responsables de l'application du cadre de référence RI-RTF).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'établissement a développé des indicateurs ou des façons de s'assurer de l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au sein de l'établissement, une personne a été identifiée et doit rendre compte de l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des rencontres avec le personnel ont eu lieu afin que les employés se familiarisent avec le nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des formations en lien avec l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF ont été prévues pour les responsables de l'application du nouveau cadre de référence (intervenant au contrôle de la qualité, intervenants de l'utilisateur).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des rencontres en lien avec l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF ont été prévues pour les ressources (RI/RTF).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les partenariats nécessaires à l'actualisation du nouveau cadre de référence RI-RTF ont été établis (ex. : comité de vigilance et de la qualité, conseil d'administration, comité des usagers, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des mécanismes de communication et de sensibilisation destinés à toutes les parties prenantes (personnel, ressources, instances de l'établissement) ont été développés pour implanter le nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des incitatifs pour motiver le personnel à favoriser l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF ont été développés.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La direction générale :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0- Pas du tout	1	2	3	4	5- Tout à fait
A une bonne compréhension des changements à faire dans le contexte d'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est impliquée dans l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suit l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF lors de la tenue des comités de direction.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Démontre une attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles de l'établissement pour se conformer au nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A dégagé des nouvelles sommes financières pour l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les instances internes interpellées par la qualité des services rendus à l'utilisateur (comité de gestion des risques, comité de vigilance, etc.) :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0- Pas du tout	1	2	3	4	5- Tout à fait
Démontrent une attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles de l'établissement pour se conformer au nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collaborent de façon adéquate à l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le gestionnaire responsable de l'application du nouveau cadre de référence RI-RTF au sein de l'équipe de direction :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0- Pas du tout	1	2	3	4	5- Tout à fait
Démontre un bon leadership pour apporter les changements nécessaires à l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Démontre une attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles de l'établissement pour se conformer au nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

L'équipe responsable de l'application du nouveau cadre de référence RI-RTF (intervenant au contrôle de la qualité, intervenant auprès de l'utilisateur) :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0- Pas du tout	1	2	3	4	5- Tout à fait
Est impliquée dans les décisions concernant l'implantation du nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Démontre une attitude positive quant aux changements à apporter aux pratiques actuelles pour se conformer au nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possède les compétences nécessaires pour assurer une implantation réussie du cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collabore de façon adéquate à l'application des changements à apporter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comprend bien les changements à apporter pour implanter le nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les ressources (RI/RTF) :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0- Pas du tout	1	2	3	4	5- Tout à fait
Démontrent une attitude positive quant aux changements à apporter à leurs pratiques pour se conformer au nouveau cadre de référence RI-RTF.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collaborent de façon adéquate avec l'établissement à l'implantation du cadre de référence.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comprennent les changements à apporter dans leurs pratiques.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire