



Transition vers
Santé Québec

15 novembre 2024

Rapport du Chantier 4 Gestion de proximité

Maryse Poupart

Présidente-directrice générale
CISSS de la Montérégie-Centre

Porteuse du Chantier 4

- **Maryse POUPART**, présidente-directrice générale, CISSS de la Montérégie-Centre

Chargée de projet

- **Marylène RICARD**, adjointe au président-directeur général adjoint- à l'accès, à la pertinence et aux trajectoires de services, CISSS de Lanaudière

Membres du comité de Chantier

- **Marie-France BEAUREGARD**, coordonnatrice opérationnelle locale RLS de Sherbrooke (hors CHUS), CIUSSS de l'Estrie CHUS
- **Marie-Claude CLOUSTON**, coordonnatrice professionnelle | Agente de planification, programmation et recherche, Service de surveillance de l'état de santé de la population, Direction de santé publique, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
- **Marie-Elaine DUPUIS**, chef des services professionnels hospitaliers de la réadaptation et de la nutrition clinique Hôpital Notre-Dame, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- **Charlène ENGSTROM**, représentante des usagers. Présidente du comité des usagers des Collines, région de l'Outaouais
- **Philippe ÉTHIER**, président-directeur général, CISSS de Lanaudière, co-porteur de table
- **Yannick FAUTEUX**, directeur général adjoint, Direction générale adjointe de la main-d'œuvre réseau (DGAMOR), MSSS, co-porteur de table
- **Danielle GIRARD**, présidente-directrice générale, Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS), co-porteuse de table
- **Félix LE-PHAT-HO**, chef de la table locale du RLS Jardins-Roussillon pour le DRMG de la Montérégie, coordonnateur médical 1re ligne et du GAMF pour le RLS Jardins-Roussillon, coordonnateur médical 1re ligne pour le CRDS (Montérégie-Ouest), co-porte-parole du comité carboneutralité JR, vice-président du RQMDSS - médecins pour la décentralisation, médecin de famille en GMF-R, médecin hospitaliste en médecine générale à l'hôpital Anna-Laberge de Châteauguay, co-porteur de table
- **Monge NTIZOBAKUNDIRA**, agent de planification, programmation et recherche, direction de la recherche, CISSS de la Montérégie-Centre
- **Cloé RODRIGUE**, directrice de la recherche, CISSS de la Montérégie-Centre, co-porteuse de table
- **Ghislaine ROULY**, patiente partenaire et codirectrice de la Chaire de recherche du Canada sur le partenariat avec les patients et les communautés
- **Carine SAUVÉ**, directrice de l'accès aux services médicaux de première ligne pour la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre, co-porteuse de table

Autres collaborateurs

- **Denis CHENEVERT**, professeur titulaire, Département de gestion des ressources humaines, HEC Montréal et directeur du Pôle santé
- **Lise ELKAS**, technicienne administrative, direction de la recherche, CISSS de la Montérégie-Centre
- **Carolynne ROUSSEAU**, adjointe à la directrice des ressources humaines et du développement organisationnel, CISSS de la Montérégie-Centre

Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

La gestion de proximité est une approche participative qui crée des liens significatifs et durables où les équipes, les usagers et leurs proches, les partenaires et la communauté sont impliqués dans les décisions qui les concernent afin de répondre à leurs besoins, améliorer leur santé et leur bien-être.

Définition proposée par le comité du Chantier 4

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	6
1. Description du Chantier.....	7
1.1. Description du Chantier.....	7
2. Méthodologie de travail	9
2.1. Composition du Chantier et des sous-tables et échancier	9
2.2. Nombre et listes de personnes rencontrées, plan de travail et échancier	10
2.2.1. Table Savoirs expérientiels	11
2.2.2. Table partenaires intersectoriels.....	11
2.3. Description des arrimages réalisés entre les Chantiers.....	12
2.3.1. Chantier 5 : responsabilité populationnelle	12
2.3.2. Chantier 7 : accès aux soins et services.....	12
2.3.3. Chantier 10 : Mobilisation des personnes et émergence d'une nouvelle culture	13
2.4. Synthèse du balisage, survol de la littérature et recension des meilleures pratiques observées.....	13
2.4.1. Éléments de contexte	14
2.4.2. L'approche de gestion proximité.....	17
2.4.3. Les fonctions de gestion et/ou de gestionnaire d'installation	17
2.4.4. Structure organisationnelle comme véhicule à la proximité	18
2.4.5. Offre de service	18
2.4.6. Gouvernance collaborative	18
2.4.7. Définition de la gestion de proximité	19
2.5. Observations et commentaires liés à la composition du Chantier.....	23
3. Liste complète des enjeux ou points bloquants identifiés	24
3.1. Des structures de gouvernance et des processus décisionnels complexes où il est difficile d'identifier les bons interlocuteurs, les portes d'entrée et de rechercher des solutions adaptées à la réalité locale	24
3.2. Des conditions d'exercice et charge de travail qui rendent la gestion de proximité complexe	25
3.3. Des rôles et responsabilités des gestionnaires de proximité imprécis, méconnus et incompris	26
3.4. Des mécanismes d'information et de communication inefficaces, inexistantes et non bidirectionnelles entre les gestionnaires et les partenaires	27
3.5. Difficultés des organisations à comprendre et mesurer les besoins réels des usagers, de leurs proches, des milieux cliniques et des partenaires.....	28
4. Liste complète des recommandations formulées	30

4.1. Planter une structure décentralisée permettant une prise de décision au niveau approprié, basée sur le contexte et les besoins organisationnels, populationnels et individuels.....	30
4.2. Mettre en place les conditions permettant aux établissements d'être agiles et de s'adapter au contexte et aux besoins évolutifs de la population, des partenaires et des employés31	
4.3. Incarner une culture de gestion de proximité qui soit connue et partagée	32
4.4. Adopter des mécanismes de communication bidirectionnels et de proximité entre les milieux, les usagers, les proches, les partenaires et les employés.....	32
4.5. Définir et communiquer clairement la posture, les rôles et responsabilités des gestionnaires en s'assurant de préciser leur autonomie et leur pouvoir décisionnel dans la structure de gouvernance	34
5. Liste complète des propositions de pistes de solutions concrètes à mettre en place	36
6. Conclusion	41
7. Références	45
Annexe 1 – Plan de travail.....	46
Annexe 2 – Pratiques de gestion	47

Liste des figures et tableaux

Figure 1 - Les axes de la proximité	8
Figure 2 - Organisation du Chantier 4 en sous-tables	9
Figure 3 - Leadership et proximité, adapté de HEC Montréal, Pôle santé, 2023	21
Figure 4 - Différentes formes de participation (adapté de Lebel P. et Dufour, R., 2020)	22
Tableau 1 - Nombre d'équivalent temps complet (ETC) et ratio d'encadrement, comparaison au 1er avril 2015, 2021, 2022 et 2023	16
Tableau 2 - Forces, faiblesses, opportunités et menaces.....	44

Liste des acronymes et sigles

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
ETC	Équivalent temps complet
LGSSSS	<i>Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux</i>
MDA-MA	Maison des aînés – maison alternative
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RPA	Résidence privée pour aînés
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

AVANT-PROPOS

Être aux premières loges de ces travaux était l'occasion unique d'être au cœur de la proposition de changement de culture, visant à faire évoluer la gouvernance de notre réseau vers un mode de gestion de plus grande proximité et à échelle plus humaine. En considérant cette opportunité d'exception, le premier mot me venant en tête était sans nul doute "privilège", le second "titanesque". C'est avec un profond souci envers les usagers, les différentes clientèles, les personnes qui composent les équipes, les partenaires des différents milieux que cette aventure a débuté en février 2024. Au fil des mois, nous avons sillonné le Québec, ceci nous aura permis de découvrir des expertises, faire émerger les connaissances, constater les visions souvent complémentaires, écouter les voix qui à maintes reprises ne réussissent pas à percer nos environnements organisationnels pour être entendues et nous aura permis de réunir des gens d'une richesse inouïe. Ultimement, cela aura donné lieu à la mobilisation d'un nombre impressionnant de personnes, autour de ce qui s'appelait initialement un chantier, mais qui est devenu une clé indispensable à une réelle transformation avec pour moteur; la gestion de proximité.

Aujourd'hui, représente pour nous un jalon important. C'est avec beaucoup de fébrilité, d'humilité et en respect des plus de 150 personnes rencontrées, qui ont elles aussi choisi de faire la différence et de faire partie de cette aventure, que nous souhaitons vous partager le fruit de nos travaux à travers ce rapport. Elles se sont exprimées de multiples façons au fil de ce parcours et sans elles ces travaux n'auraient pas les mêmes pertinence, profondeur, portée et sens.

Telle une véritable équipe de course à relais, en déposant ce rapport, nous souhaitons partager le témoin à tous les leaders qui un jour ont choisi d'œuvrer dans notre réseau de la santé et des services sociaux et qui quotidiennement par leurs interventions et la façon dont elles sont exercées ont le véritable pouvoir de faire la différence pour tant de personnes. Notre souhait le plus cher est sans contre dit qu'ensemble nous puissions la « course » à travers nos milieux respectifs et que les travaux réalisés permettent de prolonger les réflexions, parcourir les références, développer des outils qui seront aidants, et ce, avec pour objectif primordial de faire vivre la gestion de proximité, levier autant extraordinaire que puissant pour transformer petit à petit nos milieux en tenant compte des réalités, pour finalement voir notre réseau évoluer, se renouveler afin qu'il soit toujours meilleur et plus humain.

Je ne peux clore ce message sans ajouter quelques mots pour mes précieux collègues, vous qui avez accepté de joindre le chantier, de plonger dans cette aventure. L'équipe s'est élargie et transformée au fil des semaines, mais la complémentarité des profils, la confiance mutuelle et le respect de chacun auront été quelques-unes de nos clés de succès. Ce fut un réel honneur de faire équipe avec vous, d'apprendre à se connaître et créer des liens qui sont précieux pour moi et que je souhaite durables pour le futur. Merci pour votre confiance, votre engagement indéfectible, votre désir si grand de participer à cette démarche de co-construction à la fois singulière et fondamentale, et ce, malgré vos importantes obligations respectives.

Maryse Poupart

Présidente-directrice générale, CISSS de la Montérégie-Centre

Porteuse du Chantier 4

1. DESCRIPTION DU CHANTIER

1.1. Description du Chantier

Ce Chantier vise à approcher les décisions relatives à l'organisation des soins et services le plus près possible du terrain. Ce Chantier est l'un des piliers de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (LGSSSS).

Les éléments à prendre en considération :

- > la désignation de gestionnaires responsables d'installation. Chaque installation du réseau (CLSC, CHSLD, hôpital, etc.) sera désormais sous la responsabilité d'une personne qui devra veiller à son bon fonctionnement. La gestion de proximité sera assurée par des gestionnaires accessibles sur le terrain et qui devront rendre des comptes.;
- > la réduction des paliers de décision et l'élimination des bloquants dans les processus décisionnels afin de faciliter les opérations sur le terrain, tout en prenant en compte les diverses réalités d'installations (ampleur, situation géographique, nature des services offerts, etc.);
- > davantage de contribution des organismes communautaires, patients partenaires, usagers, proches, citoyens et du personnel à l'organisation du travail pour déterminer les besoins et solutions locales.

Autres réflexions structurantes du Chantier qui pourront alimenter les travaux des instances et parties prenantes:

- > définir la notion de gestion de proximité et l'identification des bonnes pratiques;
- > projeter comment la gestion de proximité pourra s'appliquer dans le réseau au-delà de l'embauche de gestionnaires de proximité;
- > comprendre les rôles et responsabilités des personnes destinées à occuper des fonctions de gestion de proximité, ainsi qu'en ce qui a trait aux distinctions par rapport à celles des gestionnaires en autorité hiérarchique ou fonctionnelle;
- > assurer l'imputabilité du gestionnaire et des limites dans le cadre de l'application du principe de subsidiarité, etc.

Les travaux se baseront sur les principes directeurs associés au renforcement de la gestion de proximité et sur les orientations découlant du cadre de référence : *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité*.

Comme l'illustre le schéma suivant, les recommandations qui seront formulées viseront à apporter des éclairages sur cinq axes : l'approche de gestion de proximité, la fonction de gestion de proximité ou du gestionnaire d'installation, la structure organisationnelle, l'offre de service de proximité et la gouvernance collaborative.

Figure 1 – Les axes de la proximité



2. MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL

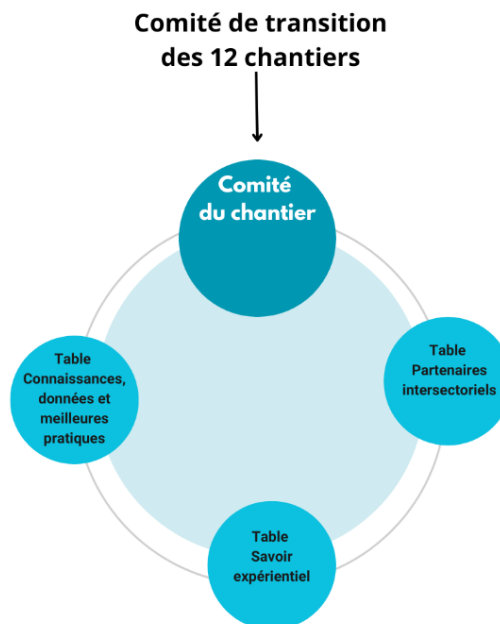
2.1. Composition du Chantier et des sous-tables et échéancier

Le comité du Chantier était composé de personnes représentant différentes régions du Québec, issus de milieux variés et ayant des expertises différentes, ce qui a favorisé une richesse de perspectives et de compétences au sein de l'équipe.

Afin d'assurer à la fois la qualité des travaux et le respect de l'échéancier, nous nous sommes dotés d'une approche méthodique comprenant cinq phases : concevoir et planifier; analyser et diagnostiquer; formuler les grandes orientations structurantes; identifier les stratégies de déploiement; et produire un rapport synthèse.

Pour formuler des recommandations structurantes, il nous apparaissait impératif d'analyser le mandat sous trois perspectives distinctes : Connaissances et données probantes; Savoirs expérientiels des acteurs du réseau de la santé et des usagers; et Partenaires intersectoriels. Cette approche a permis non seulement d'identifier les synergies et les points de convergence, mais également de relever les écarts et les aspects moins documentés qui pourraient avoir un impact sur la gestion de proximité. Afin de profiter de l'expertise de chacun, nous avons réparti le travail entre trois sous-tables tel qu'illustré par le schéma suivant.

Figure 2 - Organisation du Chantier 4 en sous-tables



Une communication fluide entre les différentes sous-tables était primordiale : des réunions régulières ont permis de faire le point sur l'avancement des travaux, de partager les préoccupations et d'ajuster les stratégies. Nous avons établi une séquence en trois temps : 1) rencontre du comité de chantier, 2) rencontre des co-responsables des tables, 3) rencontre de Chantier et ainsi de suite. Des retours étaient effectués régulièrement auprès du comité de

transition. Par cette stratégie, nous avons pu rapidement travailler en cohérence et en transparence et ainsi favoriser un climat de confiance et une collaboration efficace; ingrédients essentiels pour le bon déroulement de la démarche. Vous retrouverez, en annexe, le plan de travail détaillé.

La table des Connaissances a effectué une revue documentaire en consultant différentes bases de données scientifiques ainsi que la littérature grise. Des articles additionnels ont été repérés par la stratégie « boule de neige ». La préférence a été accordée aux documents qui présentent des données pertinentes contemporaines relatives au Québec et à d'autres contextes comparables, notamment l'Europe et l'Australie. La recherche de données a été enrichie par la consultation de chercheurs ayant mené des travaux liés à la proximité et à sa gestion dans les services sociaux et de santé au Québec.

2.2. Nombre et listes de personnes rencontrées, plan de travail et échéancier

Les sous-tables chargées de sonder les parties prenantes ont rencontré plus de 150 personnes lors de groupes de discussion et d'entrevues. Ces travaux ont permis de réunir les perspectives de chacun afin de proposer les présentes recommandations. Au moment de comparer les travaux des trois sous-tables (Connaissances et données probantes, Savoirs expérientiels et Partenaires intersectoriels), les membres du Chantier ont constaté une importante convergence dans les bloquants et enjeux identifiés ainsi que dans les recommandations proposées. En outre, cette vaste consultation a permis de mettre en lumière certaines préoccupations ou constats des partenaires qui étaient dans l'angle mort des gestionnaires. Par exemple, pour les usagers et les partenaires, la personne identifiée comme le « gestionnaire de proximité » est une personne significative (ex. commissaire aux plaintes, infirmière pivot) et pas forcément le responsable officiel identifié dans l'organigramme. Il devenait dès lors important de se donner une définition simple pour clarifier ce qu'est la gestion de proximité, en plus de clarifier les rôles et responsabilités des gestionnaires et des responsables d'installation.

Les questionnaires d'entrevue pour les différents groupes de discussion ont été bâtis en s'inspirant des cinq axes de la gestion de proximité identifiées par les représentants du Chantier : l'approche de gestion de proximité, la fonction de gestion de proximité ou de gestionnaire de site, la structure organisationnelle comme véhicule à la proximité, l'offre de services de proximité et la gouvernance collaborative.

La méthode de collecte de données consistait en des groupes de discussion composés d'une dizaine de personnes par groupe et s'est avérée être une stratégie efficace pour obtenir des échanges constructifs et dégager des similarités et des positions à la fois profondes et nuancées.

Les rencontres semi-dirigées se déroulaient sur une période de 90 minutes. Une saturation empirique a été constatée au fil du projet puisque les mêmes informations étaient répétées.

2.2.1. *Table Savoirs expérientiels*

Plus précisément, les groupes de discussion animés par la table « Savoirs expérientiels » réunissaient des collaborateurs provenant des populations suivantes provenant de différentes régions du Québec :

- > comités des usagers : dix participants (un groupe);
- > patients partenaires : dix participants (un groupe);
- > employés : 20 participants (deux groupes d'employés, un groupe en région urbaine et l'autre en région éloignée);
- > médecins : 15 participants (deux groupes);
- > gestionnaires : 66 participants (six groupes regroupant des gestionnaires de plusieurs secteurs d'activités différents).

Afin d'enrichir notre documentation, nous avons incorporé les éléments recueillis lors d'entrevues faites auprès des gestionnaires dédiés à la proximité (printemps 2024). Ces entrevues ont été réalisées dans le cadre de la démarche de balisage réalisé par le CIUSSS de L'Estrie - CHUS auprès de sept CISSS et CIUSSS ayant déployé différents modèles de gouvernance de proximité.

Les résultats ont été compilés à partir des transcriptions intégrales et des notes consignées séance tenante. Par la suite, les informations ont été classées et triées selon les populations sondées. Avec ces informations, des liens ont été établis entre les bloquants identifiés et les recommandations proposées. Lors de ces travaux de consolidation d'information, l'équipe a tenté de conserver, le plus fidèlement possible, les idées exprimées par les participants.

2.2.2. *Table partenaires intersectoriels*

Pour assurer une représentativité des acteurs concernés pour la table « Partenaires intersectoriels », des critères ont été identifiés pour choisir les participants : des préfets, des directeurs d'école, des responsables d'organismes communautaires et de service de garde, des directeurs de police et des représentants des CISSS et CIUSSS assurant les liens avec les partenaires intersectoriels, équivalent à une quarantaine de personnes. Une représentativité géographique du Québec était également importante ; les participants sollicités provenaient de la Montérégie, Gaspésie, Montréal, Mauricie-Centre-du-Québec et Lanaudière.

Concernant la méthode d'analyse des données, pour la table des partenaires intersectoriels, une transcription intégrale des groupes de discussion a été effectuée. Le tout a par la suite été codifié en identifiant les parties de texte représentant des groupements d'idées et des unités de sens significatifs et répondant à la thématique de gestion de proximité. Par la suite, une première interprétation des verbatims a été réalisée pour en extraire une première liste exhaustive des bloquants et des recommandations. Des analyses subséquentes ont été effectuées pour en extraire les doublons et regrouper les thématiques afin d'obtenir un regroupement de bloquants et recommandations.

Il est important de spécifier que nous avons assuré la confidentialité de l'identité des personnes en lien avec les informations transmises.

2.3. Description des arrimages réalisés entre les Chantiers

Plusieurs chantiers avaient des zones de convergence. Les différents porteurs de chantiers ont eu des séances de partages et de mise en commun. Des rencontres d'arrimage spécifiques ont été organisées avec les trois chantiers présentant davantage de chevauchements.

2.3.1. *Chantier 5 : responsabilité populationnelle*

Le Chantier 5 propose que la responsabilité populationnelle axée sur la valeur vise cinq objectifs principaux : améliorer la santé de la population, améliorer l'expérience et les résultats des soins, augmenter l'efficacité et maîtriser les coûts, améliorer le bien-être des ressources humaines et réduire les inégalités sociales. Chacun de ces objectifs est essentiel pour garantir l'accès à la santé équitable, centré sur les besoins réels des usagers et sur les attentes populationnelles.

Pour atteindre ces objectifs, plusieurs recommandations du Chantier 5 soulignent l'importance d'intégrer les perspectives des usagers, des citoyens et des partenaires intersectoriels. Il est crucial d'adopter une approche collaborative qui implique de travailler avec les personnes concernées plutôt que pour elles. Cette philosophie de co-construction permet de s'assurer que les décisions prises reflètent les besoins et les attentes des communautés.

Le Chantier 5 met de l'avant l'importance de se doter de mécanismes de communication bidirectionnels et de processus de gouvernance adaptés aux réalités locales. La concertation intersectorielle devient alors un élément clé pour favoriser une collaboration enrichissante entre les différents partenaires.

De manière complémentaire, le Chantier 4, tout comme le Chantier 5, souligne la nécessité de rapprocher les décisions du terrain. En positionnant le gestionnaire comme un acteur clé dans la prise de décision locale, on lui confère un rôle essentiel dans la co-construction des solutions adaptées et d'assurer une cohérence dans l'offre de services.

En effet, le gestionnaire qui adopte une posture de proximité est souvent le mieux placé pour comprendre les réalités locales et, pour ce faire, il doit être habilité à prendre des décisions éclairées et à mobiliser les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Cette approche participative et intersectorielle renforce par le fait même la capacité d'innovation et d'adaptation à des contextes changeants.

2.3.2. *Chantier 7 : accès aux soins et services*

Le Chantier 7 sur l'« Accès aux soins et services » met en avant l'importance d'assurer un accès optimal et équitable aux soins de santé à travers les différentes régions. Cette approche repose sur plusieurs axes, notamment la transformation des pratiques, l'utilisation d'outils cliniques et numériques adaptés, et la hiérarchisation des pratiques.

Le gestionnaire de proximité devient un levier essentiel dans la transformation de ses pratiques au sein des équipes. Il est aux premières loges pour observer les défis et les opportunités qui existent dans son environnement. Il comprend les spécificités locales et les attentes des usagers, lui permettant d'ajuster les pratiques afin qu'elles soient pertinentes et adaptées, favorisant ainsi l'accès, et ce, en réponse aux besoins de la communauté.

Pour ce faire, tel que présenté dans ce rapport, il est crucial d'accompagner les gestionnaires dans l'acquisition de compétences clés favorisant une posture d'écoute, de communication et d'accessibilité. Cet accompagnement est essentiel pour mener à bien des transformations humaines de changement.

En jouant un rôle clé dans la transmission de la vision du changement, et en recueillant des retours pour ajuster le processus, le gestionnaire pourra s'affirmer comme un acteur central dans la réussite des initiatives de changement et un vecteur de changement positif. Cette approche favorisera non seulement l'adhésion des équipes, mais contribuera également à instaurer une culture organisationnelle de proximité et agile.

2.3.3. Chantier 10 : Mobilisation des personnes et émergence d'une nouvelle culture

Le chantier 10 met en évidence une relation de simultanéité entre l'implication de l'utilisateur et la mobilisation de l'employé, soulignant l'importance de l'autodétermination dans ce processus. En satisfaisant les besoins psychologiques d'autonomie, de compétences et d'affiliation, et en valorisant les employés dans leur interaction avec les usagers, cela aura un effet mobilisateur sur le personnel.

Ce chantier met l'accent sur la relation étroite et bidirectionnelle entre l'expérience positive de l'employé et l'expérience positive de l'utilisateur. Suivant cette même logique, soutenir les gestionnaires est essentiel pour favoriser une expérience positive qui se traduira par la création d'un environnement de travail sain et l'instauration d'un climat psychologiquement sécuritaire.

Cet enchaînement souligne l'importance d'investir dans le développement des compétences de leadership des gestionnaires; leurs qualités constituant un levier pour améliorer la qualité des services et renforcer la satisfaction des usagers et des employés.

2.4. Synthèse du balisage, survol de la littérature et recension des meilleures pratiques observées

La sous-table des connaissances s'est penchée sur la littérature pour soutenir les réflexions des autres sous-tables du Chantier portant sur la gestion de proximité.

Sur le plan des notions générales liées à la proximité, deux éléments sont ressortis :

- > la proximité se décline en sept dimensions (géographique, relationnelle, cognitive, organisationnelle, institutionnelle, technologique et sociale), multipliant ainsi les angles d'analyse ;
- > la performance dans une approche basée sur la proximité est tributaire de la capacité organisationnelle de s'adapter au contexte.

Par conséquent, considérant la diversité et la complexité des services qui sont rendus dans plus de 1750 installations de Santé Québec, les particularités territoriales et les besoins spécifiques des populations locales, le survol de la littérature n'a pas permis d'identifier un modèle de gestion unique pouvant s'appliquer intégralement et uniformément à travers la province.

2.4.1. Éléments de contexte

La *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (LGSSSS) « entraînera un changement de culture important afin de faire évoluer la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux vers un mode de gestion de proximité et à échelle humaine ». En effet, la LGSSSS prévoit que « chaque installation du réseau (CLSC, CHSLD, hôpital, etc.) sera désormais sous la responsabilité d'une personne qui devra veiller à son bon fonctionnement. La gestion sera assurée par des gestionnaires accessibles sur le terrain et qui devront rendre des comptes. Chaque décision devra être prise au plus bas palier de gestion possible par le gestionnaire le plus près du patient ou de la patiente. Grâce à la LGSSSS et la création de Santé Québec, les résidences privées pour aînés, les maisons des aînés et alternatives et les CHSLD auront un contact plus direct avec les établissements régionaux »¹.

Le premier article de la LGSSSS précise : « La présente loi a pour objet de mettre en place un système de santé et de services sociaux efficace, notamment en facilitant l'accès à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité, en renforçant la coordination des différentes composantes du système et en rapprochant des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services. (...) Elle établit également des règles relatives à l'organisation et à la gouvernance des établissements qui permettent une gestion de proximité et favorisent une plus grande fluidité des services. »

2.4.1.1. Définitions importantes dans le contexte de la LGSSSS

Afin de bien comprendre ce qui est entendu par gestion de proximité et responsable d'installation, il importe de se pencher sur le texte de la LGSSSS ainsi que sur les textes qui l'ont précédée.

LGSSSS

Deux articles portent spécifiquement sur la gestion de proximité et sur la personne responsable d'installation :

- > l'**article 167** prévoit la désignation de gestionnaires qui doivent rendre des comptes et qui seront accessibles sur le terrain dans toutes les installations : « Lorsqu'il détermine l'organisation administrative, professionnelle et scientifique de l'établissement, le président-directeur général doit favoriser la gestion de proximité;

à cette fin, il doit notamment s'assurer de la désignation, pour chaque installation maintenue par l'établissement d'au moins une personne responsable de veiller à la bonne marche des activités de l'établissement et à la détection en temps utile des situations anormales. Cette personne doit disposer de l'autorité nécessaire pour remédier avec diligence à une telle situation ou d'un libre accès à la personne disposant d'une telle autorité;

¹ <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/systeme-quebecois-de-sante-et-de-services-sociaux/transformation-systeme-sante/reseau-sante-efficace-population#c250563>

- > l'**article 32** vise à permettre au personnel de contribuer davantage à l'organisation du travail pour identifier les besoins et les pistes de solution locales : « Santé Québec doit suivre les pratiques de saine gestion respectant le principe de subsidiarité;
- > les objectifs suivants doivent guider l'exercice des responsabilités de direction par toute personne au sein de Santé Québec : 1) le développement et le maintien d'une culture organisationnelle axée vers le service aux usagers et la gestion de proximité (...) »;
- > en outre, l'**article 32** vise à rapprocher les opérations au meilleur palier décisionnel et définit le principe de subsidiarité : « Santé Québec doit suivre des pratiques de saine gestion respectant le principe de subsidiarité. [...] on entend par 'principe de subsidiarité' le principe selon lequel les pouvoirs et les responsabilités doivent être délégués au niveau approprié d'autorité en recherchant une répartition adéquate des lieux de décision et en ayant le souci de les rapprocher le plus possible des usagers. »

Or, la LGSSSS s'inscrit en continuité du *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé* lancé par le gouvernement en mars 2022 (*Plan Santé*) ainsi que du rapport de la sous-ministre Dominique Savoie, *Une gouvernance renouvelée du réseau de la santé et des services sociaux*, publié en juin 2022 (MSSS, 2022).

Plan santé (MSSS, 2022)

Dans le contexte de la pandémie de Covid-19, le *Plan Santé* soulevait l'absence de gestionnaire dans les installations comme une lacune sur le plan de la gouvernance : « la présence aléatoire d'un gestionnaire imputable, selon les établissements et les installations, limitait la gestion de proximité à l'aube de la pandémie, ce qui a souvent entraîné des difficultés d'application des directives. (...) Les gestionnaires sur le terrain n'ont pas assez d'autonomie et d'imputabilité (...). Ainsi, le système est invité à une 'transformation radicale de la gouvernance'. »

Le *Plan Santé* proposait « d'assurer la présence d'un cadre responsable dans les installations principales ». L'objectif, à terme, est de permettre aux gestionnaires et au personnel de prendre davantage d'initiatives et de trouver des solutions adaptées à leur réalité. Le *Plan Santé* précise : « De plus, un *cadre responsable* sera désigné pour renforcer la prise de décision locale, à l'image de ce qui a été fait dans les CHSLD pendant la pandémie. Ce gestionnaire aura un rôle pivot dans la résolution des problèmes rencontrés. »

Rapport Savoie (MSSS, 2022)

La première recommandation du *Rapport Savoie* portait sur la gestion de proximité comme solution pour décentraliser certaines actions : « Rapprocher les décisions liées à l'organisation et à la fluidité des soins et des services le plus près possible du terrain, en favorisant une gestion de proximité et une organisation clinique et médicale locale. Cette décentralisation permettra aux établissements de se rapprocher des équipes et des clientèles et d'être plus autonomes dans l'identification des moyens appropriés pour atteindre les objectifs fixés. »

La LGSSSS a notamment pour objectif de rapprocher du terrain les décisions, les pouvoirs et les responsabilités. Elle associe la gestion de proximité au principe de subsidiarité, c'est-à-dire de rapprocher la prise de décision et l'imputabilité au plus près du terrain et des usagers.

Chaque installation sera sous la responsabilité d'un gestionnaire qui aura un rôle pivot dans la résolution de problèmes.

2.4.1.2. État actuel

Description de l'environnement

Le réseau québécois de la santé et des services sociaux (RSSS) compte près 1750 installations. Certaines regroupent plusieurs programmes-services (ex. CLSC, CH), tandis que d'autres comptent un seul programme-service (ex. CHSLD, CRDP). Toutes sont soutenues par des directions administratives transversales (ex. : ressources humaines, services techniques, ressources informatiques, ressources financières, etc.).

Afin de garantir des services fluides, d'importants travaux de coordination sont nécessaires au sein d'une même trajectoire. Par exemple, avant de donner un congé de l'hôpital à un patient, à la suite d'une intervention chirurgicale, l'établissement doit s'assurer que le patient sera adéquatement pris en charge et qu'il recevra les soins et services dont il a besoin, qu'il s'agisse de services de réadaptation, des soins à domicile ou d'une adaptation de son environnement. La fluidité de la trajectoire favorise l'accessibilité aux services.

Synthèse du portrait de main-d'œuvre du personnel d'encadrement

Le tableau ci-dessous montre que le ratio d'encadrement demeure inférieur à celui qu'on retrouvait en 2015 (5,26 cadres pour 100 employés) au moment d'actualiser la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales* (Loi 10).

Les leçons apprises lors de la pandémie, ont permis de prendre conscience de l'importance du rôle du gestionnaire dans la capacité des équipes à atteindre les résultats attendus. Les investissements effectués depuis 2021 pour augmenter le nombre de cadres, ont permis de réduire l'écart par rapport au nombre qu'on retrouvait en 2015.

Tableau 1 - Nombre d'équivalent temps complet (ETC) et ratio d'encadrement, comparaison au 1er avril 2015, 2021, 2022 et 2023

Au 1er avril de chaque année	2015	2021	2022	2023
ETC cadres	10 562	9 085	9 836	10 411
ETC employés	200 638	241 191	247 980	241 486
Ratio d'encadrement	5,26%	3,77%	3,97%	4,31%

2.4.1.3. *Distinguer gouvernance, gestion, services et approches de proximité*

Dans le cadre du présent mandat, l'ensemble des membres du Chantier 4 a pu constater qu'il était important de distinguer les différentes déclinaisons de la proximité dans le quotidien de chacun, qu'il s'agisse d'usagers, de gestionnaires, de personnes intervenant auprès des usagers, de la population ou des partenaires. Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS a produit un tableau, intitulé *La proximité sous toutes ses formes*, afin, par exemple, de distinguer l'approche de proximité de la gestion de proximité. Tout au long des travaux du Chantier, incluant dans la réalisation du survol de la littérature, il a fallu à maintes reprises se rappeler ces distinctions.

2.4.2. *L'approche de gestion proximité*

Le principe de subsidiarité présuppose une approche basée sur l'autonomie décisionnelle et la responsabilisation. La posture attendue du gestionnaire est celle où il est en mesure de contrôler les activités d'une équipe tout en leur laissant de l'autonomie pour favoriser l'initiative. Les pratiques de gestion et les comportements attendus dépendront des valeurs et des priorités que l'organisation aura définies au préalable.

2.4.3. *Les fonctions de gestion et/ou de gestionnaire d'installation*

Les rôles et responsabilités pouvant être confiés à un gestionnaire ou à un responsable d'installation comportent une multitude de possibilités. Un gestionnaire peut combiner des rôles d'informateur, de décideur ou d'agent de relations interpersonnelles selon l'autonomie décisionnelle qui lui sera confiée. Sur le plan de la littérature, le niveau de responsabilité du gestionnaire et son autonomie décisionnelle dépendront de la structure organisationnelle.

Les travaux portant sur la gestion matricielle et transversale ont permis d'en identifier trois formes (Jacob, 2020 citant le *Project Management Book of Knowledge*):

- > équilibrée: correspond à une logique de leadership partagé entre la logique de projet et la logique fonctionnelle; en santé, ceci se retrouve par exemple entre les cogestionnaires de trajectoires de soins et les directeurs de départements médicaux. La communication et la gouvernance collaborative entre les différents acteurs restent les clés du succès de ce type de gestion;
- > forte: le ou les gestionnaires de projet ou de proximité détiennent plus de pouvoir que la haute direction. Il s'agit des organisations basées sur des projets d'envergure autonome en matière de prise de décision, avec des équipes et des budgets dédiés. Par exemple, dans le RSSS, certains bureaux de projets organisationnels relèvent directement des plus hautes instances;
- > faible: le gestionnaire fonctionnel a plus de pouvoir décisionnel que le gestionnaire de projet ou de proximité, ce qui est le cas dans des organisations peu complexes et avec peu de ressources dédiées au projet.

Les travaux de 2023 de Denis Chenevert du Pôle santé - HEC ont permis d'identifier l'importance de la gestion de proximité pour :

- > assurer la qualité des soins, la sécurité des patients et la santé et le bien-être du personnel;
- > favoriser une culture organisationnelle axée sur la collaboration et la performance ainsi que l'expérience employé (attraction/rétention) et l'expérience patient.

Les bonnes pratiques de gestion qui sont ressorties à la suite de la démarche de consultation peuvent se résumer à :

- > accorder du temps de qualité;
- > donner les informations en temps réel;
- > maîtriser les réseaux de communication;
- > effectuer des rencontres individuelles et en groupes;
- > favoriser la création de liens informels;
- > définir les rôles de chacun et développer l'« *empowerment* » des employés;
- > apprendre à déléguer tout en restant le garant des règles.

En somme, on constate que la gestion de proximité dans les établissements de santé se définit par la capacité à maîtriser les compétences de base en gestion. La manière de la matérialiser dans l'organisation sera tributaire des stratégies et des moyens utilisés. Par exemple, le Collège des leaders canadiens en santé propose le *Cadre des capacités de leadership en santé LEADS* (le Cadre LEADS) qui « représente les compétences, les comportements, les capacités et les connaissances clés qui sont nécessaires pour diriger dans tous les secteurs et à tous les niveaux du système de santé. Il présente une vue commune de la façon dont une personne doit se comporter, communiquer, interagir avec les autres et agir pour assurer un bon leadership à tous les niveaux de la prestation des services de santé. »²

2.4.4. *Structure organisationnelle comme véhicule à la proximité*

Une gestion matricielle peut s'avérer intéressante pour un environnement complexe, dynamique, changeant et nécessitant une collaboration interfonctionnelle. Malgré les avantages de la gestion matricielle, elle représente un coefficient élevé de complexité sur le plan de l'application. Il faut donc favoriser la coexistence d'un cadre structurel de collaboration clair et connu, ainsi qu'une culture où la collaboration est valorisée et soutenue par les leaders.

2.4.5. *Offre de service*

Le cadre de référence *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services* (MSSS, 2023) a déjà défini des principes afin de guider la prise de décision des établissements dans leurs réflexions sur la gestion de proximité. En lien avec le concept de proximité, les principes d'accessibilité/visibilité des services et le repérage de la population en situation de vulnérabilité sont des principes suffisamment forts pour influencer l'offre de service et la structure organisationnelle.

2.4.6. *Gouvernance collaborative*

L'enjeu de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux consiste à trouver un juste équilibre entre les zones d'expression et de tension où se croisent les grandes fonctions de régulation telles que les fonctions d'orientation, de gestion et la fonction normative. Ce contexte complexifie la notion d'imputabilité, c'est-à-dire, la capacité à rendre des comptes et à exiger de quelqu'un qu'il rende des comptes. Or, pour certains auteurs, ce défi en matière de responsabilité passe par des questions de contrôle et d'audit vers une transition de mesures visant un

² <https://cchl-ccls.ca/fr/dpl-leads/le-cadre-leads/>

renforcement de la confiance et de la gestion du paradoxe (efficience-inclusivité, verticalité-horizonalité, processus-extrants) (Lee Ospina, 2022 p 70, cité par Gandé, 2023, p 84).

2.4.7. Définition de la gestion de proximité

Au terme de ses travaux, constatant l'importance d'avoir une compréhension commune de la gestion de proximité, le comité du Chantier 4 propose la définition suivante :

La gestion de proximité est une approche participative qui crée des liens significatifs et durables où les équipes, les usagers et leurs proches, les partenaires et la communauté sont impliqués dans les décisions qui les concernent afin de répondre à leurs besoins, améliorer leur santé et leur bien-être.

Une définition a pour objectif d'établir les caractéristiques visant à définir le concept de proximité. Elle permet de fixer les bases pour favoriser une compréhension commune. Selon les stratégies et moyens qui seront retenus par Santé Québec pour procéder au changement de culture, ces caractéristiques devront être précisées pour donner une représentation claire et partagée sur la manière selon laquelle on souhaite actualiser la notion de proximité dans les pratiques de gestion et le processus décisionnel.

Ainsi, pour le groupe de travail, l'approche participative est perçue comme un levier puissant pour améliorer l'engagement des employés, renforcer la communication et adapter les services aux besoins spécifiques des usagers. Cette approche permettra de rétablir le lien de confiance avec l'ensemble des parties prenantes. Selon le contexte et les défis identifiés, chaque établissement devra identifier les pratiques de gestion sur lesquelles il veut mettre l'accent pour générer une culture de confiance et d'ouverture et favoriser le travail collaboratif, l'autonomie et la responsabilité.

En ce qui a trait au processus décisionnel, leur implication doit être en cohérence avec le principe de subsidiarité. Ceci nécessitera une réflexion sur la manière de définir les rôles et responsabilités pour que les décisions se prennent au plus près du terrain.

Finalement, pour le groupe de travail, l'amélioration de l'expérience-usager et de l'expérience-employé sont perçues comme un tout et ne peuvent pas être traitées de manière distincte. Une expérience-employé durable se bâtit, notamment autour du sentiment d'offrir un service de qualité à leurs usagers ou clients. Cette valeur permet de préserver le sens au travail et d'établir un ancrage à partir duquel les équipes pourront se mobiliser.

À cet effet, tous les gestionnaires doivent réfléchir à leurs pratiques managériales eu égard à la proximité, mais tous les gestionnaires ne seront pas responsables d'installations. Un gestionnaire de proximité adopte une posture; un responsable d'installation joue un rôle précis dans un lieu physique spécifique où on dispense des soins et services à la population. **Pour les fins de ce rapport, un gestionnaire incarne, à différents degrés, la proximité.**

Pour ce qui est de l'amélioration de l'expérience usager, elle ne pourra pas s'effectuer de manière durable si les conditions d'exercice des employés ne favorisent pas la rétention et la présence au travail.

2.4.7.1. Les dimensions de la proximité

Un individu A peut se situer à proximité géographique d'un individu B sans le connaître. Dans le même temps, l'individu A peut nouer des liens plus ou moins intenses et de diverses natures avec un individu C en étant éloigné de lui géographiquement (Verdier et coll., 2022). C'est pourquoi des auteurs décrivent différentes dimensions de la proximité : géographique, relationnelle, cognitive, organisationnelle, institutionnelle, technologique et sociale (Madsen & Burau, 2018; Piney, 2015; Tremblay et coll., 2022; Verdier et coll., 2022).

Géographique

La proximité géographique renvoie à la localisation des individus ou des organisations. Elle est objective, quantifiable (en mètres ou kilomètres par exemple), du temps de transport ou de son coût. Elle peut toutefois être relative selon le jugement porté sur cette distance par un individu dans son contexte (Tremblay et coll., 2022; Verdier et coll., 2022). Elle permet la réduction des services en silo, favorise des trajectoires uniques de soins et le regroupement des professionnels (co-localisation) (Tremblay et coll., 2022).

Relationnelle

La proximité relationnelle se réfère aux relations interpersonnelles. Elle facilite la communication interprofessionnelle, améliore le sentiment d'appartenance et la confiance des usagers envers le réseau de la santé (Madsen & Burau, 2018; Piney, 2015; Tremblay et coll., 2022; Verdier et coll., 2022).

Cognitive

La proximité cognitive renvoie au fait que les individus partagent des connaissances similaires ou complémentaires, par exemple : les membres d'une équipe interdisciplinaire partagent les mêmes objectifs de travail, tout comme les personnes qui appartiennent à une même communauté de pratiques (Verdier et coll., 2022).

Organisationnelle

L'organisation du réseau de la santé et des services sociaux est un excellent exemple de proximité organisationnelle ; il s'agit de l'alignement de structures organisationnelles interdépendantes parmi différentes organisations indépendantes (hôpitaux, soins primaires, soins à domicile, organismes communautaires) et nécessitant la coordination de ces interdépendances. Verdier et ses collègues (2022) notent que cette proximité se renforce par le degré de contrôle des responsables hiérarchiques et fonctionnels des organisations, limitant ainsi le danger des comportements opportunistes.

Institutionnelle (rôles, normes, valeurs au niveau local)

La proximité institutionnelle touche les rôles, normes et valeurs. C'est l'adhésion à un espace commun de représentations, de règles d'action et de modèles de pensée. Elle facilite les échanges ascendants (*bottom-up*) et descendants (*top-down*) et les liaisons entre différents niveaux de

gestion : priorités nationales, communautés de pratiques, soutien des comités consultatifs locaux, gouvernance collaborative plutôt que la gouvernance verticale traditionnelle (Tremblay et coll.,2022).

Technologique

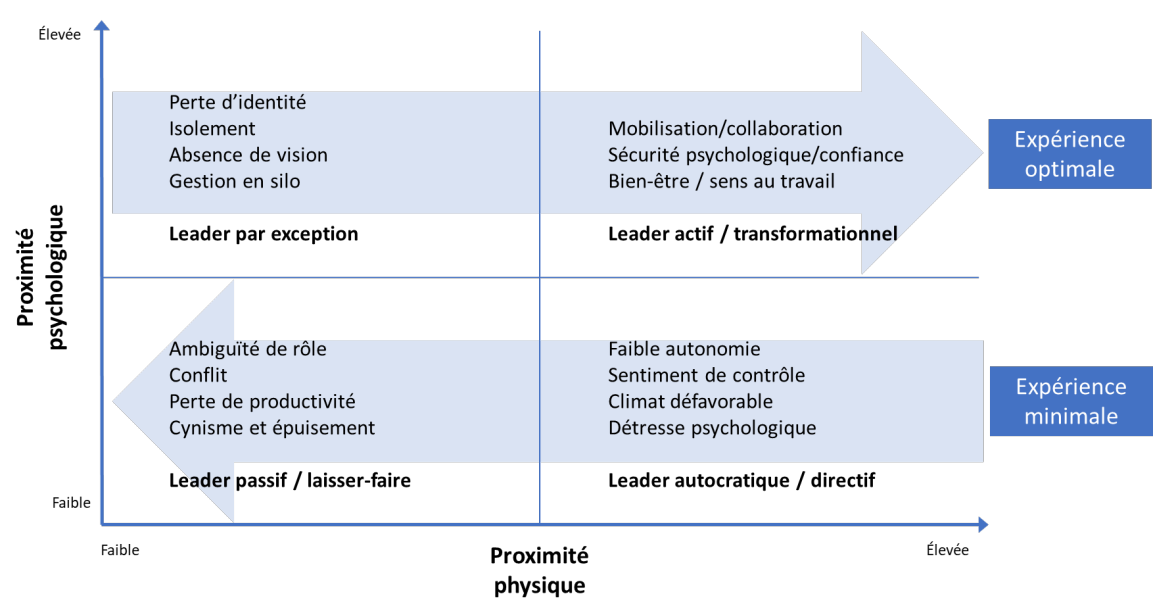
La proximité peut être rendue possible par différents moyens technologiques, par exemple la télésanté, les accès à distance, la collaboration interprofessionnelle virtuelle, le transfert de connaissances par des moyens technologiques (webinaires, balados, environnement numérique d'apprentissage) (Verdier et coll.,2022).

Sociale

La proximité sociale réfère aux interactions humaines entre deux ou plusieurs individus ou groupes d'individus. De ces interactions peut naître une confiance qui facilite la coordination des acteurs. Par exemple, au sein d'une organisation, des agents appartenant à des structures différentes peuvent partager des activités extraprofessionnelles telles que le sport, la musique, etc. Ces interactions créent une proximité sociale qui renforce le niveau de confiance des acteurs (Verdier et coll.,2022).

Les réflexions du groupe de travail rejoignent les mêmes constats que les travaux du Pôle Santé-HEC, sous la direction de Denis Chênevert. Ils ont réuni l'ensemble des dimensions qui définissent la proximité en deux catégories : la proximité physique et la proximité psychologique. Plus ces deux proximités sont élevées, la meilleure sera **l'expérience des employés**.

Figure 3 - Leadership et proximité, adapté de HEC Montréal, Pôle santé, 2023



En appui à ses travaux, le comité propose un modèle de proximité qui met en relation la posture de proximité qu'elle soit physique ou psychologique et le processus participatif comme clé

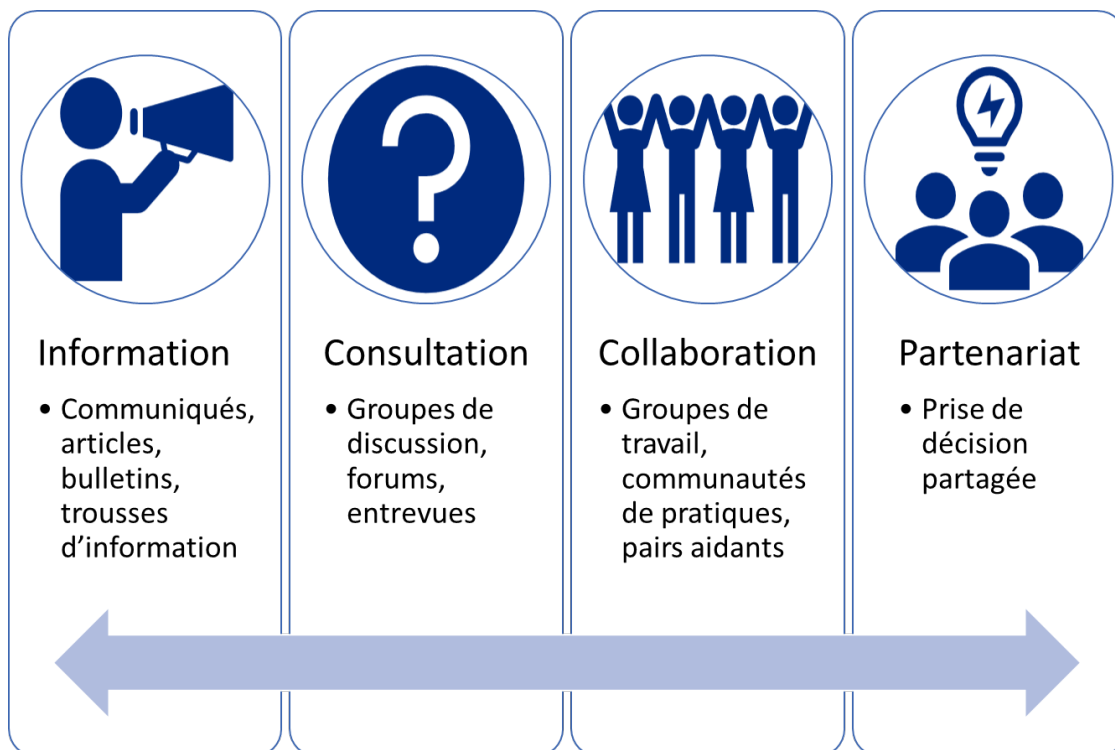
essentielle pour favoriser des liens significatifs et durables, pierre angulaire pour l'amélioration globale du fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux.

La participation peut s'actualiser à divers degrés ; sa plus simple expression étant l'information (par exemple un feuillet remis à un usager, un communiqué de presse transmis à la population par le biais des médias, un courriel d'information à un partenaire) et la plus élaborée étant le partenariat où la prise de décision est partagée. Entre les deux, la consultation permet aux personnes présentes de partager leurs savoirs tandis que le partenariat est le niveau le plus poussé de participation où la prise de décision est partagée par les personnes ou groupes en présence. Dans la réalisation du présent mandat, de l'information sur le Chantier a été partagée à l'ensemble de la population ; les membres du Chantier étaient issus de divers horizons et ont travaillé en partenariat. Ils ont collaboré en constituant des sous-groupes de travail qui ont consulté plus de 150 personnes au Québec. Dans le quotidien du gestionnaire, chacun de ces modes de participation est un instrument auquel il doit pouvoir recourir.

En résumé

L'adoption d'une posture de proximité conjugée à des processus participatifs favorise la création de liens significatifs et durables.

Figure 4 - Différentes formes de participation (adapté de Lebel P. et Dufour, R., 2020)



2.5. Observations et commentaires liés à la composition du Chantier

Au moment de réunir les membres qui composeraient le Chantier, une attention particulière a été portée à assurer une bonne représentativité du territoire québécois (régions urbaines, périurbaines et rurales), des paliers de gouvernance (MSSS, établissements, milieu associatif) et des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux (gestionnaires, médecins, professionnels, représentantes des milieux associatifs et des usagers).

Cette représentativité a permis de créer un espace de dialogue où chaque voix, chaque expérience et chaque perspective ont été valorisées. En intégrant les points de vue diversifiés des participants, les membres du Chantier ont pu approfondir leur compréhension des besoins spécifiques, des enjeux à l'égard de la gestion de proximité et des préoccupations rencontrées sur le terrain. En effet, chaque membre du Chantier représente une partie de la population visée par ces changements, et ce, autant comme acteurs dans le réseau que comme citoyens ayant recours aux services; cette dynamique participative a enrichi la réflexion, et a également favorisé un sentiment d'appartenance et d'engagement, consolidant la capacité à répondre au mandat confié.

En somme, cette évolution de la posture et des schèmes de pensée de chacun des membres du Chantier a été une étape clé dans la démarche. Elle a permis d'aborder les défis avec une vision plus holistique et collaborative positionnant, par le fait même, les membres du Chantier comme des acteurs de changement au sein de leurs organisations et de la communauté.

3. LISTE COMPLÈTE DES ENJEUX OU POINTS BLOQUANTS IDENTIFIÉS

Les bloquants et enjeux énoncés par la suite ont émergé des consultations effectuées auprès d'environ 150 personnes (gestionnaires, usagers, employés, partenaires, médecins) et ont été étayés par la littérature consultée.

3.1. Des structures de gouvernance et des processus décisionnels complexes où il est difficile d'identifier les bons interlocuteurs, les portes d'entrée et de rechercher des solutions adaptées à la réalité locale

Alors que nos organisations évoluent dans des environnements volatiles, incertains, complexes et ambigus (ou VUCA pour *Volatility, Uncertainty, Complexity & Ambiguity*), les structures organisationnelles verticales traditionnelles peuvent créer des silos structurels et professionnels (Jacob et coll., 2020); ces silos peuvent notamment faire perdre de vue l'intérêt supérieur commun, et occasionner des conflits plutôt qu'une collaboration entre les unités. La présence de ces silos au sein d'une organisation peut avoir des conséquences significatives sur la collaboration interservices, souvent au détriment de la mission globale, entraînant des conflits plutôt que de la collaboration.

La littérature consultée soulève que des règles strictes sans esprit d'équipe entraînent souvent un manque d'engagement, tandis qu'une culture et un désir de collaboration sans bases solides génèrent divers dysfonctionnements, un manque d'accent et des résultats mitigés (Menard et Carpentier, 2024).

Les commentaires reçus de la part de tous les acteurs du réseau de la santé mettent en lumière des enjeux significatifs liés à la structure organisationnelle et fonctionnelle du réseau qui ralentissent la prise de décision locale et nuisent à la capacité d'innovation et à l'élaboration de solutions adaptées à la réalité du terrain.

Plusieurs validations à différents paliers sont souvent nécessaires pour faire approuver les décisions et l'arrimage entre les différentes directions est nommé comme un obstacle important à l'agilité sur le terrain, que ce soit entre les directions cliniques ou de soutien. De ces éléments se dégage une impression de lenteur et de lourdeur dans les processus décisionnels qui semble faire consensus chez les employés, les médecins et les gestionnaires.

« Je ne sais plus qui est responsable de quoi dans un large organigramme alors qu'avant, je pouvais cogner à la porte d'à côté pour obtenir une réponse. Il faut revenir à une gestion à échelle humaine. »

Citation du groupe médicale

Par ailleurs, il a été soulevé que les trajectoires de services dans le réseau ne sont pas toujours claires et très bien connues, ce qui peut rendre difficile le parcours de l'utilisateur. Cet élément a également été soulevé par les employés qui éprouvent parfois des difficultés à trouver des réponses pour orienter les usagers ou pour répondre à leurs propres besoins administratifs.

Aussi, la majorité des partenaires intersectoriels ne sait pas à qui s'adresser pour discuter de problématiques ou pour proposer des pistes de solutions, ce qui est un signal d'un manque de clarté et de communication au sein du réseau. Les structures de gouvernance sont perçues comme étant très complexes et inefficaces. Le manque de procédures, de protocoles et de structure pour travailler ensemble nuit à la collaboration. La bureaucratie entraîne une démotivation des partenaires à s'impliquer avec les établissements. Parallèlement, le manque d'implication de ces derniers dans les processus décisionnels a pour conséquence que les décisions prises ne sont pas en adéquation avec la réalité du terrain. En outre, les mécanismes de coordination et de communication sont différents d'un établissement à l'autre, entraînant ainsi une incompréhension du fonctionnement des organisations de santé par les partenaires.

Résumé des bloquants :

- > Lenteur et complexité dans la prise de décision qui sont liées à l'arrimage nécessaire entre les directions (cliniques ou administratives) pour en arriver à une prise de décision. Par exemple, des organigrammes complexes, plusieurs paliers de gestion, plusieurs validations nécessaires;
- > Structure organisationnelle rigide qui empêche de trouver des solutions innovantes et adaptées au contexte local;
- > Réflexes de standardisation et d'harmonisation qui apportent une rigidité lorsque vient le temps de répondre aux besoins locaux du terrain;
- > Difficulté pour les usagers de se retrouver dans la structure organisationnelle et les trajectoires de services complexes;
- > Isolement des partenaires qui nuit à la création et au maintien d'une relation de confiance qui est actuellement brisée.

3.2. Des conditions d'exercice et charge de travail qui rendent la gestion de proximité complexe

L'ensemble des populations consultées ont été unanimes sur le fait que la charge de travail des gestionnaires, combinée aux conditions pour exercer leur rôle, complexifie grandement la gestion de proximité. La perception de la charge de travail des gestionnaires et le ratio d'encadrement peut exacerber le sentiment de surcharge rendant difficile une gestion efficace des opérations de proximité. Cette perception de la charge de travail devient, pour le gestionnaire et les différentes parties prenantes, la vision de leur réalité au quotidien.

Tous ces éléments font en sorte que les employés perçoivent parfois que les gestionnaires n'ont pas suffisamment de temps pour offrir tout le soutien nécessaire. Cela est d'autant plus vrai dans certains contextes, notamment lorsque les gestionnaires doivent assumer plusieurs tâches administratives comme la gestion de site en plus de la coordination clinique

« Je couvre 300 km de territoire. La proximité chez nous, c'est un enjeu extrêmement différent, surtout si on parle de proximité physique. Ça prend des solutions imaginatives pour être près de nos usagers et de nos employés. Ce n'est pas simple. »

Citation du groupe de gestionnaires

d'équipe. Les changements fréquents de gestionnaires et le temps d'appropriation des dossiers sont également perçus comme des bloquants au soutien des employés.

Du côté médical, cette perception de charge de travail a également été rapportée en ce qui concerne la cogestion médico-administrative. Les médecins cogestionnaires, ayant une pratique médicale active et cumulant souvent plusieurs rôles, peinent à s'adapter à l'horaire de rencontres et ressentent une culpabilité au niveau du retard autant pour leurs tâches cliniques qu'administratives.

Résumé des bloquants :

- > la polyvalence des tâches et le partage du temps entre les différentes responsabilités entraînent dans la réalité du gestionnaire une lourdeur accrue de son travail de proximité. Pour le gestionnaire, certaines de ses activités sont perçues comme sans valeur ajoutée pour ses employés, ses partenaires et ses usagers. Les redditions de compte s'accumulent et s'ajoutent aux processus de qualité sans qu'il ait eu une réflexion sur leur pertinence et leur mode fonctionnement;
- > la gestion à distance combinée à la gestion d'un grand nombre d'employés (ETC);
- > gestion de plusieurs équipes, dispersées sur plusieurs sites et parfois éloignées géographiquement;
- > les changements fréquents de gestionnaires rendent le soutien plus difficile en raison du temps nécessaire d'appropriation des dossiers;
- > ces changements fréquents et la charge de travail du gestionnaire impactent la réponse aux usagers puisqu'ils rendent difficiles la continuité et la relation de confiance avec la communauté;
- > perception de manque de ressources humaines et financières dédiées à la fonction de gestion de proximité.

3.3. Des rôles et responsabilités des gestionnaires de proximité imprécis, méconnus et incompris

Au cours de la dernière année, certains établissements ont mis en place des structures de gouvernance impliquant des gestionnaires de proximité et des responsables d'installation ou de territoire. Les groupes consultés ont partagé certains bloquants à l'actualisation de ce rôle.

De la perspective des employés, il y a de la confusion dans la compréhension du rôle et des responsabilités de chacun des types de gestionnaires. Il est parfois difficile de déterminer à qui se référer et pour quelles raisons selon les enjeux rencontrés; le gestionnaire de site, le supérieur immédiat, le chef d'équipe, le coordonnateur clinique... Des craintes ont été soulevées quant à l'ajout d'un interlocuteur supplémentaire dans la prise de décision avec l'arrivée des responsables d'installation.

Les partenaires intersectoriels, de façon majoritaire, rapportent avoir une méconnaissance des rôles et responsabilités des gestionnaires puisque ce rôle ne leur est pas communiqué. Ce manque de compréhension semble réciproque, c'est-à-dire que les partenaires intersectoriels ne connaissent pas la fonction d'un gestionnaire et de leur côté, et les gestionnaires ne savent pas ce que font les partenaires.

Résumé des bloquants :

- > dans les établissements, les processus opérationnels actuels n'octroient pas toujours l'autorité décisionnelle nécessaire aux gestionnaires. Il devient donc complexe de faire de réels changements sur le terrain. On perçoit davantage un pouvoir d'influence qu'une réelle autorité décisionnelle;
- > approche parfois différente entre le médecin cogestionnaire et le gestionnaire clinico-administratif qui peut générer un écart dans la compréhension et l'appréciation d'une situation donnée;
- > ambiguïté entourant la responsabilité et l'imputabilité du gestionnaire;
- > un manque de pouvoir décisionnel du gestionnaire pour faire de réels changements sur le terrain;
- > les partenaires ne savent pas vers qui se référer.

3.4. Des mécanismes d'information et de communication inefficaces, inexistants et non bidirectionnels entre les gestionnaires et les partenaires

Les différents groupes consultés, que ce soient les médecins, les patients partenaires, les usagers, les employés ou les gestionnaires nous ont mentionné qu'à plusieurs égards, la collaboration et les communications entre les gestionnaires du réseau de la santé et les partenaires de la communauté ne sont pas toujours bien définies, ce qui a pour résultat de limiter la réponse aux besoins des communautés.

Selon les consultations effectuées, peu de communication est faite auprès des partenaires intersectoriels. Les bilans annuels, la rétroaction et l'évaluation des projets sont très peu discutés entre les établissements et les partenaires intersectoriels.

« Il faut redonner au milieu le pouvoir de faire vivre les dynamiques du milieu. C'est le milieu qui va soutenir la recherche de solutions. Avant on avait un 'tout', il y avait de l'appartenance. Il faut redonner de la liberté à la base pour recréer le sentiment d'appartenance et les forces vives du milieu »

Citation du groupe des usagers

Les liens de collaboration ne semblent pas définis clairement ou dans une logique naturelle et cohérente. Les partenaires ne savent pas avec qui ils doivent échanger pour participer à la prise de décision. Lorsque présente, la communication est souvent unidirectionnelle et les partenaires de la communauté ne sont pas systématiquement impliqués dans la prise de décisions qui les concerne : les mécanismes de communication actuellement utilisés dans les structures organisationnelles sont complexes et ne facilitent pas la gestion de proximité. Les partenaires intersectoriels ont également rapporté la difficulté d'entrer en relation avec les gestionnaires en raison d'un manque de connaissance des services offerts par ces derniers. Cette situation rend difficiles la communication bidirectionnelle et la collaboration intersectorielle.

L'absence de mécanismes de communication formels entraîne la perte d'information et de suivi, ce qui fait en sorte que les discussions doivent constamment être reprises. Cette problématique

nuit à la détermination de priorités communes et à l'avancement et au développement de projets pertinents pour répondre aux besoins de la population. De plus, les organismes se connaissent peu entre eux, et les ressources pour chercher l'information ne sont pas claires, conviviales, ni mises à jour.

Résumé des bloquants :

- > plusieurs interlocuteurs des établissements avec les partenaires de la communauté, ce qui nuit à la cohérence des messages;
- > les liens de collaboration entre les gestionnaires et les partenaires de la communauté ne sont pas toujours naturels et bien définis;
- > la communication avec les partenaires est souvent unidirectionnelle. Les communications partent des établissements vers les partenaires. Les partenaires de la communauté ne sont donc pas souvent impliqués dans la prise de décisions. Ce constat a été rapporté par les usagers consultés également;
- > les orientations ministérielles et priorités ne sont pas toujours cohérentes entre les ministères, l'avancement des projets dépend donc de la volonté des acteurs sur le terrain;
- > les mécanismes de communication favorisés dans la structure organisationnelle ne facilitent pas la gestion de proximité. Difficulté de trouver la bonne personne.

3.5. Difficultés des organisations à comprendre et mesurer les besoins réels des usagers, de leurs proches, des milieux cliniques et des partenaires

Les groupes rencontrés soulignaient que les services semblaient parfois déconnectés des besoins réels sur le terrain. Ils estimaient qu'il était possible que ce soit une conséquence du fait que les gestionnaires n'arrivent pas toujours à être disponibles pour les usagers, les partenaires et les employés.

Bien que certains établissements se basent sur les données sociosanitaires, celles-ci ne résonnent pas nécessairement avec les différents partenaires concernés. En effet, le manque d'information spécifique sur les besoins de la population, conjugué à des données non contextualisées et à des visions divergentes, pose des défis importants sur les priorités déterminées et parfois duplique les services donnés par les organismes communautaires.

Également, la définition d'un besoin essentiel ou urgent est différente pour les partenaires et les établissements. En outre, les partenaires rapportent que la réalité de chacun des territoires est différente et que l'harmonisation ne répond pas nécessairement aux besoins spécifiques à chaque territoire. Comme les usagers, les familles et leurs proches sont trop souvent exclus des discussions, des prises de décisions et même des interventions, ce qui amène

« En fait, la raison de travailler avec les partenaires, que ce soit au communautaire ou au niveau de la santé, c'est d'essayer de répondre aux besoins de la population, c'est d'essayer de régler les problèmes, ne pas le faire en silos, travailler main dans la main ».

Citation du groupe des partenaires intersectoriels

une immense détérioration du lien de confiance entre la communauté et les établissements du réseau. Ils ajoutent que les indicateurs suivis par les établissements, lorsque connus des partenaires, ne tiennent pas en compte les services de proximité, les populations vulnérables et la communauté.

D'autres bloquants limitent les organisations à mieux comprendre et adapter leurs services aux besoins réels des usagers, des partenaires et des communautés :

- > les services du réseau sont centrés sur le volet curatif et non préventif pour les usagers. On constate un écart marqué face aux besoins des usagers;
- > les indicateurs de performance ne sont pas adaptés pour tenir compte des services de proximité visant à développer des liens de confiance avec les populations vulnérables et communautés;
- > les patients et les usagers ne comprennent pas toujours le langage et le vocabulaire utilisé dans le réseau. Besoin de vulgarisation des informations médicales et de la structure organisationnelle (acronymes complexes). Les usagers consultés parlent même d'une déshumanisation du réseau;
- > les priorités des établissements sont différentes de celles du terrain;
- > les gestionnaires ont une méconnaissance du terrain.

4. LISTE COMPLÈTE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES

Déoulant des cinq axes du mandat, les recommandations présentées ont été priorisées. Pour chacune des recommandations, des pistes d'action ont été identifiées et priorisées. L'ensemble des pistes d'actions sont présentées dans la prochaine section.

4.1. Planter une structure décentralisée permettant une prise de décision au niveau approprié, basée sur le contexte et les besoins organisationnels, populationnels et individuels

Cette recommandation est ressortie avec le plus d'intensité lors des consultations de l'ensemble des groupes. C'est donc dire que, peu importe la perspective sous laquelle on se retrouve (usagers, médecins, employés, gestionnaires, partenaires), il s'agit de la recommandation qui apparaît comme incontournable afin d'accroître l'agilité du réseau et de recréer le lien de confiance avec les acteurs du réseau et des communautés. De plus, cette recommandation, enlignée sur le principe de subsidiarité et visant à alléger les processus décisionnels, permettra d'identifier des solutions pour répondre aux situations complexes de la manière la plus efficiente possible.

Cela implique d'organiser une structure qui soit efficace, adaptée et connue, avec des mécanismes de concertation et de communication robustes. La volonté étant de favoriser une approche locale qui valorise l'autonomie tout en maintenant une cohérence et un alignement sur les orientations du MSSS et les priorités de Santé Québec.

Cette structure collaborative permet d'avoir une équipe de proximité pour créer des liens de confiance, des réponses rapides et une connaissance fine du milieu avec les partenaires intersectoriels afin de mieux répondre aux attentes des usagers, améliorer la qualité des services et renforcer l'engagement des employés.

« Il faut développer une co-gestion médico-administrative locale et ne pas être que des agents facilitateurs, mais de pouvoir prendre des décisions. »

Citation du groupe de médecins

Pour ce faire, il est essentiel de ramener la prise de décision au niveau approprié, en s'appuyant sur des orientations stratégiques claires et des balises définies. De cette façon, il sera plus facile d'assurer une flexibilité dans la prise de décision pour pouvoir adapter et moduler l'offre de service en fonction des besoins spécifiques du territoire, des réalités locales et des besoins de la population en cohérence avec les objectifs et les orientations.

Résumé des actions concrètes :

- > désigner des responsables d'installation;
- > répartir certains pouvoirs et responsabilités au profit des collectivités territoriales en les intégrant dans la structure décisionnelle de collaboration aux niveaux stratégique, tactique et opérationnel;
- > positionner et habiliter la cogestion médicale comme levier d'action et d'influence;
- > assurer une cogestion médicale aux tables de concertation locales;

- > donner des leviers et les pouvoirs nécessaires aux gestionnaires de sites et gestionnaires de proximité pour être en mesure de prendre des décisions localement;
- > ajuster la reddition de compte en développant de nouveaux indicateurs et mécanismes d'évaluation pour mieux mesurer l'impact de la gestion de proximité (ex. présence au travail, satisfaction).

Afin de permettre la réussite de l'implantation d'une structure de gouvernance décentralisée, certains enjeux actuels doivent être abordés efficacement afin d'assurer les conditions gagnantes pour sa mise en place :

- > assurer une analyse comparative de la gestion multisite et de la charge de travail des gestionnaires en tenant compte du nombre de sites ainsi que des distances géographiques. Prioriser des solutions pour les établissements problématiques retenus.

4.2. Mettre en place les conditions permettant aux établissements d'être agiles et de s'adapter au contexte et aux besoins évolutifs de la population, des partenaires et des employés

Une organisation agile renvoie aux notions d'adaptation au changement, d'apprentissage, de réactivité, de flexibilité, d'innovation et de travail en équipe multifonctionnelle (Jacob et coll., 2020; Chênevert et coll., 2020). L'orientation client et l'engagement des employés au sein d'équipes de travail responsables sont au cœur des organisations qui souhaitent intégrer l'idée de l'organisation agile (Jacob et coll., 2020). Être une organisation agile signifie une rupture avec la spécialisation dans les organisations, soit en développant des postes de travail avec une étendue de contrôle élargie favorisant plus de communication horizontale et plus d'autonomie, ou tout simplement en laissant les équipes s'autogérer (Jacob et coll., 2020).

Pour répondre de façon adaptée et agile aux besoins évolutifs des communautés (population, partenaires, patients, usagers, médecins et employés du réseau), il apparaît nécessaire de leur donner une plus grande autonomie décisionnelle dans l'organisation locale des services. Accroître l'autonomie décisionnelle des gestionnaires et des équipes sera ainsi essentiel pour améliorer l'efficacité et la pertinence des interventions. De cette façon, les équipes pourront être en mesure de s'adapter plus rapidement aux besoins et aux réalités locales, tout ceci en tenant compte du cadre organisationnel.

La réalité des besoins de la population du Québec est différente selon les régions administratives. Il est donc important de s'adapter au contexte de chacune des populations, d'autant plus que l'harmonisation est perçue comme étant inadéquate pour répondre aux besoins spécifiques des populations.

Résumé des actions concrètes :

- > effectuer un diagnostic de son organisation pour comprendre le contexte et s'y adapter;
- > soutenir les milieux et les communautés dans l'utilisation des portraits de l'état de santé et de bien-être de la population produits par la santé publique pour identifier les enjeux et objectifs communs à prioriser, en plus d'alimenter la prise de décision;
- > dédier des gestionnaires détenant l'autonomie décisionnelle nécessaire et s'assurer qu'ils aient une connaissance fine de leurs milieux afin de leur permettre de rallier les différents

acteurs autour des besoins de la communauté. Un leadership partagé, favorisé par la cogestion médicale et par la concertation avec les partenaires de la communauté, doit aider à respecter le rythme et les dynamiques locales;

- > mettre en place des tables intersectorielles qui doivent également s'intégrer au contexte local afin d'éviter des structures en parallèle à ce qui est déjà en place dans les différents milieux.

4.3. Incarner une culture de gestion de proximité qui soit connue et partagée

La gestion de proximité requiert une transformation des structures de gestion traditionnelles, souvent hiérarchiques, vers des modèles plus agiles et collaboratifs. Cette transition est essentielle pour la gestion de proximité. Il est crucial d'établir un cadre structurel de collaboration clair, de développer une culture qui valorise la relation et d'assurer que les leaders soutiennent activement ces initiatives afin de réussir cette transformation. La gestion de proximité permet de travailler en amont pour construire des liens de confiance.

En adoptant ces stratégies, les organisations seront mieux équipées pour répondre aux besoins de leur population et ainsi améliorer leur performance globale.

L'implication des partenaires intersectoriels doit être mise de l'avant afin que cette culture se répercute sur la collaboration avec ces derniers et rétablisse le lien de confiance déjà fragilisé.

Afin que s'intègre la gestion de proximité à travers l'ensemble de l'organisation, et qu'elle atteigne les objectifs souhaités auprès de la communauté, certaines actions se doivent d'être mises de l'avant.

Résumé des actions concrètes :

- > adopter et déployer la définition proposée de la gestion de proximité tout en s'assurant d'une compréhension commune et d'un langage partagé par l'ensemble des gestionnaires pour dissiper les ambiguïtés;
- > développer un outil de mesure national du niveau de maturité organisationnelle de la gestion de proximité;
- > identifier les pratiques de gestion de proximité qui permettront d'améliorer l'expérience autant pour les usagers que pour les employés et leurs gestionnaires (voir Annexe 2).

4.4. Adopter des mécanismes de communication bidirectionnels et de proximité entre les milieux, les usagers, les proches, les partenaires et les employés

La transparence et la volonté d'évoluer ensemble avec les employés, les médecins et les partenaires de la communauté ressortent comme une recommandation générale sur ce thème.

Il convient d'abord d'adopter des mécanismes de communication bidirectionnels, authentiques et de proximité entre les employés et les gestionnaires afin de favoriser un environnement de travail collaboratif et efficace.

Le développement des compétences clés, notamment l'intégration des pratiques de gestion (voir annexe 2) axées sur les relations interpersonnelles au sein des équipes, est considéré non seulement comme étant nécessaire, mais prioritaire. Une culture d'écoute, une communication ouverte empreinte de respect et de soutien mutuels favorise un environnement de travail positif qui améliorera l'engagement des employés, le sentiment d'appartenance et la performance organisationnelle. Investir dans ces compétences et pratiques, c'est établir des bases solides d'une réussite collective.

« Les gestionnaires que j'ai vraiment appréciés, c'est ceux qui faisaient des statutaires hebdomadaires, des suivis, en disant aussi : 'T'es rendu où dans tes dossiers? Qu'est-ce qui se passe? Comment je peux t'aider?' Qui se mettaient vraiment en position de collaboration. »

Citation du groupe des employés

Afin de bien connaître la réalité, le fonctionnement ainsi que les attentes des milieux, il est essentiel pour le gestionnaire de se faire connaître et de créer un lien de confiance avec la communauté. La porte d'entrée pour les communications doit être un point de contact connu, visible et disponible qui répond rapidement et qui participe aux activités de la communauté. Les partenaires insistent sur le fait qu'ils doivent connaître et être en contact facilement avec la personne de référence qui peut les aider.

Il est donc nécessaire de s'assurer de mettre en place des canaux de communication fluides, assurant le transfert de l'information de façon bidirectionnelle à tous les niveaux. La structure de collaboration doit être visible et connue avec des mécanismes de communication formels qui soutiennent le partage d'information.

Résumé des actions concrètes :

- > créer, animer et maintenir des espaces d'interactions et d'échanges réguliers entre les gestionnaires, les usagers, leurs proches, les partenaires intersectoriels et les employés pour favoriser le lien de confiance;
- > mettre en place une structure de collaboration visible et connue avec des mécanismes permettant de reconnaître les savoirs expérientiels et coconstruire avec les employés, les usagers, les partenaires intersectoriels dans tout le processus (par exemple, impliquer les partenaires dans l'amélioration de certains processus de communication, sur le terrain.);
- > développer des outils technologiques de communication bidirectionnelle permettant les échanges, la rétroaction, les suivis, etc.;
- > assurer un point de contact, connu, visible et disponible qui répond rapidement (par exemple, les CLSC ont été proposés par les partenaires intersectoriels comme étant la porte d'entrée);
- > mettre davantage en valeur les réussites et les accomplissements afin de renforcer les liens de confiance avec les partenaires et la population ainsi que la mobilisation des employés et gestionnaires.

4.5. Définir et communiquer clairement la posture, les rôles et responsabilités des gestionnaires en s'assurant de préciser leur autonomie et leur pouvoir décisionnel dans la structure de gouvernance

La mise en place d'une gestion de proximité est un processus stratégique qui nécessite un engagement fort et visible de la part de la direction générale et du comité de direction. Leur leadership et leur engagement envers les principes de la gestion de proximité sont des éléments cruciaux pour réussir cette transformation.

En effet, la gestion de proximité doit dépasser le cadre d'une simple fonction ou d'une structure organisationnelle. Elle implique une approche relationnelle et humaine qui est essentielle pour établir des liens solides entre les différents niveaux d'une organisation. Dans cette perspective, la gestion de proximité est une posture qui doit s'incarner à tous les niveaux de l'organisation, et pas seulement par une fonction ou un rôle spécifique.

Si l'on souhaite assurer une vigilance et soutenir cette transformation (retour à une gestion de proximité), les attentes à l'égard des rôles et responsabilités des différentes parties prenantes doivent être définies, communiquées et intégrées dans les actions qui seront portées par tous, garantissant que chaque membre comprend ses fonctions, ses limites, et l'autonomie qui lui est accordée.

Parmi ces éléments, trois aspects prioritaires se démarquent : être un agent de relations interpersonnelles, un informateur et un bon communicateur. La littérature fait également état de plusieurs autres rôles possibles (décideur, traducteur, relayeur, générateur de performance...). En somme, les gestionnaires doivent revoir leur posture dans leur façon d'assumer leurs rôles et responsabilités. Il importe donc de clairement définir les rôles et responsabilités des gestionnaires. En outre, il est essentiel de donner aux gestionnaires un pouvoir et une autonomie décisionnels. Dans son ouvrage portant sur la gestion matricielle, Réal Jacob réfère à l'autonomie décisionnelle comme un élément essentiel pour tendre vers « des modes d'organisation et de gestion plus transversaux, collaboratifs, agiles et organiques ». En effet, « La collaboration est considérée comme un moyen de redistribuer le pouvoir décisionnel, le partage de la responsabilité et l'autonomie, ce qui, somme toute, faciliterait ainsi l'évolution de la fonction publique vers une gestion matricielle et transversale (GMT) ou une gestion agile et organique (GAO). » (Jacob et coll., 2020).

Une faible autonomie décisionnelle, autant pour les employés que les gestionnaires, constitue un risque pour la santé psychologique (CNESST). Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2018), « l'autonomie décisionnelle fait référence à la possibilité d'exercer un certain contrôle sur le travail à réaliser et la possibilité d'utiliser ou de développer ses habiletés. (...) L'autonomie décisionnelle renvoie donc à la fois à la notion de contrôle, c'est-à-dire à la liberté de pouvoir décider comment faire son travail et d'influencer la façon dont les choses se passent dans le milieu, et à la notion d'accomplissement de soi, en référence à la possibilité d'utiliser sa créativité et d'apprendre des choses nouvelles. »

Résumé des actions concrètes:

- > inclure le principe de subsidiarité dans la définition des rôles et responsabilités des différents paliers de gestion afin de favoriser l'autonomie et la responsabilisation des

équipes de travail et de les légitimer davantage à prendre des décisions dans le cadre qui aura été défini;

- > clarifier les liens hiérarchiques et fonctionnels dans la structure adoptée (gouvernance, collaboration, gestion matricielle, gestion par projet, etc.);
- > consolider les rôles et responsabilités de la cogestion médicale auprès des médecins et des équipes de gestion;
- > déployer un programme de formation pour les gestionnaires du réseau et les cogestionnaires médicaux, notamment sur les aspects du leadership, de la gestion matricielle, de la responsabilité populationnelle, des déterminants de la santé, du partenariat et de l'engagement des équipes;
- > analyser les ratios d'encadrement des gestionnaires et apporter des solutions localement.

5. LISTE COMPLÈTE DES PROPOSITIONS DE PISTES DE SOLUTIONS CONCRÈTES À METTRE EN PLACE

Recommandations	Court terme	Moyen terme	Long terme
1- Planter une structure décentralisée permettant une prise de décision au niveau approprié, basée sur le contexte et les besoins organisationnels, populationnels et individuels	> Désigner des responsables d'installation > Positionner et habiliter la cogestion médicale comme levier d'action et d'influence. > Donner des leviers et les pouvoirs nécessaires aux responsables d'installation et gestionnaires pour qu'ils soient en mesure de prendre des décisions localement. > Ajuster la reddition de compte en développant de nouveaux indicateurs et mécanismes d'évaluation pour mieux mesurer l'impact de la gestion de proximité (ex. présence au travail, satisfaction). > Révision des processus décisionnels adaptés à chacun des établissements, en fonction des rôles et responsabilités des différents acteurs selon le principe de subsidiarité (la décision doit être prise au plus bas palier de l'organisation, proche de l'utilisateur ou des partenaires).	> Répartir certains pouvoirs et responsabilités au profit des collectivités territoriales en les intégrant dans la structure décisionnelle de collaboration au niveau stratégique, tactique et opérationnel. > Assurer une cogestion médicale aux tables de concertation locales. > Reconnaître le savoir expérientiel des usagers, des patients partenaires et des partenaires de la communauté dans la prise de décision.	
	> Analyser les éléments ayant généré de la valeur ainsi que les bloquants afin d'identifier les modèles porteurs en termes de structures (par	> Mettre à contribution certains professionnels tels que les médecins et les organisateurs communautaires pour faire des liens avec les partenaires et les usagers.	

Recommandations	Court terme	Moyen terme	Long terme
population, des partenaires et des employés	exemple, matricielles) et organisations agiles. > Effectuer un diagnostic de son organisation pour comprendre le contexte et s'y adapter. > Travailler en amélioration continue et mettre en place des cycles courts de travail (sprints) qui permettent de livrer rapidement des résultats. Un besoin est exprimé, un sprint est réalisé, et ainsi, les équipes avancent par itération. > Prendre des décisions basées sur les données probantes nuancées aux réalités par les employés, les usagers et les partenaires de la communauté.	> Soutenir les milieux et les communautés dans l'utilisation des portraits de l'état de santé et de bien-être de la population produite par la santé publique pour identifier les enjeux et objectifs communs à prioriser, en plus d'alimenter la prise de décision. > Dédier des gestionnaires détenant l'autonomie décisionnelle nécessaire et s'assurer qu'ils aient une connaissance fine de leurs milieux afin de leur permettre de rallier les différents acteurs autour des besoins de la communauté. Un leadership partagé, favorisé par la cogestion médicale et par la concertation avec les partenaires de la communauté, doit aider à respecter le rythme et les dynamiques locales. > Poursuivre la mise en place de tables intersectorielles qui doivent également s'intégrer au contexte local afin d'éviter des structures en parallèle à ce qui est déjà en place dans les différents milieux en respectant le rythme et les dynamiques locales. > Établir et animer les forums populationnels.	

Recommandations	Court terme	Moyen terme	Long terme
3- Incarner une culture de gestion de proximité qui soit connue et partagée	> Adopter et déployer la définition proposée de la gestion de proximité tout en s'assurant d'une compréhension commune et d'un langage partagé par l'ensemble des gestionnaires de Santé Québec pour dissiper les ambiguïtés. > Développer un outil de mesure national du niveau de maturité organisationnelle de la gestion de proximité. > Mettre en place une gouvernance et des mécanismes incarnant cette vision à tous les niveaux (stratégique, tactique, opérationnel) afin d'intégrer l'angle de la gestion de proximité dans l'ensemble de l'établissement. > Identifier les pratiques de gestion de proximité qui permettront d'améliorer l'expérience autant des usagers que des employés, leurs gestionnaires et les partenaires et soutenir le développement des compétences des gestionnaires. > Définir et confirmer la gestion de proximité comme une valeur de l'organisation.		
4- Adopter des mécanismes de communication bidirectionnels et de proximité entre les milieux,	> Créer, animer et maintenir des espaces d'échanges et d'interactions régulières entre les gestionnaires de proximité, les usagers, leurs proches, les partenaires intersectoriels et les	> Développer des outils technologiques de communication bidirectionnelle permettant les échanges, la rétroaction, les suivis, etc.	> Mettre en place une structure de collaboration visible et connue avec des mécanismes permettant de reconnaître les savoirs expérientiels et coconstruire avec les employés, les

Recommandations	Court terme	Moyen terme	Long terme
les usagers, les proches, les partenaires et les employés	employés afin de favoriser le lien de confiance. > Mettre davantage en valeur les réussites et les accomplissements et ainsi renforcer les liens de confiance avec les partenaires, la population et la mobilisation des employés et gestionnaires. > Assurer la présence de gestionnaires de proximité ou de représentants aux tables de concertation locales. > Communiquer un organigramme clair et de s'assurer qu'il soit connu.	> Assurer un point de contact connu, visible et disponible qui répond rapidement (par exemple, les CLSC ont été proposés par les partenaires intersectoriels comme étant la porte d'entrée). > Identifier des stratégies qui minimisent l'impact des changements des intervenants et des gestionnaires impliqués auprès des partenaires. > Mettre à jour un portrait des organismes disponibles pour chacune des communautés. > Développer des outils de communication incluant la transmission de rapports sur les communautés par la santé publique, permettant de faire connaître davantage les déterminants de la santé et les enjeux prioritaires pour chacun des territoires. > Déployer des programmes d'immersion entre les partenaires et avec les gestionnaires de proximité permettant de mieux se connaître et ainsi créer des liens.	usagers, les partenaires intersectoriels dans tout le processus (par exemple, impliquer les partenaires dans l'amélioration de certains processus de communication, sur le terrain.)
5- Définir et communiquer clairement la posture, les rôles et responsabilités des gestionnaires en s'assurant de préciser leur autonomie et leur pouvoir décisionnel	> Inclure le principe de subsidiarité dans la définition des rôles et responsabilités des différents paliers de gestion afin de favoriser l'autonomie et la responsabilisation des équipes de travail et de les	> Consolider les rôles et responsabilités de la cogestion médicale auprès des médecins et des équipes de gestion. > Déployer un programme de formation pour les gestionnaires du réseau et les cogestionnaires	

Recommandations	Court terme	Moyen terme	Long terme
dans la structure de gouvernance	légitimer davantage à prendre des décisions. > Clarifier les liens hiérarchiques et fonctionnels dans la structure adoptée (gouvernance, collaboration, gestion matricielle, gestion par projet, etc.). > Communiquer auprès de la population et les usagers/proches le rôle du responsable d'installation	médicaux, notamment sur les aspects du leadership, de la gestion matricielle, de la responsabilité populationnelle, des déterminants de la santé, du partenariat et de l'engagement des équipes. > Inclure un volet "gestion de proximité" dans l'Appréciation de contribution des cadres. > Analyser les ratios d'encadrement des gestionnaires et apporter des solutions localement.	

6. CONCLUSION

Le comité du Chantier conclut que la gestion de proximité est beaucoup plus qu'une fonction ou qu'une série de tâches à accomplir; elle doit être perçue comme une posture essentielle à adopter par les gestionnaires et les équipes.

Cette *approche de gestion de proximité*, premier axe du mandat, exige un engagement actif et une véritable volonté de favoriser la participation, ce qui permet de tisser des liens significatifs et durables avec les équipes, les usagers et leurs proches ainsi qu'avec les partenaires et la communauté. En impliquant toutes les parties prenantes dans les décisions qui les concernent, nous pouvons mieux répondre à leurs besoins et ainsi améliorer leur santé.

En ce sens, l'approche de gestion de proximité repose sur un ensemble de principes directeurs qui visent à renforcer la relation entre les usagers, les proches, les partenaires et les employés ainsi qu'à améliorer la qualité des soins offerts qui sont :

- > une présence relationnelle, qu'elle soit à proximité physique ou non
- > un dialogue ouvert et continu
- > une collaboration interdisciplinaire et intersectorielle
- > la reconnaissance de l'autre
- > une participation aux prises de décisions de tous les acteurs
- > un engagement partagé

Adopter une posture de gestion de proximité, et faire vivre les principes directeurs qui en découlent nécessiteront notamment le déploiement d'un cadre de référence national de gestion de proximité. Ce cadre doit se concentrer sur le renforcement de compétences clés tel qu'engager les autres, développer des coalitions et transformer les systèmes.

La fonction de gestion de proximité ou de gestionnaire de site

La gestion de proximité doit s'illustrer par une meilleure présence sur le terrain, une connaissance approfondie et une sensibilité aux particularités locales du territoire, le développement de liens significatifs et une implication active avec les employés, les usagers et leurs proches, les partenaires de l'établissement ainsi qu'avec la population.

L'un des premiers piliers de ce volet constitue naturellement l'intégration des responsables d'installation. En effet, un environnement sécuritaire et accueillant soutenu par un responsable qui veille à la bonne marche des activités, à la détection de situations anormales et assume un rôle d'agent de liaison, en facilitant la circulation de l'information, favorisera un fonctionnement optimal et global au sein de l'installation. Cette fonction aura une incidence positive sur les équipes, les usagers et leurs proches, ainsi que sur les partenaires et la communauté pourvu que son rôle soit connu, défini et diffusé.

Plusieurs initiatives ont eu cours au sein des organisations depuis quelques années pour renforcer la gestion de proximité et améliorer les relations avec les partenaires intersectoriels en s'appuyant sur la responsabilité populationnelle. Une enveloppe budgétaire a d'ailleurs été octroyée en avril 2022 pour la gestion de proximité avec des conditions d'admissibilité. Les postes qui visaient l'amélioration de la fluidité des soins et santé étaient également considérés.

À la lumière des recommandations présentées dans ce rapport, nous constatons que la gestion de proximité interne et la gestion de proximité territoriale sont souvent abordées de manière séparée et isolée. Cette fragmentation limite la collaboration intersectorielle dans l’ajustement et l’adaptabilité des services pour répondre aux besoins de la population.

La structure organisationnelle comme véhicule à la proximité

Les recommandations soulignent l'importance de concevoir un modèle de structure et de mécanisme bidirectionnel qui allie déconcentration (pour garantir la cohérence avec les alignements stratégiques, tout en déléguant certaines responsabilités aux niveaux locaux) et décentralisation (pour renforcer la proximité avec les employés et favoriser la collaboration avec les partenaires). Ce modèle vise à établir des liens solides entre les équipes internes et les acteurs externes, créant ainsi un environnement propice à l’engagement et à l’implication.

Pour ce faire, il est impératif de se doter de mécanismes de proximité ainsi que de balises décisionnelles qui orientent le processus décisionnel à tous les niveaux. Cela garantira que les décisions prises au niveau local s'alignent sur les objectifs stratégiques de l'organisation.

Pour que le cadre de développement des compétences en gestion soit efficace dans un environnement décentralisé, il est important d'inclure l'acquisition de compétences spécifiques telle que la gestion matricielle qui permettra aux gestionnaires de naviguer avec une certaine autonomie et clarté dans ce type de contexte.

L’offre de service proximité

Selon le cadre de référence *Améliorer l’accès, la qualité et la continuité des services de proximité*, une offre des services sera considérée de proximité si elle est « intégrée, territorialisée, visible et coordonnée, en travaillant de concert avec les différents partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels, en vue d’agir sur les déterminants de la santé dans un objectif d’amélioration de l’expérience de l’usager par sa participation, par celle des membres de son entourage et par celle de la communauté. »

Le gestionnaire est essentiel pour agir localement et adapter les services aux besoins des citoyens et des usagers. Son rôle, en tant que moteur d’adaptation et levier de création de valeur, est déterminant pour améliorer la qualité des services, renforcer l’engagement communautaire et optimiser l’utilisation des ressources.

L’un des éléments importants à retenir est que pour les usagers et les partenaires, la personne identifiée comme le « gestionnaire de proximité » est une personne significative (ex. : commissaire aux plaintes, infirmière pivot), mais n’est pas forcément le responsable officiel identifié dans l’organigramme.

En sens, le citoyen ou l’usager cherchera à établir une relation avec une personne de l’établissement et ce point de contact est crucial pour établir une connexion significative et renforcer le sentiment de proximité auprès du citoyen et des usagers. En veillant à ce que ce point de contact soit accessible et personnalisé, il y aura création de relations de confiance durables avec les usagers, l’engagement avec les partenaires sera amélioré et, en fin de compte, des services plus adaptés et efficaces.

Gouvernance collaborative

Le dernier axe du mandat constitue la gouvernance collaborative.

La définition proposée de la gestion de proximité par le chantier met de l'avant l'importance d'une approche participative avec les partenaires et la communauté impliqués dans la prise de décision les concernant. En ce sens, la gestion de proximité est une approche qui ne doit pas se limiter à la simple consultation, mais implique une véritable coopération entre les partenaires et la communauté; ce qui aura des répercussions significatives sur la qualité des services et le développement de la communauté.

Pour ce faire, il sera important de déployer ou d'utiliser des mécanismes de coordination formels, du stratégique à l'opérationnel, pour assurer une collaboration avec la communauté. Ces mécanismes permettront de structurer les interactions, d'assurer une communication claire et transparente et de garantir que les initiatives répondent aux besoins des usagers.

Le gestionnaire de proximité sera souvent le mieux placé pour comprendre les réalités locales et, dans ce contexte, il doit être habilité à prendre des décisions éclairées et à mobiliser les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Cette approche participative et intersectorielle renforcera la capacité d'innovation et d'adaptation à des contextes changeants.

Résumé des recommandations et forces, faiblesses, opportunités et menaces

À partir de l'analyse rigoureuse des cinq axes, le comité du chantier propose les cinq recommandations suivantes :

- > Implanter une structure décentralisée permettant une prise de décision au niveau approprié, basée sur le contexte et les besoins organisationnels, populationnels et individuels
- > Mettre en place les conditions permettant aux établissements d'être agiles et de s'adapter au contexte et aux besoins évolutifs de la population, des partenaires et des employés
- > Incarner une culture de gestion de proximité qui soit connue et partagée
- > Adopter une structure de communication bidirectionnelle et de proximité entre les milieux, les usagers, les proches, les partenaires et les employés
- > Définir et communiquer clairement la posture, les rôles et responsabilités des gestionnaires en s'assurant de préciser leur autonomie et leur pouvoir décisionnel dans la structure de gouvernance

Au moment de finaliser leurs travaux, les membres du Chantier se sont posé la question suivante : quelles sont les forces, faiblesses, opportunités et menaces associées au déploiement des recommandations soumises par le Chantier 4 en lien avec la gestion de proximité? Le tableau suivant présente le fruit de leurs réflexions.

Tableau 2 - Forces, faiblesses, opportunités et menaces

	INTERNE	EXTERNE
POSITIF	FORCES • Diffusion du Cadre de référence <i>Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité</i> • Leçons apprises à la suite de la création des CISSS et CIUSSS • Certains établissements très avancés dans l'implantation de l'approche de gestion de proximité qui peuvent faire la démonstration de la valeur ajoutée • Concept de responsabilité populationnelle qui favorise la concertation avec les partenaires d'un territoire • Grande démarche de consultation (composition des membres et vaste consultation sur le terrain) du Chantier 4 afin d'arriver à un consensus • Arrimage avec les autres Chantiers concomitants (cohérence et convergence) • La résilience et le dévouement des acteurs du réseau (équipes cliniques, gestionnaires, dirigeants) pour entamer et réussir cette transformation	OPPORTUNITÉS • Gestion de proximité au cœur de la LGSSSS • Mobilisation de nombreux acteurs du réseau dans les réflexions entourant les différents Chantiers • Importance de la culture de la mesure : déployer un outil diagnostique sur la gestion de proximité • Déploiement de l'approche de proximité (en lien avec le cadre de référence) • Élaboration d'un plan de compétences national en lien avec la gestion de proximité • Compréhension commune (définition) de la gestion de proximité • Valorisation du rôle de responsable d'installation • Une confiance renouvelée de la population et les partenaires envers le réseau de la santé et des services sociaux • Une humanisation du réseau désormais centré sur l'utilisateur, ses proches et les employés
	FAIBLESSES • Structures de gouvernance et processus décisionnels complexes • Mécanismes de communication actuels avec les partenaires sont parfois inefficaces • Utilisation de la notion de proximité pour différentes dimensions de la gestion générant de la confusion (approche, responsable d'installation, fluidité) • Manque d'agilité des organisations • Conditions d'exercice et la charge de travail rendent la gestion de proximité complexe • Incertitudes et mécontentement en lien avec la mise en place de Santé Québec (gestion du changement) • Hétérogénéités dans les plans d'organisation entre les établissements, régions, territoires, installations...	MENACES • Échéancier serré pour implanter les changements associés à la loi • Attentes, incertitudes et présence de craintes (population, partenaires, élus, fédérations, associations, personnel...) • Les changements de structures impliquent de l'instabilité : ne rien échapper • Gestion des paradoxes (concilier augmenter l'accès au service et l'expérience-usager, augmenter la productivité tout en améliorant l'expérience employé, décentralisation vs centralisation) • Ajout des responsabilités des responsables d'installation sans rehaussement salarial

7. RÉFÉRENCES

CIUSSS de l'Estrie-CHUS (2024). *Présentation de la synthèse des entrevues de balisage*, 7 p.

Chênevert, D., Benomar, N., Fortin, A.-H., & Leclerc, S.-K. (2020). Revue de littérature : Rôles et compétences des gestionnaires et employés dans les nouveaux modes d'organisation. *Pôle santé HEC Montréal*. https://polesante.hec.ca/wp-content/uploads/2021/06/Revue-de-documentation-Gestion-de-Proximite_27-03-2021.pdf

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (2023). *Facteurs de risques psychosociaux liés au travail. Faible autonomie décisionnelle*. https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/DC200-7061_FicheFaibleAutonomieDecisionnelle_0.pdf

Gandé, D. J. (2023). La gouvernance collaborative dans la fonction publique québécoise : Quelle analyse des déficits d'imputabilité relevés de 1988 à 2022 ? *Revue Gouvernance*, 20(2), 76. <https://doi.org/10.7202/1111228ar>

Institut national de santé publique du Québec (2018). Fiche 2-E – Indicateur autonomie décisionnelle, *Recueil de fiches portant sur les indicateurs de la Grille d'identification de risques psychosociaux du travail*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2371_fiches_indicateurs_identification_risques_psychosociaux_travail.pdf

Jacob, R., Michel, G., Chênevert, D., & Benomar, N. (2020). *La gestion en mode matriciel et transversal et la gestion agile et organique dans les organisations : Apprentissages pour la fonction publique québécoise*. Pôle santé HEC Montréal. https://polesante.hec.ca/wp-content/uploads/2021/06/Revue-de-documentation-GMTGAO_2021.pdf

Lebel, P. et Dufour, R. (2020). L'expérience citoyenne au service de la prévention. Cadre de référence et outils de mise en œuvre pour une participation efficace de la population. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/CCSMTL/9782550882732.pdf>

Lee, S., & Ospina, S. M. (2022). A Framework for Assessing Accountability in Collaborative Governance: A Process-Based Approach. *Perspectives on Public Management and Governance*, 5(1), 63-75. <https://doi.org/10.1093/ppmgov/gvab031>

Madsen, S. B., & Burau, V. (2018). Relational coordination in inter-organizational settings. How does lack of proximity affect coordination between hospital-based and community-based healthcare providers? *International Journal of Integrated Care*, 18(s2), 205. <https://doi.org/10.5334/ijic.s2205>

Menard, C., & Carpentier, P. (2024). Gestion matricielle et collaboration : Un état d'esprit à développer. *Revue Gestion HEC Montréal*. <https://www.revuegestion.ca/gestion-matricielle-et-collaboration-un-etat-desprit-a-developper>

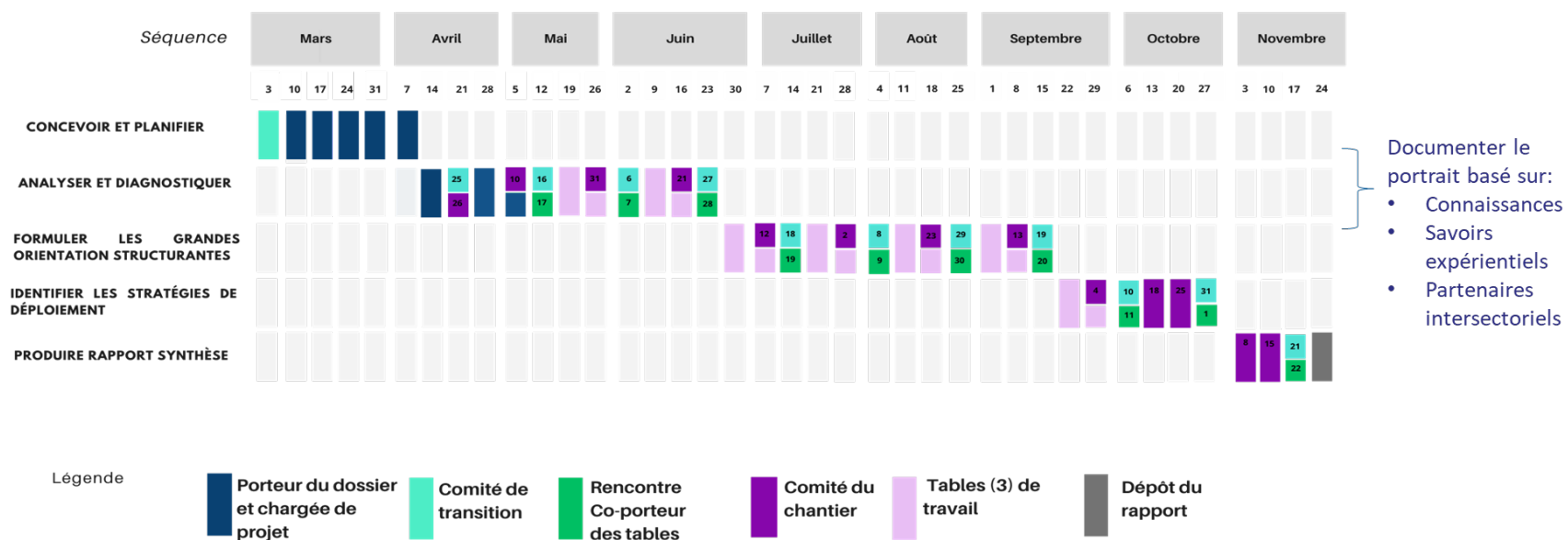
Ministère de la Santé et des Services sociaux (2023). Cadre de référence Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>

Piney, C. (2015). *Transformation de l'activité d'encadrement de proximité : Que fait le pilotage par la performance à la « "proximité" » des cadres? : Le cas d'une grande administration publique* [Gestion et management, Conservatoire national des arts et métiers]. <https://theses.hal.science/tel-01333024>

Tremblay, D., Touati, N., Usher, S. E., & Cournoyer, J. (2022). Dimensions of Proximity : An Actionable Framework to Better Understand Integrated Practices in Cancer Networks. *International Journal of Integrated Care*, 22(3), 9. <https://doi.org/10.5334/ijic.6434>

Verdier, C., Mériade, L., & Talbot, D. (2022). Les effets des proximités sur la relation entre le degré de décentralisation et la performance : L'exemple d'une université française: *Gestion et management public*, Volume 10 / N° 1(1), 11-31. <https://doi.org/10.3917/gmp.101.0011>

ANNEXE 1 – PLAN DE TRAVAIL



ANNEXE 2 – PRATIQUES DE GESTION

Définition de la gestion de proximité

« La gestion de proximité est une approche participative qui crée des liens significatifs et durables où les équipes, les usagers et leurs proches, les partenaires et la communauté sont impliqués dans les décisions qui les concernent afin de répondre à leurs besoins, améliorer leur santé et leur bien-être ».

Définition proposée par le comité du Chantier 4

Définition de la posture de gestion de proximité

La posture de gestion de proximité consiste en la démonstration de pratiques de gestion et de comportements au quotidien visant à créer des liens significatifs durables avec les personnes, dans une approche relationnelle, bienveillante et collaborative, en tenant compte à la fois des besoins, de l'expérience vécue et de la réalité des acteurs, afin de les mobiliser dans la réalisation de la mission de l'organisation, tout en favorisant leur bien-être et un climat de confiance. La création de liens significatifs passe par une relation personnalisée avec les personnes (employés, supérieurs immédiats, usagers, partenaires, membres de la communauté) résultant en un sentiment de confiance.

La posture de gestion de proximité concerne tous les gestionnaires de la lignée hiérarchique en passant par les cadres intermédiaires, les cadres supérieurs, les hors-cadres et le président-directeur général. Les pratiques de gestion et les comportements peuvent être modulés en fonction du niveau hiérarchique, du client (usager ou client interne) et des partenaires.

Pratiques de gestion de proximité et comportements

1. *Créer des liens significatifs personnalisés*

- > S'intéresser à la personne et apprendre à la connaître en prenant du temps de qualité par des conversations sur sa vie, ses temps libres, ses intérêts et ses passions.
- > Adopter une posture d'écoute et d'ouverture à l'autre dans la conversation.
- > Être présent sur le terrain en prenant contact avec les personnes et en échangeant (tournée matinale ou spontanée, pause-café, diner, etc.).
- > Manifester de la reconnaissance spécifique à quelqu'un en lien avec ce qu'il est comme personne, ses forces/talents, sa contribution, ses réalisations ou ses efforts.
- > Reconnaître ses limites, ses erreurs et ses vulnérabilités à l'autre, demander du soutien ou de l'aide à l'autre.

2. *Miser sur la relation pour soutenir et guider dans des moments à risque de dégénérer en crise, critiques ou difficiles*

- > Privilégier les contacts relationnels lors de situations à risque et miser sur la création de liens relationnels en prévention de ces situations (échanger avec la personne par

téléphone, prévoir une rencontre en présence, etc.) et transgresser les pratiques habituelles ou la hiérarchie, au besoin (un directeur qui appelle un employé, contact téléphonique avant qu'il reçoive une lettre dont le contenu pourrait l'ébranler, etc.).

- > Se rendre disponible rapidement, être présent, faire preuve d'une écoute attentive et d'empathie dans des moments professionnels ou personnels significatifs pour l'autre (échec, changement difficile, départ, invalidité, incident majeur, événement traumatique, décès, etc.), soutenir la personne et l'orienter, au besoin.
- > Soutenir la personne en faisant des interventions en amont auprès de personnes clés pour dénouer des tensions ou bloquants et ainsi créer une voie facilitante à la résolution de la problématique.

3. Lire la situation et l'environnement à travers l'expérience des personnes et leur réalité

- > Aller à la rencontre des personnes au quotidien et s'intéresser à leurs tâches, leurs défis, leurs préoccupations, leurs besoins ainsi que leur expérience comme employé ou gestionnaire.
- > Aller à la rencontre des clients internes, des usagers, des partenaires et des membres de la communauté afin d'échanger sur leur réalité et comprendre leurs besoins et leur expérience vécue.
- > Prendre le temps de préparer le terrain lors d'un changement ou d'une annonce importante en assurant une présence de qualité régulière, en échangeant avec les personnes sur leurs préoccupations actuelles, les défis/opportunités, tout en leur faisant un suivi régulier sur l'état d'avancement, les bons coups/réalisation et les défis.
- > Adapter ses communications en tenant compte des besoins des personnes, leur vécu et leur réalité.
- > Faire des statutaires et profiter de ce contact privilégié pour socialiser en introduction et s'intéresser à l'autre (son vécu, ses sentiments, ses craintes, etc.) pour offrir un soutien adapté.
- > Faire des rencontres d'équipe et prévoir des points à l'ordre du jour afin de capter l'état des troupes et les préoccupations, ainsi que favoriser le partage des réalités propres des milieux pour la contribution à l'œuvre commune (projet, changement, mandat, dossier, etc.).

4. Collaborer et impliquer les personnes dans une œuvre commune qui tient compte des besoins et des réalités

- > Agir comme modèle et favoriser la création d'un climat de confiance lors des rencontres d'équipe où chacun se sent à l'aise d'exprimer son avis dans le respect et sans jugement.
- > Impliquer les personnes et prendre en considération leurs avis et suggestions dans leur contribution à l'œuvre commune (projet, changement, mandat, dossier, etc.).
- > Collaborer et travailler en partenariat avec autrui avec ouverture dans un souci de réciprocité et en soutien mutuel.

- > Communiquer, témoigner et faire connaître la réalité terrain dans sa gestion de proximité en soulevant les préoccupations, les bons coups et les enjeux à sa lignée hiérarchique et autres collaborateurs.
- > Démontrer de l'ouverture, de la flexibilité et de l'agilité face aux autres réalités terrain (secteur, direction, partenaire, etc.) et en saisir les leviers afin de co-construire vers un objectif commun.
- > Accepter de se remettre en question et de faire preuve d'ouverture à de nouvelles réalités, opportunités ou orientations, qui peuvent nous confronter dans nos limites et nos vulnérabilités comme gestionnaire.

5. *Miser sur la relation, les besoins et l'expérience vécue des personnes pour mobiliser et fidéliser*

- > S'investir personnellement dans l'accueil d'un nouvel employé en le contactant préalablement, en étant présent, accessible, en veillant à son intégration bienveillante au sein de l'équipe, l'intégrant aux membres de l'équipe et à ses fonctions, en échangeant sur son expérience d'intégration, dans une perspective de fidélisation.
- > Miser sur l'autonomie professionnelle et/ou décisionnelle, ainsi que de la responsabilisation de la personne, en faisant le suivi des dossiers dans une approche collaborative et en offrant du soutien spécifique et adapté à la personne (état d'avancement des dossiers, quels sont les enjeux, « comment je peux t'aider et dénouer des impasses pour te permettre d'avancer? »).
- > Réaliser les appréciations de la contribution annuellement, en donnant un feed-back personnalisé, authentique et constructif, en reconnaissant et en échangeant sur les forces, les talents, les intérêts et les aspirations de la personne.
- > Offrir des opportunités de développement et d'expérimentation spécifiquement liées aux forces, au potentiel et aux aspirations de la personne.