HEC MONTRÉAL
École affiliée à l'Université de Montréal

Le microcontexte politique et l'amélioration des processus : La routine chirurgicale d'un bloc opératoire

par
Geneviève Desbiens

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Ph. D. en administration
(option Management)

Novembre 2016

© Geneviève Desbiens, 2016

HEC MONTRÉAL

École affiliée à l'Université de Montréal

Cette thèse intitulée :

Le microcontexte politique et l'amélioration des processus :
La routine chirurgicale d'un bloc opératoire

Présentée par :

Geneviève Desbiens

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Réal Jacob
HEC Montréal
Président-rapporteur

Ann Langley
HEC Montréal
Directrice de recherche

Sylvain Landry
HEC Montréal
Membre du jury

Nassera Touati
École Nationale d'Administration Publique
Examinatrice externe

Résumé

L'amélioration des processus dans les établissements de santé est un défi. Au cœur de ce défi se trouve la résistance des cliniciens, plus particulièrement des médecins. Pourtant, leur participation au changement ne peut être ignorée. En effet, l'établissement de santé présente des particularités dont une structure clinique, un leadership collectif et une gestion complexe des opérations qui donnent aux cliniciens la possibilité d'impliquer leur expertise dans les décisions organisationnelles, même s'ils ne possèdent pas de rôle dans la structure hiérarchique.

Devant cette difficulté de comprendre l'amélioration des processus au sein des établissements de santé, qui semble reliée aux enjeux stratégiques des acteurs, nous proposons la combinaison de deux cadres théoriques, soit celui de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) et celui de l'analyse des routines organisationnelles de Feldman et Pentland (2003) afin de situer le lien entre le pouvoir et l'acteur dans la pratique. Nous avons donc entrepris d'explorer la dimension informelle existante au sein des établissements de santé. Notre question de recherche visait la compréhension du microcontexte politique et son impact sur l'amélioration des processus. Nous avons effectué des observations filmées, des modélisations graphiques, des entrevues et une analyse hypothéticodéductive via des sociogrammes reflétant les interactions entre les acteurs. Cette thèse présente notre étude qualitative d'un cas avant et après l'implantation d'un projet d'amélioration des processus «Lean ». Dans le cadre de ce projet, nous avons ciblé la routine chirurgicale au sein du bloc opératoire.

Notre recherche permet d'élaborer un cadre conceptuel qui raffine notre compréhension des expériences d'amélioration des processus. En effet, les règles, les références de pratique et les perceptions multiples, de même que les perturbations, les brèches et les difficultés de communiquer réduisent la capacité de la structure formelle de l'établissement de santé de définir le cadre de l'action en créant un flou, une zone d'incertitude sur le «quoi faire» et le «qui a fait quoi». De plus, la documentation limitée de la routine chirurgicale réduit les possibilités de juger des conduites, ce qui augmente d'autant plus la marge de manœuvre dont certains groupes d'acteurs peuvent alors disposer pour mieux se positionner. En effet, les acteurs n'agissent pas qu'en fonction des limites que l'organisation leur impose ou en fonction de leurs idéaux; ils agissent aussi stratégiquement en évaluant les actions qui leur donnent plus de pouvoir dans le système d'actions qui se met en place informellement dans cette zone de flou. Il se crée donc d'abord une dynamique externe en lien avec les relations des professionnels avec les gestionnaires, où il se négocie une certaine flexibilité dans l'autonomie en échange de ressources. Celle-ci est toutefois tributaire d'une autre dynamique : la dynamique interne qui se

joue en salle. Celle-ci permet aux professionnels de négocier les limites de leur profession, leur légitimité, la reconnaissance de leur statut et leur rôle de décideur en échange d'informations et de connaissances. C'est cette dynamique qui leur donne le pouvoir de négocier avec les gestionnaires. Lorsqu'une démarche de transformation est proposée dans l'organisation, les changements implantés qui semblent persister sont ceux qui contribuent à renforcer le microcontexte en place ou les idéaux des acteurs, si l'impact est mineur sur leur positionnement politique.

D'une part, ces résultats contribuent à la littérature en gestion des opérations et en management, en documentant la dimension informelle du changement dans une organisation complexe. D'autre part, notre méthodologie de recherche montre également le potentiel existant pour l'exploration des dimensions plus subjectives des expériences de changement.

Mots clés : Microcontexte politique, acteur stratégique, routines organisationnelles, pouvoir, enjeux, changement, amélioration des processus, professionnels, établissement de santé.

Méthodes de recherche : Recherche qualitative par étude de cas

Abstract

Process improvement in healthcare is a challenge. At the heart of this challenge is the resistance of clinicians, particularly physicians. Yet their participation in the change can not be ignored. Indeed, healthcare organizations have special features including clinical structure, collective leadership and complex operations management that give clinicians the ability to involve their expertise in organizational decisions, even if they have no role in the hierarchical structure.

Faced with this difficulty of understanding process improvement within healthcare that appears to be related to the strategic issues of the actors, we offer the combination of two theoretical frameworks. We combined strategic analysis of Crozier and Friedberg (1977) with the analysis of organizational routines of Feldman and Pentland (2003) to clarify the link between power and the actor in practice. We therefore undertook to explore the existing informal dimension of healthcare organization. Our research question was the understanding of the political microcontext and its impact on process improvement. We realised videotaped observations, graphical modeling, interviews and analysis via hypoteticodeductive sociograms reflecting the interactions between actors. This thesis presents our qualitative study of a case before and after the implementation of a « Lean » process improvement project. As part of this project, we targeted the surgical routine in the operating room.

Our research develops a conceptual framework that refines our understanding of process improvement experiments. Indeed, rules, multiple references and perceptions, as well as disruptions, breaches and communication issues reduce the capacity of the formal structure of the healthcare organization to define a framework for action in creating a blur, a zone of uncertainty about "what to do" and "who did what." Moreover, the limited documentation of the surgical routine reduces the possibilities of judging actions, increasing actor’s flexibility for better political positioning. Actors do not necesseraly act according to organization rules or in a way to reach their ideals, they also act strategically taking into account actions that will gives them more power in the system of action that set up informally in this gray area. This lead to an external dynamic were professionals interacts with managers, trading their autonomy in exchange for resources. This is however dependent on another dynamic: the internal dynamics that is played in each room. This allows professionals to negotiate the limits of their profession, their legitimacy, the recognition of their status and a role as a decision maker in exchange of information and knowledge. It is this dynamic which gives them the power to negotiate with managers. When process

improvement is going on in the organization, implemented changes that seem to persist are those that strengthen the political microcontext or reinforce ideals of professional while having a minor impact on their political position.

On one hand, these results contribute to the operations management and management literature by documenting the informal dimension of change in a complex organization. Furthermore, our research methodology also shows the existing potential for exploring the more subjective dimensions of change experiments.

Keywords : Microcopolitics, strategic actor, organizational routines, power, change, process improvement, professional, healthcare.

Research methods : Qualitative research case study

Table des matières

Résumé iii

Abstract v

Liste des tableaux et des figures xii

Liste des tableaux xii

Liste des figures xiv

Remerciements xviii

INTRODUCTION 1

PARTIE 1 : COMPRÉHENSION ACTUELLE DE L'AMÉLIORATION DES PROCESSUS AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ 8

CHAPITRE 1 : LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DANS LA LITTÉRATURE : DESCRIPTION ET SPÉCIFICITÉS 8

1.1 Introduction 8

1.2 L'établissement de santé comme bureaucratie multiprofessionnelle 8

1.3 L'établissement de santé comme structure clinique 14

1.4 L'établissement de santé comme prestataire de services critiques 19

1.5 Conclusion 22

CHAPITRE 2 : LES INITIATIVES D'AMÉLIORATION DES PROCESSUS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ 23

2.1 La mise en œuvre de la TQM dans le secteur de la santé 23

2.2 La mise en œuvre de l'approche Lean dans le secteur de la santé 28

2.3 La réingénierie des processus dans le secteur de la santé 32

2.4 Similarités et différences entre les approches d'amélioration des processus. 35

2.5 Conclusion 44

CHAPITRE 3 : CADRE THÉORIQUE : ROUTINES DE TRAVAIL ET STRATÉGIES DE POUVOIR 45

3.1 La dynamique des routines organisationnelles 45

3.2 Les routines : origines et constats émanant de leur analyse 46

3.3 Les routines dans les établissements de santé 51

3.4 Les zones d'incertitudes et les jeux de pouvoir : l'analyse stratégique de Crozier 53

3.5 L'analyse stratégique de la dynamique des routines : démonstration de sa pertinence par des exemples développés à partir de la littérature 60

3.5.1 Le Leicester Royal Infirmary (LRI) 61
3.5.2 Le cas du programme d'amélioration de la qualité de vie des résidents et de la sécurité des patients 64
3.5.3 Ghent University Hospital (GVH) 65
3.5.4 La réforme des services psychiatriques du Pavillon Albert-Prévost 66
3.5.5 Le cas du matériel à usage unique en anesthésie 67
3.6 La notion de microcontexte politique: un cadre théorique préliminaire basé sur la revue de littérature 72
3.7 Les composantes du cadre conceptuel 77
3.8 Questions de recherche 79
PARTIE 2 : LE PROCÉDÉ DE RECHERCHE 81
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE ET DESIGN DE RECHERCHE 81
4.1 Positionnement de la recherche 81
4.2 Choix de la méthodologie: arguments théoriques 81
4.3 Stratégie de recherche et échantillonnage 87
4.4 Sources et collecte de données 90
4.5 Analyse des données 97
4.6 Validité et fiabilité de la recherche 101
4.7 Enjeux éthiques de la recherche et biais potentiels 103
PARTIE 3 : L'ANALYSE STRATÉGIQUE D'UN BLOC OPÉRATOIRE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ 106
CHAPITRE 5 : LA CONTEXTUALISATION ORGANISATIONNELLE ET PROFESSIONNELLE DE LA PRODUCTION DES SOINS AU BLOC OPÉRATOIRE 108
5.1 Les acteurs 109
5.1.1 Les chirurgiens 109
5.1.2 Les anesthésistes 112
5.1.3 Les infirmières 113
5.1.4 Les inhalothérapeutes 115
5.1.5 Les préposés aux bénéficiaires 116
5.1.6 Les gestionnaires (cadres supérieurs ou intermédiaires) 118
5.1.7 Chef du bloc opératoire 118
5.1.8 Les assistants-chefs 119
5.1.9 Le coordonnateur médical 120
5.2 La prestation : un cas au bloc opératoire 121
5.2.1 Le bloc opératoire 121

5.2.2 Le déroulement typique d'une chirurgie au bloc opératoire 122
5.3 Conclusion 130
CHAPITRE 6 : L'ÉTUDE DES ROUTINES : LA DIMENSION OSTENSIVE 131
6.1 La perception des groupes d'acteurs sur la routine 131
6.1.1 Les chirurgiens 131
6.1.2 Les anesthésistes 132
6.1.3 Les infirmières 134
6.1.4 Les inhalothérapeutes 135
6.1.5 Les préposés 136
6.1.6 Les gestionnaires 137
6.2 Constats émanant de l'analyse des perceptions 138
6.3 Les références de pratiques, les règles et les sanctions 139
6.4 La documentation (artéfact) 143
6.5 Conclusion 144
CHAPITRE 7 : L'ÉTUDE DES ROUTINES : LA DIMENSION PERFORMATIVE 148
7.1 L'impact des perturbations sur la performance de la routine 149
7.2 Un cas simple de cholécystectomie 149
7.3 Conclusion 164
CHAPITRE 8: L'ANALYSE STRATÉGIQUE ET SYSTÉMIQUE DU BLOC OPÉRATOIRE POUR COMPRENDRE LE MICROCONTEXTE POLITIQUE 167
8.1 L'identification des problématiques récurrentes propres au contexte et la construction des sociogrammes d'interaction 168
8.2 Les problématiques d'interactions managériales (externes) 168
8.3 Le sociogramme d'interactions managériales: la constitution de la dynamique externe 173
8.3.1 Liens infirmières-gestionnaires 174
8.3.2 Liens anesthésistes-gestionnaires 175
8.3.3 Liens chirurgiens-gestionnaires 177
8.3.4 Lien chirurgiens-anesthésistes 180
8.3.5 Le sociogramme d'interactions managériales caractérisant la dynamique externe 182
8.4 Dynamique externe: Analyse et conclusion 183
8.5 Les problématiques d'interactions professionnelles (internes) 190
8.6 Sociogramme d'interactions professionnelles : la constitution de la dynamique interne 203
8.6.1 Liens préposés-infirmières 203

8.6.2 Liens infirmières-chirurgiens 205
8.6.3 Liens anesthésistes-chirurgiens 208
8.6.4 Liens inhalothérapeutes-anesthésistes 210
8.6.5 Le sociogramme d'interactions professionnelles caractérisant la dynamique interne 212
8.7 Dynamique interne : Conclusion 212
8.8 L'identification des règles de jeu 218
8.9 Conclusion: Le fonctionnement micropolitique du bloc opératoire 221
CHAPITRE 9 : LE PROJET LEAN ET SON IMPACT SUR LA RÉORGANISATION DES ROUTINES ET DU MICROCONTEXTE POLITIQUE 225
9.1 Le projet Lean: résumé de l'expérience 225
9.2 Perspective des acteurs sur le projet 234
9.2.1 Perceptions du projet d'amélioration par les gestionnaires 234
9.2.2 Perceptions du projet d'amélioration par les chirurgiens 235
9.2.3 Perceptions du projet d'amélioration par les inhalothérapeutes 237
9.2.4 Perceptions du projet d'amélioration par les anesthésistes 238
9.2.5 Perceptions du projet d'amélioration par les préposés 238
9.2.6 Perceptions du projet d'amélioration par les infirmières 239
9.2.7 Représentation ostensive post-changement 240
9.3 Persistance des changements en lien avec notre analyse du microcontexte politique 243
9.4 Changements implantés et maintenus 243
9.4.1 L'accompagnement du patient 243
9.4.2 L'identification du patient en salle 244
9.4.3 Balancement des tâches reliées à l'intégration des préposés 246
9.4.4 Organisation et gestion du matériel en salle 249
9.5 Changements implantés et peu intégrés 250
9.5.1 Arrivée à l'heure des chirurgiens le matin et en salle 250
9.5.2 Réunion d'équipe/Planification journalière 253
9.5.3 Vérification des tests par inhalo 254
9.5.4 Balancement des tâches-transport et installation des patients 255
9.6 Impact du microcontexte politique sur le changement de la routine 258
9.7 Impact des changements sur le microcontexte politique 266
9.8 Conclusion 267

CHAPITRE 10 : CONCLUSION : IMPLICATIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES 269
10.1 Synthèse générale de la recherche 269
10.2 Contributions de la thèse 274
10.2.1 Compréhension des limites de l'amélioration des processus et de la gestion des opérations 274
10.2.2 Théorie sur les routines 275
10.2.3 Dynamique micropolitique dans les établissements de santé 278
10.2.4 Changement organisationnel 278
10.2.5 Méthodologie 279
10.3 Limites de la thèse 279
10.4 Implications pratiques 280
10.5 Recherche future 283
BIBLIOGRAPHIE 285

Liste des tableaux et des figures

Liste des tableaux

Tableau 1

Processus et routines : concepts-clés 5

Tableau 2

Échanges professionnels au sein de la bureaucratie multiprofessionnelle 14

Tableau 3

Les grands enjeux de l'application de la TQM dans le secteur hospitalier 26

Tableau 4

Caractéristiques de l'approche Lean relevées dans la littérature 31

Tableau 5

Similarités relevées entre la TQM, le Lean et le BPR par l'étude de la littérature 36

Tableau 6

Différences relevées entre la TQM, le Lean et le BPR par l'étude de la littérature 38

Tableau 7

Particularités relevées dans la littérature sur le déploiement de la TQM, du Lean et du BPR dans le secteur hospitalier 41

Tableau 8

Caractéristiques d'une amélioration réussie 43

Tableau 9

Principaux concepts de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg 57

Tableau 10

Sources de pouvoir identifiées dans la littérature permettant l'approfondissement stratégique des établissements de santé 69

Tableau 11

Enjeux stratégiques identifiés dans la littérature permettant l'approfondissement stratégique des établissements de santé 70

Tableau 12

Stratégies politiques identifiées dans la littérature permettant l'approfondissement stratégique des établissements de santé 71

Tableau 13

Inventaire des données 91

Tableau 14

Constats concernant la capacité de percevoir la routine de réalisation de la chirurgie par chacun des groupes d'acteurs 139

Tableau 15

Constats émanant de l'analyse de la dimension ostensive de la routine 145

Tableau 16

Perturbations de la routine chirurgicale durant un cas de cholécystectomie 158

Tableau 17

Routines et perturbations reflétées dans le dossier médical 161

Tableau 18

Constats émanant de l'analyse de la dimension performative de la routine 165

Tableau 19

Chronologie des actions et interprétation en termes d'hypothèses stratégiques pour une problématique prototypique de gestion du programme opératoire 171

Tableau 20

Enjeux et stratégies caractéristiques de la dynamique externe 189

Tableau 21

Chronologie des actions et interprétation en termes d'hypothèses stratégiques pour une problématique prototypique de positionnement chirurgical 195

Tableau 22

Chronologie des actions et interprétation d'hypothèses stratégiques pour une problématique prototypique de perte d'une aiguille 201

Tableau 23

Enjeux et stratégies caractéristiques de la dynamique interne 216

Tableau 24

Règles de jeu émanant de l'analyse stratégique du bloc opératoire 220

Tableau 25

Problématiques identifiées dans le cadre du projet Lean 228

Tableau 26

Changements attendus pour chaque groupe d'acteurs en fonction des problématiques identifiées par l'équipe Kaizen 232

Tableau 27

Portion des résultats obtenus sur les indicateurs retenus à la fermeture du projet 233

Tableau 28

Exemple de correctifs potentiels aux changements implantés dans le cadre du projet Lean tenant compte du microcontexte politique 264

Liste des figures

Figure 1

Structure organisationnelle traditionnelle de l'hôpital au Québec 17

Figure 2

Modèle performatif des routines 49

Figure 3

Système organisationnel des routines 50

Figure 4

Représentations du système d'action concret de Crozier et Friedberg (1977) 57

Figure 5

Schématisation des concepts émanant de la littérature sur la dynamique des routines 60

Figure 6

Cadre conceptuel préliminaire du système d'action concret propre aux établissements de santé 73

Figure 7

Cadre conceptuel préliminaire de l'analyse des routines de Feldman et Pentland intégrant les éléments pertinents de l'analyse stratégique de Crozier 78

Figure 8

Design général de la recherche proposée 96

Figure 9

Extrait de la représentation de la routine de réalisation de la chirurgie telle que décrite par un chirurgien 132

Figure 10

Extrait de la représentation de la routine de réalisation de la chirurgie telle que décrite par un anesthésiste 133

Figure 11

Extrait de la liste des acteurs telle que décrite par une infirmière 134

Figure 12

Extrait de la représentation de la routine de réalisation de la chirurgie telle que décrite par un inhalothérapeute 136

Figure 13

Extrait de la représentation de la routine de réalisation de la chirurgie telle que décrite par un préposé 137

Figure 14

Extraits de la représentation de la routine de réalisation de la chirurgie telle que décrite par un gestionnaire 138

Figure 15

Normes 2009 émanant de l'Organisation mondiale de la santé (à gauche) et normes émanant de l'Association swa infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (2009) sur la préparation de la peau en pré-opératoire 140

Figure 16

Exemple d'une procédure émise dont l'entrée en vigueur est inconnue deux ans après son émission 142

Figure 17

Cadre conceptuel modifié en fonction des données issues de l'étude des routines ostensives 147

Figure 18

Brèches et perturbations survenues durant un cas de cholécystectomie 152

Figure 19

Communications et documentation survenues durant un cas de cholécystectomie 153

Figure 20

Notes respectives de l'anesthésie (inhalothérapeute et anesthésiste) et du chirurgien pour le cas de cholécystectomie 162

Figure 21

Notes des infirmières pour le cas de cholécysectomie 163

Figure 22

Cadre conceptuel modifié en fonction des données issues de l'étude des routines performatives 166

Figure 23

Sociogramme de l'analyse des interactions managériales avec l'extérieur de la salle 183

Figure 24

Extraits respectifs des notes de l'anesthésiste (et de l'inhalothérapeute), du chirurgien et des infirmières concernant les détails au dossier reliés au positionnement dans le cas de cholécystectomie observé 192

Figure 25

Extrait de la note des infirmières concernant le décompte et les démarches effectuées 199

Figure 26

Feuille de compte et recompte du cas durant lequel une aiguille a été perdue et n'a pas été retrouvée durant le cas 199

Figure 27

Extrait du protocole opératoire de la chirurgie 200

Figure 28

Sociogramme émanant de l'analyse des interactions professionnelles à l'intérieur de la salle 212

Figure 29

Système d'action concret du microcontexte politique analysé dans le cadre de ce projet de recherche 223

Figure 30

Cadre conceptuel modifié en fonction des données issues de l'analyse stratégique 224

Figure 31

Fiche A4 résumant le projet 229

Figure 32

Extrait de la représentation de la routine de réalisation de la chirurgie telle que décrite par un chirurgien 241

Figure 33

Extrait de la représentation de la routine de réalisation de la chirurgie telle que décrite par un préposé 242

Figure 34

Cadre conceptuel modifié 259

Figure 35

Interprétation des changements implantés avec succès en fonction de leur effet sur le microcontexte politique et sur la transformation de la routine chirurgicale 260

Figure 36

Interprétation des changements implantés avec succès en fonction de leur effet sur le microcontexte politique et sur la transformation de la routine chirurgicale 262

Figure 37

Contributions de la littérature et de notre recherche au modèle performatif des routines de Feldman (2000) 276

Figure 38

Contributions de notre recherche au système organisationnel des routines de Pentland et Feldman (2008) 277

À Kameleshkuss Béatrice Vollant (pour t'inspirer à changer le monde à ton tour)

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de thèse, Mme Ann Langley qui a su croire en moi et qui a été patiente, tolérante, compréhensive et astucieuse afin de me permettre d'avancer malgré mon emploi du temps, mes découragements occasionnels et les nombreux changements reliés à mes implications diverses et ma vie personnelle. Sans son appui inconditionnel, ce projet n'aurait jamais pu se terminer et je lui en suis très reconnaissante. Aussi, je ne peux passer sous silence les autres membres de mon comité de thèse, M. Sylvain Landry, Mme Linda Rouleau et M. Jean Harvey, qui ont toujours repris leurs rôles avec passion malgré les mois et les années qui s'écoulaient. Je remercie spécialement M. Sylvain Landry, qui a su reconnaître mon potentiel et qui a initié ce formidable projet avec moi.

D'autres personnes ont joué un rôle primordial pour moi. Je remercie mes collègues, les Dr Joseph Itovitch et Dr Louis Duval, qui ont accepté pendant des mois et des années d'ajuster leurs horaires et leurs vies personnelles afin de me permettre de me libérer pour poursuivre mes cours, mes recherches et mes analyses. Le Dr Laurent Marcoux, quant à lui, n'a jamais hésité à se porter garand de moi pour m'ouvrir des portes. Sans lui, rien n'aurait été possible. À l'heure où cette thèse a vu le jour, des doutes sur la profession médicale m'envahissait. Ces médecins, ainsi que tous ceux qui ont participé à mon projet, m'ont fait apprécier cette communauté en me montrant leur intérêt pour améliorer les soins, leur passion et leur dévouement. Et ce ne sont pas les seuls… Mes patients ont aussi pris le temps de s'informer, de visite en visite, de l'avancement de mon projet de recherche et ce, malgré leurs maladies et leurs souffrances. Ils m'ont donné la force de continuer et je les remercie pour leur patience et leur compréhension.

Sur une note plus personnelle, j'ai aussi été très choyée. J'ai eu la chance de rencontrer Sarah Bourque lors de mes premiers cours de doctorat et nous avons cheminé ensemble depuis, que ce soit pour se motiver, créer des formations, des conférences ou des « compagnies »; pour pleurer, rire, voyager, mais toujours sans perdre de vue cet objectif de ne jamais se laisser tomber pour finir nos PhD… Merci à toi mon amie!

Mes parents, eux, ont été formidables, comme toujours. Ils m'ont conseillée, encouragée, aidée, inspirée. En fait, je leur dois cet intérêt pour l'organisation, l'excellence et l'importance de donner plutôt que de prendre à la société.

Finalement, je remercie mon complice et partenaire, le Dr Stanley Vollant, qui a accepté que le peu de temps qui me restait soit dédié à mon doctorat et qui m'a amenée dans la ville de Dolbeau-Mistassini. Cet éloignement a été un facteur-clé de succès pour me permettre de finir la rédaction de ma thèse. Merci aux gens du lac St-Jean et au CSSS Maria-Chapdelaine pour ces moments de paix nécessaires à la rédaction !

Enfin, à tous ceux et celles qui m'ont encouragée et à tous ceux et celles qui ont participé de près ou de loin à ce projet, je vous remercie mille fois !!!

INTRODUCTION

Durant la dernière décennie, la préoccupation pour l'amélioration de l'efficience et de l'efficacité du processus de soins devient de plus en plus importante pour les administrateurs des établissements de santé (Natarajan, 2006). Parmi les meilleures pratiques de gestion proposées, on retrouve la suggestion de se doter d'un système de gestion « Lean », proposé et déployé dans d'autres industries, suite au succès du système de production développé par Toyota après la seconde guerre mondiale (Krafcik, 1988; Womack et al., 1990). Ce système de gestion propose notamment l'élimination des gaspillages, soit tout ce qui ne contribue pas à ajouter de la valeur aux yeux des clients. Mais cette nouvelle initiative d'amélioration des processus n'est pas la seule à obtenir un engouement auprès des gestionnaires des établissements de santé. En effet, la gestion par la qualité totale, la TQM (Deming, 1982), et la réingénierie des processus, le BPR (Hammer et Champy, 1993) ont à tour de rôle influencé les dirigeants des établissements de santé dans leurs activités de gestion.

Pourtant, la transposition de ces initiatives dans le secteur hospitalier constitue un défi de taille. Le système de production Toyota, par exemple, reste difficile à interpréter et les éléments-clés de son succès ne sont pas faciles à identifier (Spear et Bowen, 1999). Spear et Bowen (1999) mettent en évidence quatre règles distinctives de l'approche du « TPS ». Malgré l'identification de ces règles de base, il reste que le déploiement de l'approche dans le domaine de la santé doit tenir compte de la réalité particulière de ce contexte (Fillingham, 2007). En effet, le « Lean » a été développé pour faire face à la situation d'après-guerre qui obligeait l'industrie automobile japonaise à produire de petits lots individualisés au goût des clients afin de survivre (Ohno, 1988; Spear et Bowen, 1999), un contexte bien différent de celui des organisations de santé. Quant à la réingénierie des processus, sa mise en œuvre dans une organisation complexe n'est pas aisée, compte tenu justement du fait qu'elle propose de créer et d'implanter un processus conçu de façon « idéale », ce qui reste un défi au sein des établissements de santé, puisqu'elle ne tient pas compte non plus des particularités des processus d'origine et du contexte organisationnel (McNulty et Ferlie, 2002). Enfin, l'implantation de la TQM implique qu'elle se réalise par un leadership fort qui, au sein des établissements de santé, doit être partagé avec les médecins qui détiennent une partie du pouvoir et de l'autorité (Huq et Martin, 2000; Weiner *et al.*, 1997).

En effet, les établissements de santé comprennent différents groupes d'acteurs influents avec des intérêts divergents devant se coordonner pour assurer des soins de qualité aux patients. Dans un tel contexte, on ne peut pas faire abstraction des différentes stratégies d'action et des jeux de pouvoir en présence lorsque l'on cherche à modifier les processus de travail de ces groupes d'acteurs (Crozier, 1963; Crozier et Friedberg, 1977). Crozier (1963) et Crozier et Friedberg (1977) ont attiré l'attention sur les aspects « micropolitiques » des organisations qui peuvent faire obstacle à la volonté d'imposer les meilleures pratiques de

travail dans le secteur manufacturier des années 1960. Aujourd'hui encore, dans le secteur hospitalier, l'identification des interactions entre les acteurs impliqués dans des projets d'amélioration et dans les aspects micropolitiques qui y sont reliés reste sous-étudiée (Greenhalgh *et al.*, 2004). Entre autres, la définition et l'identification des jeux de pouvoir, existant entre les acteurs, ont un impact majeur sur le succès de l'implantation des approches d'amélioration des processus (Buchanan, 1997; James, 1991; Zimmerer et Zimmerer, 1999.; Waring et Bishop, 2010; Abdolvand *et al.*, 2008; Walston et Kimberley, 1997; Ho et Chan, 1999). À cet égard, il est intéressant de noter que l'analyse de la réingénierie du processus chirurgical, présentée dans une étude effectuée au Royaume-Uni (Buchanan, 1997), avait conduit l'auteur à la conclusion suivante :

> «One major barrier in the path of the radical re-engineering agenda in hospital operating theatres thus concerns the clearly demarcated political agendas of the main groups of actors.» (Buchanan, 1997; p.69)

Dans les années 1960, Crozier (1963) avait démontré que l'organisation des règles bureaucratiques propres à nos organisations laisse toujours des zones d'incertitude permettant à certains groupes d'acteurs d'utiliser leur expertise pour négocier avec d'autres groupes et gagner de l'influence. Les différents groupes d'acteurs d'une organisation évaluent les enjeux stratégiques qui leur feront choisir une stratégie d'action à adopter dans cette situation. Crozier (1963) indique qu'un changement organisationnel, touchant directement les activités des acteurs au cœur de leurs compétences-clés, remet donc en question l'équilibre du pouvoir organisationnel. C'est effectivement le cas des changements reliés à l'amélioration des processus dans les établissements de santé.

Par ailleurs, d'autres caractéristiques limitent l'implantation des initiatives d'amélioration des processus, dont celle de la structure des établissements de santé qui se sont d'abord organisés en bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1979). Avec le temps, ces organisations se sont complexifiées en devenant des « bureaucraties multiprofessionnelles » (Lamothe, 1996, Adler *et al.*, 2008). La majorité des acteurs des établissements de santé sont des experts issus d'ordres professionnels dont la culture et les normes influencent les actions, et à qui l'expertise confère une autonomie de travail qui peut contribuer à intensifier certains jeux de pouvoir dans ce type d'organisation.

La présence de différentes cultures professionnelles empêche donc l'adoption d'une philosophie commune (Glouberman et Mintzberg, 2001) et limite la capacité de transformer les routines de travail des professionnels puisqu'elles représentent la manifestation de leur savoir tacite et la source de leur pouvoir. Or, ce sont ces routines de travail qui sont au cœur des initiatives visant l'amélioration. En théorie des organisations, les routines se définissent comme : "A repetitive, recognizable pattern of interdependent actions, involving multiple actors" (Feldman et Pentland, 2003: p.96). Les routines ont deux dimensions : l'aspect idéal ou schématique de la routine traduisant la représentation conceptuelle des actions à réaliser

(dimension ostensive) et l'aspect spécifique et contextualisé de la routine dans la pratique (dimension performative) (Feldman et Pentland, 2003). L'écart que peut entraîner une amélioration des processus entre ce qui est voulu, perçu et pratiqué peut modifier le comportement politique des acteurs, influencer la zone d'incertitude laissée sans règles en créant un flou bureaucratique qui permet à ces acteurs de manifester leur pouvoir et leur résistance au changement.

Les routines apparaissent donc comme le noyau par le biais duquel les professionnels coordonnent leur compétence, leur agencement, de même que leur configuration. Elles sont plus politiques qu'il n'y paraît et reflèteraient les stratégies d'action des différents groupes d'acteurs. Même le discours de ces groupes d'acteurs serait prudent et chercherait à protéger leur pouvoir, lorsqu'il est question de remettre en question une portion de ces activités critiques (Buchanan, 2003a; Simon, 1999; Allen, 2009; McDonald et Harrison, 2004; Addicott et Ferlie, 2007). En fait, selon Feldman (2000), les routines représentent également le reflet inconscient du lien mutuellement construit entre le jugement de l'acteur sur ses actions, le cadre qui les structurent et les prochaines actions à poser. Les choix stratégiques que doivent effectuer les gestionnaires, lorsqu'il est question d'améliorer les processus, plus particulièrement sur le plan clinique, touchent directement les acteurs dans leur identité et dans la liberté dont ils disposent pour maintenir leur influence, en définissant de nouvelles règles (Weichbrodt et Grote, 2010). Ils peuvent donc facilement se heurter à différentes formes de résistance de la part des groupes d'acteurs en présence (Al-Mashari et Zairi, 1999 ; McNulty et Ferlie, 2002, Denis *et al.*, 2002; Dent, 2003). Cette difficulté d'effectuer des changements se superpose à la nature de l'établissement de santé qui se veut un prestataire de services de santé avec une structure clinique. Ces attributs de l'établissement de santé implique une gestion des opérations qui se doit d'être fiable, alors qu'elle dépend des cliniciens qui détiennent une partie du pouvoir (McNulty et Ferlie, 2002), contrôle certains aspects de la demande (McNulty et Ferlie, 2002), ce qui favorise une division du mécanisme décisionnel entre les aspects cliniques et administratifs (Mintzberg, 1979). De plus, ces éléments se combinent à la fragilité des mécanismes de coordination des processus (Shah et al. 2008; Fogel, 1996; Glouberman et Mintzberg, 2001). Enfin, l'établissement de santé gère la production de soins qui répond également aux impératifs de l'industrie des services : l'intangibilité, la consommation et la production simultanée, l'implication du client, l'absence d'entreposage (Berry, 1980), alors que le type de services fourni a un impact humain et émotionnel.

Ces limites au succès de l'implantation des initiatives d'amélioration des processus dans une organisation complexe, telle qu'un établissement de santé, nécessitent une étude approfondie de l'aspect micropolitique du changement organisationnel qui lui est propre. D'abord, notre connaissance des différentes influences politiques sur l'action des acteurs du secteur hospitalier mériterait de bénéficier d'une réflexion en profondeur (Langley et Denis, 2011). Puis, la littérature démontre que nous entretenons une vision idéalisée face aux

pratiques cliniques et médicales, mettant l'accent uniquement sur des aspects techniques du travail sans tenir compte des dimensions sociales et politiques inhérentes à un changement radical des pratiques (Bate *et al.*, 2004; Cornet, 1998). Enfin, face à la difficulté de la planification et de la mise en oeuvre du changement opérationnel dans un tel contexte, nous ne disposons pas d'outils d'analyse précis pour améliorer les chances de réussite des interventions.

Une nouvelle avenue de la recherche, combinant l'aspect sociologique à l'aspect technique de l'amélioration des processus propose d'étudier le changement à travers les « routines » des acteurs (Feldman et Orlikowski, 2011). Les routines permettent de rendre l'étude des pratiques (activités organisées des acteurs qui structurent l'ordre social) plus facilement perceptible pour la recherche. L'analyse des routines permet de mieux comprendre l'intégration du changement par les différents acteurs et d'approfondir notre connaissance des mécanismes interpellés par les diverses approches d'amélioration des processus au niveau micro. Il a été soulevé dans la littérature que le lien entre ces deux derniers aspects mériterait d'être étudié de près (Bate *et al.,* 2004).

En fait, ce qui est pertinent dans ce lien entre les routines et les processus émane de la distinction que l'on peut faire entre les deux concepts. Le processus se définit comme *« A collection of activities that takes one or more kinds of input and creates an output that is of value for the customer »* (Hammer et Champy, 1993 : p.42). Le processus se voit donc comme *« A specific ordering of work activities across time and place, with a beginning and end, an clearly identifies inputs and outputs: a structure for action. »* (Davenport, 1993: p.5). Christensen et Raynor (2003) précisent les éléments qui permettent cette transformation en décrivant le processus comme des *« patterns of interaction, coodination, communication, and decision making through which they accomplish these transformations »* (Christensen et Raynor, 2003 : p. 183). Selon ces derniers auteurs, les processus se distinguent aussi selon qu'ils sont formels, c'est-à-dire documentés et suivis de manière rigoureuse, ou informels, c'est-à-dire correspondant aux routines adoptées par la main-d'œuvre avec le temps. Le processus est donc le modèle d'activités que les acteurs d'une organisation peuvent partager entre eux et sur lequel ils s'entendent. Les routines, quant à elles, représentent, selon Christensen et Raynor (2003), les méthodes de travail qui ne sont plus questionnées et qui sont exécutées inconsciemment. Ainsi, les routines correspondent à la perception des activités qui doivent être réellement effectuées dans la pratique. Elles sont donc multiples puisqu'elles réfèrent au vécu de chaque groupe d'acteurs, voire de chaque acteur. Aussi, lorsque vient le temps d'agir, les activités qui sont finalement exécutées peuvent, elles aussi, varier de celles qui avaient été envisagées au départ. Cette variation peut être teintée de la volonté des acteurs de mobiliser leurs atouts pour mieux se positionner au sein de l'organisation Ces caractéristiques nous permettent de positionner le processus par rapport aux routines et de résumer les principaux constats dans le tableau 1.

Tableau 1. Processus et routines : concepts-clés

	Processus	Routine	
		Dimension ostensive	Dimension performative
Mécanisme	Proposition partagée et maîtrisée	Représentation	Internalisation
Statut	Modèle	Perceptions	Performances
Version	Consensuelle	Multiples	Variables
Source	Schématisation des règles formelles	Ajustements mutuels répondant à la règle de jeu	

Nous constatons que les initiatives d'amélioration des processus ont comme point commun de départ l'identification et la cartographie de ce processus à améliorer. Or, il apparaît que le processus se dessine d'abord comme un modèle d'activités, permettant la transformation des « inputs » en « outputs », et que la séquence des tâches se transforme en routines de travail reliées à ce processus lorsque le modèle est intégré, adapté et négocié entre les différents travailleurs, en fonction des règles de jeu qu'ils se sont donnés de manière informelle. Le travail standardisé, qui s'effectue selon les protocoles en place, diffère de la routine qui, elle, s'acquièrt dans la pratique et s'adapte en fonction des résultats reliés aux actions posées. La cartographie du processus ne reflète donc qu'une portion de la réalité organisationnelle (la portion formelle). Il semble donc pertinent d'étudier comment l'introduction d'une initiative d'amélioration des processus modifiera l'équilibre des routines de travail et, surtout, permettra au microcontexte politique de s'exprimer durant cette renégociation du statu quo à travers une redéfinition des règles de jeu entre les acteurs. Les acteurs ne sont pas nécessairement conscients de leurs stratégies, mais ces dernières se reflètent dans le changement de leurs routines.

Une des particularités de notre recherche est de combiner la perspective sociologique et politique du changement à la perspective plus technique qui a caractérisé l'étude des initiatives d'amélioration des processus jusqu'à maintenant. En effet, l'analyse rationnelle du changement n'a pris en considération que le formel (les règles) et a considéré que la modification de ces règles contribuerait à l'adoption du changement, en excluant la dimension subjective ou stratégique de ce changement (Foudriat, 2011). Or, en considérant l'organisation comme l'ensemble des règles formelles et informelles qui se définissent à travers les interactions entre ses membres, nous proposons une analyse plus complète du changement organisationnel. Selon Foudriat (2011), cette nouvelle approche du changement serait la plus pertinente :

> *« Pour analyser et comprendre un processus de changement, il faut d'abord expliquer pourquoi un acteur adopte un nouveau comportement parfois très différent de celui qu'il avait ou pourquoi un acteur reste conservateur ou peu mobile. Replacer les*

différents acteurs dans le système de jeux est une façon de prendre en compte la complexité systémique qui seule permettra de rendre intelligible les comportements adoptés lors du processus, aussi irrationnels qu'ils puissent paraître à un observateur externe. » (Foudriat, 2011 : p.39).

L'étude du changement plus spécifique des routines dans un cadre d'initiative d'amélioration des processus nous permettra de faire ce lien important entre l'introduction d'un changement des règles formelles (amélioration des processus) et le reflet de ce changement au niveau des routines qui découle de l'expérimentation du changement, de sa négociation et de son adaptation dans la pratique et conduit à la création, au maintien ou à la transformation des règles de jeu (informelle).

Pour répondre à ce besoin de mieux comprendre le changement, nous proposons d'étudier l'influence du microcontexte politique sur le changement de la routine chirurgicale dans le cadre des initiatives d'amélioration des processus au sein d'un établissement de santé.

Le contexte spécifique relié à ces interactions est ce que nous qualifions de « microcontexte politique ». Celui-ci sera défini comme l'ensemble des stratégies de jeux de pouvoir entre les acteurs interdépendants d'un système d'action concret particulier.

L'étude du microcontexte politique nous permettra de comprendre les éléments suggérés par Foudriat (2011) afin d'effectuer une réflexion pertinente du changement, en tenant compte des dimensions formelles et informelles, soit : l'identification du contexte technique, social et économique, la compréhension des jeux et de la règle de jeu au moment du changement, des représentations du changement des différents acteurs, des stratégies d'action de ces acteurs, du moment d'apparition ou de la transformation des jeux.

Cette thèse se divise en plusieurs sections. La première partie nous permettra de réviser la compréhension actuelle de l'amélioration des processus au sein des établissements de santé. Le premier chapitre traitera la littérature qui définit les particularités de l'établissement de santé et les éléments formels et informels nécessaires à la compréhension du contexte dans lequel s'inscrit le changement que nous souhaitions étudier. Le deuxième chapitre fait état des différentes approches d'amélioration des processus existantes et des problématiques rencontrées jusqu'à maintenant dans leur mise en oeuvre, plus particulièrement dans les établissements de santé. Ce chapitre soulève également les enjeux reliés à la recherche effectuée jusqu'à maintenant. Le troisième chapitre montre les principales approches théoriques qui seront mobilisées pour étudier le microcontexte, principalement l'analyse stratégique de Crozier et les approches de la sociologie des organisations qui sont centrées sur la pratique (inspirées par Bourdieu et Giddens), mais concrétisée à travers l'étude des routines (Feldman et Pentland, 2003; Feldman, 2000, Feldman et Orlikowski, 2011; Pentland et Feldman, 2005, 2008a, 2008b Orlikowski, 1996). Nous y présentons aussi notre cadre conceptuel préliminaire et nous expliquons les

principaux concepts reliés à notre question de recherche principale et nos sous-questions. Une deuxième partie de la thèse explique le design de la recherche. Le quatrième chapitre se concentre ainsi sur la méthodologie de la recherche. Une troisième partie présentera par la suite les résultats de notre projet de recherche et résumera l'analyse pratique et stratégique d'un cas d'amélioration des processus dans un établissement de santé. Le cinquième chapitre décrit la production des soins au bloc opératoire dans le contexte organisationnel et professionnel que nous avons étudié. Puis, les sixième et septième chapitres résument notre compréhension de l'étude des routines ostensive et performative. Ensuite, le huitième chapitre met en évidence les problématiques récurrentes que nous avons identifiées ainsi que notre analyse stratégique et systémique permettant de mettre en évidence les éléments constitutifs du microcontexte politique du bloc opératoire que nous avons étudié. Le neuvième chapitre détaille en dernier lieu le projet Lean et l'influence du microcontexte politique sur la réorganisation des routines. Finalement, le dernier chapitre de notre thèse expose nos conclusions en spécifiant les implications théoriques et pratiques des résultats découlant de la recherche que nous avons effectuée.

Par ce projet de recherche, nous espérons contribuer au succès des initiatives d'amélioration des processus au cœur des établissements de santé. D'abord, nous espérons mettre en évidence les enjeux et stratégies politiques entre les groupes de professionnels et dresser un portrait réel de l'organisation, incluant les aspects subjectifs et informels qui guident les différents professionnels dans leur pratique (le microcontexte politique). Ces éléments informels qui se reflètent dans les routines de travail sont souvent ignorés dans le déploiement des initiatives d'amélioration des processus ou à travers les analyses rationnelles de leur déploiement. Finalement, nous espérons que nos travaux nous permettront d'émettre des propositions afin que les stratégies et règles informelles du microcontexte politique, reflétées dans les routines des professionnels, puissent être identifiées et arrivent à jouer un rôle mobilisateur dans l'implantation future des initiatives d'amélioration des processus.

PARTIE 1 : COMPRÉHENSION ACTUELLE DE L'AMÉLIORATION DES PROCESSUS AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

CHAPITRE 1 : LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DANS LA LITTÉRATURE : DESCRIPTION ET SPÉCIFICITÉS

1.1 Introduction

Nous proposons de porter un regard plus complet sur le changement organisationnel en tenant compte de la dimension informelle et stratégique de l'organisation. Il nous apparaît donc primordial de relever les éléments pertinents qui caractérisent cette dimension informelle et définissent l'organisation qui nous intéresse : l'établissement de santé.

Dans ce chapitre, nous identifierons les éléments relevés dans la littérature, nous permettant de mieux caractériser les particularités de l'établissement de santé, en tenant compte des dimensions informelles et formelles propres à cette organisation. Chacun des éléments formels pris séparément peut être partagé par d'autres types d'organisations. Toutefois, l'argumentation suivante vise à démontrer dans quelle mesure l'établissement de santé se positionne comme étant unique, lorsque l'on tient compte des structures stratégiques et informelles, qui se dessinent parallèlement aux structures formelles, reflétant la complexité des interactions, la prépondérance et l'importance des constituants informels. Les particularités de l'établissement de santé sont résumées à travers les trois représentations suivantes :

- L'établissement de santé comme bureaucratie multiprofessionnelle
- L'établissement de santé comme structure clinique
- L'établissement de santé comme prestataire de services critiques

Dans les pages qui suivent, nous détaillerons chacune des caractéristiques précédemment citées.

1.2 L'établissement de santé comme bureaucratie multiprofessionnelle

Selon Mintzberg (1979), l'hôpital est considéré comme une « bureaucratie professionnelle » qui caractérise les attributs d'une telle structure organisationnelle. Une bureaucratie professionnelle s'organise autour de professionnels autonomes à qui les connaissances permettent de garder le contrôle sur le travail qu'ils exercent de façon relativement indépendante. La coordination de leurs efforts se fait par la standardisation de leurs connaissances, critère qui reste intrinsèquement lié au passé de l'organisation. Cette

forme d'organisation présente plusieurs caractéristiques selon Mintzberg (1979): elle dissémine le pouvoir vers la base professionnelle et réduit, par le fait même, les besoins de ces travailleurs, dotés d'une autonomie organisationnelle, de coopérer pour s'organiser ; elle laisse place à une certaine forme de « discrétion » dans l'évaluation des actes posés, ce qui limite même l'obligation des professionnels de répondre aux besoins des clients ; et, elle crée une certaine rigidité qui rend l'innovation difficile, puisque la coordination des différents acteurs y est limitée. Fogel (1989) identifie aussi plusieurs caractéristiques dont il faut tenir compte, selon lui, dans une bureaucratie professionnelle, notamment en ce qui concerne un groupe de professionnels particuliers : les médecins. Cet auteur soulève une notion importante, la nécessité pour les médecins de partager des informations, des routines, des connaissances et des ressources afin d'accomplir leur travail qui ne s'effectue pas en silo. C'est cette obligation qui nécessite l'organisation coordonnée de leur travail.

Fogel (1989) introduit donc un élément nouveau, d'ailleurs propre à l'établissement de santé : la problématique de la coordination du travail professionnel. Dans l'établissement de santé, l'expertise confère aux professionnels une certaine autonomie dans l'organisation de leur travail, mais cette autonomie doit tout de même être assujettie à des mécanismes de coordination. Ceux-ci sont nécessaires pour l'accomplissement de leurs activités. Ces mécanismes de coordination ne proviennent pas nécessairement de la ligne hiérarchique. Nous verrons plus loin comment les professionnels négocient ainsi leurs collaborations afin d'aligner leurs prestations au-delà des mécanismes formels de coordination qui leur sont imposés.

En termes de structure organisationnelle, les établissements de santé ont donc évolué de la bureaucratie professionnelle classique vers la forme actuelle où de nombreux professionnels se côtoient, ce qui engendre la nécessité de se coordonner. La coordination se fait via des mécanismes complexes d'interactions, d'où son apparence qui peut parfois paraître improvisée. Nous expliquerons les différentes interactions et les caractéristiques de ces mécanismes de coordination dans les paragraphes qui suivent.

Les interactions partagées et départagées entre les différents professionnels qui structurent l'établissement de santé ont été décrites par Glouberman et Mintzberg (2001). Ces auteurs proposent quatre mondes pour comprendre le fonctionnement des établissements de santé. Ainsi, ils distinguent le « care » (associé aux infirmières), le « cure » (associé aux médecins), le « control » (associé à administration) et le « community » (conseil d'administration). Tel que l'indiquent leurs appellations, chacun de ces mondes se caractérise par des préoccupations différentes. Ces derniers auteurs voient cette division de vision et d'intérêts comme un des problèmes majeurs du fonctionnement des établissements de santé. Cette interprétation confirme celle de Strauss *et al.* (1963) qui mentionnent également l'influence de la formation et de l'identité professionnelle sur le comportement professionnel dans les établissements de santé. La division en mondes professionnels a des conséquences qui à la fois facilitent et empêchent la construction d'une unité. D'abord, elle

implique le développement de priorités souvent différentes pour chacune des professions (Abbott, 1988). De plus, une partie des activités professionnelles est consacrée à défendre la juridiction de cette profession (Abbott, 1988). Aussi, les multiples parcours professionnels et identitaires ne permettent pas aux différents professionnels de partager une terminologie commune qui leur permettrait de discuter certaines problématiques, contribuant d'autant plus à leur isolement en silos (Walshe et Rundall, 2001). Enfin, pour ce qui est de la formation des médecins, elle ne les prépare pas à comprendre qu'ils sont interdépendants et reliés aux autres parties du système médical (Crawford-Mason, 2002).

L'identification des individus à leur groupe professionnel plutôt qu'organisationnel donne naissance à un système complexe d'interactions qui vont déterminer comment s'organise le lien entre les activités effectuées par chaque groupe professionnel dans le cadre de ses fonctions et l'évolution des activités propres à leur profession. Ce lien est loin d'être statique. En effet, il subit non seulement l'influence des modifications émanant à l'intérieur de chacune des professions, mais il subit aussi l'impact d'éléments externes (sociojuridiques) qui déterminent les limites professionnelles et évoluent en fonction du contexte et des opportunités saisies par l'un ou l'autre des groupes dont l'expertise devient un atout (Abbott, 1988). Par exemple, l'accessibilité aux pharmaciens communautaires pour répondre aux demandes des patients, dans des horaires plus larges que ceux offerts par les médecins, ont permis au gouvernement du Québec de proposer une loi, qui leur confère des actes autrefois réservés à la profession médicale, tel que l'ajustement de la pharmacothérapie en fonction de tests sanguins[1]. Cette possibilité d'élargir son champ d'activité selon les opportunités vient donc limiter l'exercice d'une trop grande liberté de la part de ces professionnels. En effet, chaque groupe professionnel doit contrebalancer son désir d'autonomie (les limites qu'il définit dans son champ de pratique et dans son horaire) avec le besoin de répondre aux besoins de ses patients, puisque d'autres groupes de professionnels peuvent y voir une opportunité. Il semble d'ailleurs que les principaux risques de perte de juridiction pour une profession émanent de l'absence de résultats jugés satisfaisants par le client. Suite à un diagnostic (utilisé ici au sens large), la présence de nombreux intermédiaires ou maillons dans la chaîne qui conduit du diagnostic au traitement ou, au contraire, de leur nombre trop restreint, peut rendre les actes décomposables et copiables par un de ces intermédiaires (Abbott, 1988). Les professionnels défendent donc stratégiquement les limites de leur profession (Abbott, 1988). Ils jouent ce qu'on peut appeler un jeu interprofessionnel. Buchanan (2003b) *et al.* (2007) démontrent que même leurs discours seraient le reflet de leurs visions politiques, de leur interprétation du changement et de leurs intérêts professionnels.

La professionnalisation grandissante des travailleurs fait ressortir d'autres jeux d'acteurs à l'intérieur de la profession. Chacun des acteurs du processus de prestation de soins joue un jeu selon des règles propres à sa profession, en plus de celui qu'il joue en

[1] Loi 41, OPQ

interaction avec les autres acteurs du secteur hospitalier. Addicott et Ferlie (2007) soulignent le caractère hétérogène des conduites à l'intérieur et à l'extérieur même du groupe médical et rapporte que cette tendance est sous-estimée dans la littérature, mis à part quelques exceptions (Ham, 1981; Freidson, 1994; Abbott, 1988). L'ignorance des règles de jeux, qui permettent de négocier le pouvoir de chacun des groupes, empêche les différents acteurs de comprendre, ce qui limite ou du moins, influence leurs actions. Par exemple, le chirurgien, qui ne comprend pas l'importance de la stérilité dans l'identité professionnelle de l'infirmière de salle d'opération, ne comprend pas qu'une négociation sur cet aspect touche fondamentalement la définition professionnelle de l'infirmière (Riley et Manias, 2002). Une entente entre le médecin et l'infirmière à ce sujet est peu probable dans ce contexte. Strauss *et al.* (1963) font aussi ressortir le conflit entre les professionnels de la santé et les non professionnels (qui d'ailleurs sont encore plus segmentés aujourd'hui qu'à l'époque de leur analyse). En effet, ils mettent en évidence un ordre négocié qui dépend des relations établies et des reconnaissances reconnues en échange de celles-ci. Dans le cadre de l'analyse de Strauss *et al.* (l'hôpital psychiatrique), les non professionnels (préposés) disposent d'une source de pouvoir additionnelle, soit le contrôle de l'information sur le patient, puisqu'étant en leur présence de manière plus prolongée et continue, ils recevaient plus de confidences et donc des informations supplémentaires permettant le diagnostic, mais ce n'est pas toujours le cas dans la prestation de soins. En chirurgie, par exemple, le chirurgien est celui qui connaît le mieux le patient puisqu'il est souvent le seul à l'avoir vu avant et que c'est à travers la confiance créée entre eux qu'ils ont conclu le contrat chirurgical. Mais ces exemples permettent de mettre en évidence d'autres jeux que doivent considérer les acteurs de l'établissement de santé, soit ceux qui se jouent entre professionnels et non professionnels, ces derniers désirant souvent se faire reconnaître comme tels. L'évolution de la pratique des administrateurs des établissements de santé en sont un exemple plus contemporain. En effet, la professionnalisation du travail des gestionnaires, mieux formés et organisés, leur permet d'entrer dans ce jeu interprofessionnel (Brock, 2006).

Mais, la représentation de la réalité organisationnelle, originellement présentée par Mintzberg en 1979, et qui s'applique naturellement aux organisations de santé, a évolué au cours des dernières années. Plusieurs éléments ont donné naissance à une transformation des structures professionnelles en structures plus managériales et ont influencé la façon dont les professionnels évoluent dans cette structure (Brock, 2006). Alors qu'à l'époque, le maintien d'une bureaucratie professionnelle provenait de la protection des professions en lien avec la tradition, valorisée grâce à une culture qui favorisait ce respect pour le professionnel (Mintzberg, 1979), de nouvelles formes de collaboration ont émergé plus récemment (Adler *et al.*, 2008). Suite aux efforts des gouvernements pour déréglementer les services professionnels, il y a eu l'apparition d'innovations technologiques modifiant elles-mêmes l'offre de services, les demandes de meilleure gouvernance, l'accroissement de la compétition, la globalisation, l'évolution des besoins et des exigences des clients et l'augmentation de la complexité reliée à la gestion de ces changements (Brock, 2006). Par

exemple, « The Global Professional Network », proposé par Brock (2006), se caractérise par : la volonté de se comporter de manière plus entrepreneuriale (utilisation de systèmes, de structures et d'indicateurs de gestion), la dépendance plus importante aux réseaux formels, l'utilisation de système de récompenses plus personnelles, l'augmentation de la gouvernance corporative et l'établissement d'ententes de partenariat, l'accès aux bénéfices de la globalisation, la réduction des barrières à la multidisciplinarité. Toutefois, plusieurs tendances relevées par Brock (2006) s'appliquent plus difficilement aux établissements de santé. Adler *et al.* (2008) précisent les limites de cette évolution, en utilisant justement le cas de la médecine, et critiquent l'évolution de ces nouvelles structures professionnelles dans le secteur hospitalier. À l'instar de Brock (2006), ils soulignent que l'influence de l'expansion des marchés et de l'augmentation des pressions externes et internes force plutôt le développement d'une forme d'organisation plus corporative au niveau médical, supportée par une hiérarchie adaptée. En effet, cette ouverture crée par exemple le besoin de favoriser l'implantation des meilleures pratiques cliniques, ce qui renforce la collaboration médicale intraprofessionnelle. Selon Adler *et al.* (2008), le désavantage de cette structure hiérarchique est de limiter le développement rapide des connaissances et de nuire au potentiel des pressions du marché (rétroaction des patients), puisqu'elle augmente l'écart d'expertise entre client et fournisseur.

Adler *et al.* (2008) observent également l'émergence d'une autre forme d'organisation : « l'organisation collective collaborative ». Celle-ci se caractérise plutôt par le partage de buts communs, la coordination horizontale des processus interdépendants, l'apprentissage collectif et la gestion partagée des ressources. L'émergence de cette nouvelle forme d'organisation avait aussi été identifiée par Addicott et Ferlie (2007) qui proposait que l'évolution managériale des structures professionnelles visait à mieux intégrer et coordonner le travail des professionnels (Barker, 1996; Harrison et Ahmad, 2000; Harrison et Dowswell, 2002). Cette forme permet de réduire la tendance corporative du milieu médical en favorisant une plus grande intégration des médecins à la gestion des processus de soins. De telles formes d'organisation comprennent, par exemple, une structure par programme clientèle avec des formules de cogestion médico-administrative afin de remplacer la structure fonctionnelle qui existait auparavant (Willcocks, 1992 ; Diskens et al., 1990 ; AHQ, 2000 ; Commission Clair, 2000). L'émergence des nouvelles formes organisationnelles par programmes clientèles permet d'intégrer les deux structures décisionnelles (administrative et clinique). Ces programmes sont générés en fonction des besoins de la clientèle, sont co-conduits par des médecins et professionnels de la santé qui gèrent les ressources conjointement. En plus de l'avantage d'intégrer les décisions cliniques et administratives par le partage des connaissances et des compétences, cette structure permet d'améliorer l'accès aux soins, d'assurer une prestation de services plus efficiente, d'offrir une meilleure coordination des soins, de prodiguer des soins de meilleure qualité et d'uniformiser les informations transmises au patient (Baker et Lorimer, 2000). Toutefois, il semble que l'implantation de ce modèle

connaisse de la distorsion (Addicott *et al.*, 2007), pénètre faiblement les réseaux de professionnels sur le terrain et reste consommateur de ressources (Luc et Rondeau, 2002).

En apparence plus gérables, ces formes d'organisation permettent effectivement une meilleure intégration des groupes de professionnels, mais l'analyse plus précise des unités de soins en fonction de leurs particularités permet de nuancer ces avantages.

En effet, Lamothe (1996) analyse au niveau microscopique le lien entre les façons de dispenser les soins et les regroupements professionnels en construction et précise le lien entre la production de soins et l'organisation des professionnels. Elle identifie quatre types de production de soins : la standardisation pure, la standardisation segmentée, la personnalisation segmentée et la personnalisation intégrée. Chacun de ces types de production dépendrait d'éléments d'incertitudes dont par exemple la complexité de la maladie et le niveau d'interdépendance entre les différents acteurs impliqués dans la production de soins. Chacun de ces types de production implique conséquemment des mécanismes de collaboration adaptés de la part des professionnels. Dans la structure la plus simple, celle qui regroupe les soins qui ne nécessitent qu'un traitement unique découlant de l'utilisation d'une technologie spécifique, la standardisation pure, il se crée une organisation « routinisée » du travail et les besoins de coordination du travail entre professionnels ne sont pas nécessaires ou du moins minimisés. Dans le système le plus complexe, la personnalisation intégrée, le besoin de multiples traitements et de technologies variées impose une organisation du travail, basée sur la création d'une idéologie commune. C'est cette idéologie qui permet l'intégration par ajustements mutuels des interventions des professionnels et elle se fait alors autour d'une catégorisation de la clientèle. Cette idéologie commune devient le mécanisme de coordination qui favorise la standardisation des normes. Dans les deux autres types d'unité, le flou, laissé par un système dont les liens ne sont pas resserrés par la technologie ou la recherche d'une idéologie commune, occasionne une coordination par standardisation des qualifications ou par le développement de routines conséquentes à la recherche d'efficacité. Lamothe (1996) démontre donc, que, dans certains cas, c'est la structure professionnelle qui contrôle la production des soins. Elle s'organiserait collectivement et contre-balancerait les prérogatives managériales. Le contrôle professionnel de la structure permet aux professionnels, principalement aux médecins, de jouer des jeux politiques et de se tailler une place privilégiée auprès de la direction (Lamothe, 1996). Toutefois, cet état organisationnel reste dynamique et soumis au système des professions (Abbott, 1988), à travers lequel les frontières professionnelles se déplacent et se négocient en fonction des résultats obtenus, des standardisations mises en place dans les diagnostics et traitements et/ou des besoins émanant de la clientèle (Lamothe, 1996).

Cette littérature sur les professions nous montre qu'il existe plusieurs enjeux concernant les professionnels au sein de l'établissement de santé. D'abord, il semble que ceux-ci négocient constamment les limites de leur profession avec les autres groupes professionnels. Puis, à l'intérieur même de chacune des professions, ils cherchent à

construire un système de règles qui leur permettent de fonctionner de manière relativement coordonnée tout en maintenant leur autonomie professionnelle respective. Dans certains cas, cela nécessite l'obtention de la collaboration de professionnels issus des autres groupes. Enfin, les professionnels s'inspirent occasionnellement de ce qui se fait en dehors de leur réseau clinique ou collaborent avec d'autres acteurs de l'établissement afin d'obtenir des informations pertinentes pour mieux se positionner dans leur organisation.

Le tableau 2 résume ces enjeux et les stratégies du système des professions présent au sein de l'établissement de santé. Ces tendances nous permettent de montrer que l'établissement de santé évolue d'une bureaucratie professionnelle à une bureaucratie multiprofessionnelle.

Tableau 2. Échanges professionnels au sein de la bureaucratie multiprofessionnelle

Stratégie	Enjeux	Auteurs
Interprofessionnelle	Limites	Abbott, 1988 Crozier et Friedberg, 1977 Lamothe 1996
Intraprofessionnelle	Règles Coordination	Lamothe, 1996 Glouberman et Mintzberg, 2001
Multiprofessionnelle	Collaboration collective Compréhension mutuelle Personnalisation intégrée	Adler *et al.,* 2008 Brown et Duguid, 1991 Lamothe, 1996
Hors professionnelle	Meilleures pratiques Contrôle des informations	Brock, 1996 Strauss et al., 1963

1.3 L'établissement de santé comme structure clinique

Le premier élément qui caractérise l'importance clinique au sein de l'établissement de santé est la capacité pour les cliniciens d'imposer leur « veto clinique ». Ce véto est d'abord possible puisqu'il existe un leadership collectif qui découle de l'ambiguïté stratégique propre à ce secteur caractérisé par une situation où :

> « the traditional power of the hierarchy is limited, and where goals and technologies are unclear » (Denis *et al.*, 1996: p. 673).

La structuration professionnelle qui en découle devient donc un élément caractéristique de l'établissement de santé qui a des impacts sur le mécanisme décisionnel en raison du contrôle

qu'exercent les cliniciens sur les soins. Malgré une tendance vers la managérialisation, il reste que le pouvoir des professionnels, et notamment des médecins, dans les organisations de santé, est significatif et repose, entre autres, sur le monopole qu'ils exercent sur l'expertise prodiguée dans la prestation des soins. Comme l'indiquent McNulty et Ferlie (2002 : p.67), les médecins *« possess high levels of knowledge and skill that they can use to adapt the change agenda to defend their core purposes ».* En effet, au-dessus de toute considération managériale ou organisationnelle, ce pouvoir s'exprime par la capacité du médecin ou du clinicien d'utiliser ses compétences cliniques pour freiner ou renverser toute autre décision, entre autres, des décisions managériales qui auraient des conséquences potentielles sur les patients. Afin de préciser le rôle des cliniciens, nous clarifierons d'abord ce que nous entendons par « clinicien ». Nous considérons que les cliniciens sont les professionnels de la santé faisant partie d'un ordre professionnel et qui prodiguent des soins. Cette définition suppose qu'un médecin, exerçant une fonction de gestionnaire (tel que le directeur des services professionnels), ou qu'un membre du personnel soignant (par exemple le préposé aux bénéficiaires), prodiguant des soins, mais n'étant pas membre d'un ordre professionnel, ne soient pas des cliniciens. En pratique, le « veto » des cliniciens se traduit par la mention d'un danger imminent pour le patient si la décision proposée par le clinicien n'est pas respectée. C'est ce jugement d'expert qui se positionne comme ayant ce qui a le plus de valeur et même de légitimité, même si la décision reste managériale. Cette particularité de la structure clinique de l'établissement de santé a été bien décrite par Currie et al. (2009). Leur étude sur la régulation, entourant l'utilisation du matériel à usage unique en anesthésie, a démontré que les professionnels réutilisaient le matériel, souvent en se basant sur le fait que l'anesthésiste n'y voyait pas de risque pour le patient. Ainsi, malgré la compréhension des éléments rationnels ayant conduit à cette réglementation, les professionnels impliqués donnaient plus de valeur aux discours des médecins (anesthésistes), privilégiant le jugement clinique, au-delà des consignes émanant de la direction (Currie *et al.*, 2009). Cette constatation n'est pas étonnante. En effet, dans la règlementation des activités restreignant la pratique médicale, on y relève cette liberté d'imposer son jugement au-delà de presque tout. Même la loi supporte le bien-fondé de ce jugement clinique puisque, par exemple, au Québec, le médecin reste effectivement libre d'exercer dans tous les champs où il se juge apte, conformément au permis qu'il détient, sans qu'on y précise les compétences requises (Loi Médicale, L.R.Q., chapitre M-9). Les décisionnaires vont donc subir une influence importante de la part des cliniciens, même s'ils utilisent occasionnellement leur véto clinique pour d'autres raisons que la clinique justement. En effet, la littérature a démontré que le jugement qui permet au médecin d'imposer un véto clinique masque potentiellement d'autres motivations. Parmi celles-ci, on note : le respect de la tradition (faire ce qu'on a toujours fait sans se poser de question) (Olmsted, 2004 ; Taylor, 2001); sa richesse personnelle (les recommandations ne sont peut-être pas rentables pour lui-même au niveau financier) (Hillman *et al.*, 1989); le bien particulier de son patient (les normes ne s'appliquent pas à tous les cas) (Ku et Fisher, 1990); et le coût social estimé s'il se met à adopter cette pratique (cela pourrait

engendrer des dépenses sans améliorer l'état de santé de ce patient) (Ku et Fisher, 1990; Currie et al., 2009).

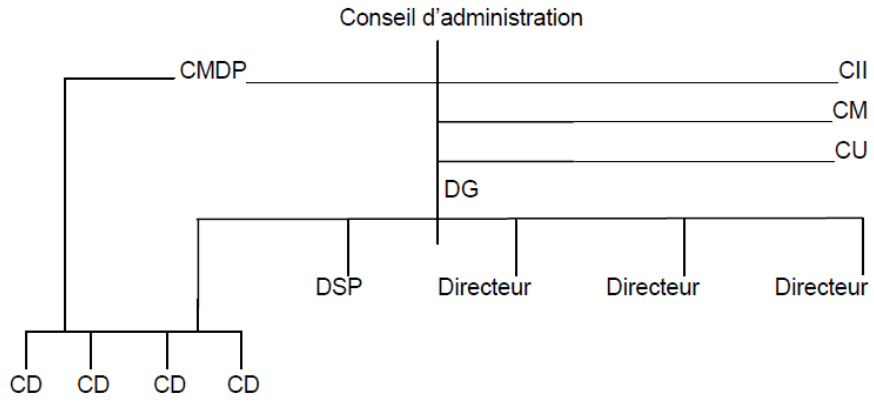
Un deuxième élément qui augmente l'influence des cliniciens au sein de l'établissement de santé est le rôle qu'ils peuvent jouer comme experts dans l'organisation des opérations. Selon James (1991), l'hôpital se distingue par trois types de services: les services de support, l'infrastructure médicale et les services cliniques. Les cliniciens y jouent différents rôles. Le clinicien est le client des services de support tel que la facturation, l'admission, la buanderie, mais le clinicien peut aussi être le client d'un autre clinicien lorsque ce dernier agit comme fournisseur (banque de sang, laboratoire, pharmacie, radiologie, anesthésie, consultation). Le clinicien est à son tour le fournisseur lorsqu'il diagnostique et traite directement le patient (qui est le client) (James, 1991). Lorsque le médecin joue ce rôle de fournisseur de services, il détient une caractéristique importante : celle d'être celui qui tire le flux, c'est-à-dire qui détermine la demande de ressources, de matériel et d'information. En effet, une des particularités rencontrée dans le secteur hospitalier est que *«the hospital patient is a patient of a named consultant, not of a manager, a nurse or medical social worker » (*McNulty et Ferlie, 2002: p.69). Dans son rôle de fournisseur de soins, c'est le médecin qui détermine si le patient sera admis à l'hôpital, qui décide des examens que le patient devra avoir, des traitements qu'il devra recevoir et de la date de son congé.

> *« ...the consultants control the 'real work' in the hospital and it is difficult for management to influence care processes at the ward level* » (McNulty et Ferlie, 2002: p.69).

Le pouvoir des médecins est donc tributaire de deux éléments. Premièrement, les médecins peuvent exercer un véto clinique sur certaines décisions managériales, en affirmant que la sécurité du patient est menacée, et le jugement clinique qu'ils exercent est souvent légitimé par les autres professionnels. Deuxièmement, les médecins contrôlent la demande, grâce au rôle que jouent leurs décisions sur l'utilisation des ressources (demandes d'examens, décisions sur l'admission ou congé du patient), alors qu'ils agissent eux-mêmes comme fournisseurs autonomes de ce service. Ces deux caractéristiques tendent à créer une division des pôles décisionnels administratif et clinique. Cette division devient nécessaire dans le contexte pour assurer l'implantation des décisions cliniques dans l'organisation et minimiser la résistance des cliniciens. Dans certains cas, cela donne naissance à une structure de pouvoir déformée et divisée. Un exemple tiré du système de santé québécois nous permet de préciser cette forme d'organisation à partir de la structure organisationnelle traditionnelle des établissements de santé présentée dans la figure 1. Le comité exécutif du CMDP (Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens) joue officiellement un rôle conseil en ce qui concerne les stratégies cliniques (Collège des médecins du Québec, 2010b). Pourtant, les membres élus qui se retrouvent à l'exécutif (dont le président du conseil) ont un rôle important sur l'approbation de ces stratégies cliniques (Lamothe, 1996). En effet, les membres de l'exécutif de ce conseil, issus des départements (et non de leurs chefferies) ont un droit de

veto sur les décisions de leurs propres chefs de départements. En pratique, le pouvoir du CMDP est beaucoup plus grand qu'il n'y paraît officiellement dans la structure et intervient directement dans le pouvoir hiérarchique officiel. Les établissements de santé, qui conservent cette structure traditionnelle, se retrouvent donc avec des structures de décisions parallèles (administratives et médicales).

Organigramme I-1.1
Organisation générale et médico-administrative des établissements et des centres



Note : Le chef de département est responsable envers le CMDP de la qualité de l'exercice médical dans son département; il est redevable envers le DSP de la gestion des ressources de son département.

Légende
CMDP : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CII : conseil des infirmières et infirmiers
CM : conseil multidisciplinaire
DG : directeur général
DSP : directeur des services professionnels
CD : chef de département
CU : comité des usagers

Figure 1. Structure organisationnelle traditionnelle de l'hôpital au Québec

Source : Collège des Médecins du Québec (2010). Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec (ALDO-Québec), 201 pages. Récupéré de http://aldo.cmq.org/fr-CA/Partie%201/AspectOrganisationnels/ExerciceProf/ExerciceEtablissement/OrganisationInterne.aspx,

Cette structure crée une division du mécanisme décisionnel et émerge de la forte démocratie reliée à la présence des professionnels qui cherchent collectivement à influencer les décisions administratives. Cette conséquence a été décrite comme suit:

> « What frequently emerge in the Professional Bureaucracy are parallel administrative hierarchies, one democratic and bottom up for the professionals, and a second machine bureaucratic and top down for the support staff » (Mintzberg, 1979: p.360).

Un troisième élément contribue à l'influence des cliniciens dans l'établissement de santé: la rémunération. Dans le contexte québécois, l'établissement de santé a peu d'influence sur la rémunération et, donc, sur la pratique du médecin. En effet, les tarifs et les modes de rémunérations sont négociés entre les deux fédérations médicales (Fédération des médecins omnipraticiens (FMOQ) et Fédération des médecins spécialistes (FMSQ)) avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les principaux modes de rémunération sont la rémunération à l'acte, la rémunération forfaitaire, la rémunération mixte, le tarif horaire, les honoraires fixes et le salariat. Aucune autre entente ne peut être conclue entre un médecin et un établissement concernant les services assurés. Un organisme indépendant, la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), est responsable de la majorité de l'application de ces ententes auprès des médecins (Collège des médecins du Québec, 2010b). Glaser (1987) précise le lien qui se définit conséquemment aux transformations de la rémunération entre les différents travailleurs au sein de l'établissement de santé. En effet, il explique comment le passage d'un système géré par des communautés religieuses à une véritable industrie à part entière a conduit à l'augmentation des coûts et de la complexité reliée au personnel. En général, les infirmières, les employés des hôpitaux et les médecins juniors ont eu tendance à se considérer comme des travailleurs (syndiqués pour la grande majorité) et à se négocier un salaire, dont le taux varie selon le pays et le contexte local (Glaser, 1987). Par conséquent, leur subordination aux dirigeants s'est créée plus naturellement. Selon le même auteur, les médecins séniors, eux, se sont positionnés différemment dans la majorité des pays en se développant en tant que travailleurs autonomes. La spécialisation et l'essor de la science leur ont permis d'avoir une grande emprise sur les aspects cliniques. Leur association aux établissements de santé n'a jamais été automatique, ce qui a conduit à de multiples formes d'ententes et de rémunérations. Le contrôle de la pratique de ces médecins reste donc variable et difficile à obtenir. Les établissements de santé au Québec suivent le développement constaté par Glaser (1987) et ne disposent donc pas des mêmes moyens pour influencer l'organisation des soins médicaux, puisqu'ils ne peuvent que difficilement influencer la rémunération de leurs médecins qui agissent à titre de travailleurs autonomes pour la plupart.

La structuration clinique de l'établissement de santé émane aussi des jeux politiques, qui se construisent par les négociations interprofessionnelles, causées par la présence de « zones d'incertitude » au niveau des règles d'organisation professionnelle dans l'établissement de santé. Les zones d'incertitude correspondent aux flous créés par l'insuffsance de règles formelles, permettant de préciser l'ensemble des actions que doivent ou non produire les membres de l'organisation. Ces zones d'incertitude viennent de l'impossibilité de créer des règles qui répondent à tout (Crozier, 1963) et de la place particulière que doit occuper le jugement clinique, face aux situations uniques et humaines qui se présentent à celui qui exerce « l'art » de la médecine (Montgomery, 2006). Les acteurs, participant à la prestation de soins, négocient donc leur pouvoir en fonction du contrôle qu'ils peuvent exercer, grâce à leur expertise sur les incertitudes laissées par l'absence de règles.

D'ailleurs, Lamothe (1996) démontre, par son étude sur la structure clinique, que les unités de production de soins, dont le niveau de complexité est le plus grand et qui interpellent plusieurs types de professionnels (la « personnalisation intégrée » selon Lamothe (1996), serait le sujet de jeux de pouvoir importants, puisque l'organisation des soins implique une standardisation « négociée » des normes coordonnant le travail d'équipe (Lamothe, 1996). Cette dynamique démontre l'influence du contexte local et de la présence de certains groupes professionnels sur la forme que prendra le mécanisme de coordination des soins. La zone d'incertitude est également un facteur variable, en fonction de la profession de chaque acteur, puisque les règles auxquelles les professionnels adhèrent indépendamment, selon leurs ordres professionnels, varient et que d'autres acteurs ne sont pas des professionnels ou aspirent à l'être. L'équilibre de l'ordre négocié entre les professionnels est donc également tributaire de l'importance des règles propres à leurs professions (Abbott, 1988; Addicott et Ferlie, 2007). Ces règles ne sont pas uniquement constituées des normes de la profession, mais aussi de toute la culture sous-jacente et de l'éthique de la profession (Batifoulier, 1999 ; Riley et Manias, 2002). Ainsi, en interagissant entre eux dans la construction de la structure professionnelle de l'hôpital, les différents acteurs tiennent compte des normes professionnelles, mais également de ce qu'ils considèrent comment étant propre à leur identité professionnelle, et négocient leur position en utilisant différentes stratégies politiques basées, entres autres, sur des aspects cliniques (Lamothe, 1996).

Les groupes d'acteurs professionnels, présents au sein des établissements de santé, détiennent donc collectivement le pouvoir qu'ils négocient entre eux par des jeux de pouvoir, s'inscrivant dans la zone d'incertitude laissée par l'ambiguité stratégique qui émane de la gestion de cette complexité. L'établissement de santé n'a d'autres choix que de se structurer en fonction de ces aspects cliniques dont le reste de l'organisation dépend pour s'organiser.

1.4 L'établissement de santé comme prestataire de services critiques

L'établissement de santé est un prestataire de services. Les entreprises de services présentent des caractéristiques propres qui sont reliées à la nature même de service (Berry, 1980). En effet, Berry (1980) élabore les éléments qui distinguent la production de services à celles de l'industrie manufacturière qui crée des produits: les services sont intangibles, moins uniformes et plus standardisés que les produits ; leur consommation se fait de manière simultanée à leur production ; leur entreposage n'est pas possible et enfin, le client participe à sa production en étant souvent un intrant, ce qui augmente la variabilité des résultats obtenus. Puis, un autre élément s'ajoute à la prestation plus particulière de services que l'on caractérise comme étant « professionnels » : l'écart de connaissance entre le client et le prestataire de service influence le niveau de difficulté de la prestation des soins, modifie le pouvoir relatif de chacun et oblige un meilleur leadership du prestataire (Harvey, 1989; Harvey

2006). Pourtant, l'offre de services professionnels doit quand même répondre aux attentes d'un client qui ne sait pas nécessairement de quoi il a besoin (Harvey, 1989; Harvey 2006). Ces caractéristiques complexifient la gestion des opérations de l'établissement de santé.

La difficulté d'effectuer des changements dans le secteur hospitalier vient également complexifier davantage la gestion des opérations de l'établissement de santé. D'abord, l'amélioration du service reste difficile. En effet, l'amélioration des processus-clés de l'organisation, soit les processus cliniques des professionnels, est celle qui contribue à apporter le meilleur impact sur le plan des opérations.

> « *Change programmes which succeed in reshaping non-clinical aspects of work (such as the condition of waiting areas) but which fail to reshape clinical processes cannot be seen as achieving a fundamental impact on the organization* » (McNulty et Ferlie, 2002: p.70)

Alors qu'il aurait le meilleur impact sur l'amélioration du service, les initiatives d'amélioration des processus-clés connaissent une résistance élevée de la part des professionnels. En effet, lorsque les médecins sont impliqués dans les choix stratégiques reliés à l'amélioration projetée, il y a plus de chances que cette stratégie soit opérationnalisée et que l'organisation devienne plus performante (Goldstein et Ward, 2004). L'implication des médecins compenserait même le manque d'investissement dans les infrastructures en augmentant la performance de l'organisation (Goldstein et Ward, 2004). La puissance médicale se traduit donc véritablement dans le succès ou l'échec des stratégies de changement. Même lorsqu'on cherche à déployer des moyens pour minimiser l'emprise des professionnels, il semble que les résultats ne suivent pas. Par exemple, en Grande-Bretagne, des efforts de rationalisation du travail des professionnels (par une tentative d'augmentation des heures de travail des chirurgiens), n'ont pas réussi, comme c'était le cas dans d'autres secteurs publics, et ont été atténués, justement, par le pouvoir des médecins qui s'est exercé à travers un enchevêtrement d'éléments de résistance au contrôle et une coalition réunissant des individus influents, et ce malgré une restructuration organisationnelle pour l'empêcher. (Dent, 2003). D'ailleurs, plusieurs innovations disponibles pour améliorer la qualité des soins peuvent être freinées par le désir des médecins de protéger leur autonomie professionnelle (Denis *et al.*, 2002). En effet, dans le cas présenté par Denis *et al.*, (2002), il semble que le succès de la diffusion d'une innovation dépende plutôt de sa conformité avec les valeurs, les croyances, les perceptions et le jugement de la situation par ces groupes influents que du véritable bénéfice prouvé de l'innovation en question. Et plus la présence des professionnels est grande et la défense de leurs barrières professionnelles est impliquée, plus la diffusion d'innovations, qui seraient pourtant bénéfiques pour le patient, risque d'être compromise (Ferlie *et al.*, 2005).

Les établissements de santé font face à un autre défi de taille en regard de la gestion de leurs opérations : ils font partie des « organisations hautement fiables ». Ces organisations

qui comprennent l'aviation, l'industrie nucléaire, l'aérospatiale, l'armée, les forces de l'ordre sont conçues comme des organisations qui n'ont pas le droit à l'erreur et qui doivent se munir de mécanismes préventifs particuliers (Weick et Sutcliffe, 2001). Un de ces mécanismes au centre de l'organisation hautement fiable est le concept de « mindfulness », qui réfère à la capacité d'être dans un état de présence totale avec soi-même, selon les philosophies orientales dont il origine. Adapté aux organisations, il est utilisé pour référer à la capacité de continuer à se préoccuper des erreurs malgré leur faible occurrence, d'éviter de simplifier la complexité, de se préoccuper des opérations en partageant les expériences d'apprentissage; et il est utilisé aussi pour en appeler à la flexibilité impliquant une capacité de dépendre des experts en cas de crise (Weick et Sutcliffe, 2001). Toutefois, à la différence des autres organisations de ce groupe, l'établissement de santé se distingue au niveau de la nature de ses opérations. En effet, les processus à gérer de façon « mindful » ne s'appliquent pas à une machine, mais à un être humain qui a la capacité de souffrir, puisqu'il subit les activités propres au processus à rendre fiable, et que cette souffrance affecte la capacité de produire le service. Le but visé est aussi différent de celui des autres industries et a été identifié comme une des principales particularités de l'établissement de santé, puisqu'il touche la sécurité et l'efficience, mais celles-ci basées sur des préoccupations humaines et leur satisfaction (Patwardhan et Patwardhan, 2008).

Les mécanismes de coordination, souvent absents, entre les acteurs, qui produisent les soins et services dans l'établissement de santé, créent également un autre défi pour la gestion des opérations. Bien que ces acteurs du secteur hospitalier soient sensibles aux incitatifs financiers, ces derniers ne sont même pas suffisants pour les motiver à coordonner leurs activités (Jaffe et Scott, 1997). Ces acteurs sont plutôt sensibles aux résultats qui émanent des interactions enchevêtrées entre de multiples êtres humains, aux besoins et statuts différents, puisqu'ils ont un impact direct de souffrance, ou de vie ou de mort à l'échelle humaine (Patwardhan et Patwardhan, 2008 ; Shah *et al.*, 2008). Ce ne serait qu'en situation d'urgence « humaine » que la vocation, le partage de buts communs, le respect, la nécessité de mettre en commun ses connaissances et le sentiment d'urgence (au sens humain) permettent d'éviter le désastre et de coordonner l'action (Glouberman et Mintzberg, 2001; Shah *et al.*, 2008). En fait, la coordination est un aspect qu'aucune règlementation n'arrivera à obtenir de manière prévue selon Foudriat (2011). En effet, les acteurs seraient peu enclins à interpréter les règles de coordination avec le paradigme organisationnel et seraient réticents à devenir l'instrument de ces règles.

Nous retenons des éléments présentés que la prestation d'un service professionnel, hautement fiable aux impacts humains, contribue également à distinguer l'établissement de santé, puisqu'il en complexifie la gestion des opérations.

Ce premier chapitre nous a permis de mieux comprendre l'établissement de santé en tant qu'organisation complexe, dont la structure de gestion subit l'influence de l'organisation clinique, et que les cliniciens, et plus particulièrement les médecins, pouvaient être très

influents. Mais il existe un lien étroit entre les différents professionnels oeuvrant au sein des établissements de santé. Les interactions qu'ils entretiennent entre eux s'appuient sur une certaine légitimité clinique, mais ne sont pas dénuées d'enjeux politiques. Nous utilisons les notions de bureaucratie multiprofessionnelle, de structure clinique et de prestataire de services critiques pour résumer les caractéristiques de l'établissement de santé, puisque celui-ci se présente comme une structure clinique hautement fiable reposant sur la professionnalisation et la légitimisation qui, à leur tour, complexifient la coordination et la gestion stratégique des effectifs et des opérations. La troisième portion de notre revue de la littérature nous permettra de mieux comprendre la complexité politique des interactions que les différents acteurs du secteur hospitalier entretiennent entre eux.

1.5 Conclusion

Déterminer ce qui caractérise et distingue un établissement de santé reste un grand défi. Les éléments principaux que nous retenons sont les suivants. Tout d'abord, la complexité des interactions et la multiplicité des acteurs donnent naissance à une structure professionnelle particulière : une bureaucratie multiprofessionnelle ambiguë stratégiquement. Cette structure implique un pouvoir clinique collectif dont les limites se négocient à travers la définition identitaire des professions. Puis, issue de ce contexte, il se développe une puissance clinique qui transforme les relations de la hiérarchie, divise la structure de gouvernance et implique des jeux de pouvoir qui influencent à leur tour la structure. De plus l'établissement de santé doit composer avec des impératifs propres à sa condition de prestataire de services. Ces éléments complexifient la gestion du processus de soins. Enfin, le contexte organisationnel se crée dans l'incertitude qui reste nécessaire pour l'ajustement des actions professionnelles face aux différents états cliniques. Il implique des mécanismes de coordination particuliers et une standardisation adaptée à la complexité clinique qui est de facto variable. Finalement, le secteur hospitalier touche des activités dont les conséquences ont un impact humain et émotionnel. Ces différents éléments créent ensemble une organisation distincte.

L'analyse de la constitution formelle de l'établissement de santé n'aurait pas permis de relever cette complexité. Ce premier chapitre nous permet de démontrer la complexité qui permet à l'informel de prendre racine dans le contexte où s'inscrit tout changement au sein des établissements de santé. Puis, en nous informant sur le contexte dans lequel se déroulera notre projet de recherche, il nous permet de mettre en perspective la littérature sur les initiatives d'amélioration des processus que nous présenterons dans le chapitre qui suit. En effet, nous constaterons que l'analyse qui est faite, concernant les initiatives d'amélioration des processus, reste rationnelle et met rarement à contribution les dimensions stratégiques et subjectives du changement.

CHAPITRE 2 : LES INITIATIVES D'AMÉLIORATION DES PROCESSUS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Nous présentons dans les pages qui suivent trois initiatives d'amélioration des processus que nous avons ciblées dans le cadre de notre recherche. À la suite de leur succès dans d'autres industries, ces trois initiatives ont été mises en place dans le secteur de la santé. La majorité des publications disponibles sur ces initiatives sont des « success stories » ou des « best sellers » dans lesquels sont rapportés les résultats découlant de la mise en place de l'approche. Une deuxième portion des publications approfondit l'utilisation des initiatives et se présente sous la forme de rapports d'analyse des facteurs-clés de succès ou d'échec. Enfin, les publications les moins nombreuses sont celles qui présentent une véritable analyse des initiatives mises en place et des changements vécus en faisant référence à divers cadres d'interprétation théoriques. Toutefois, ils traitent pratiquement exclusivement des aspects formels et techniques du changement. Même dans les revues de littérature plus récentes et malgré une augmentation importante des publications sur le sujet, la littérature se concentre toujours sur les barrières, les défis et les facteurs-clés de succès (D'Andreamatteo et *al.*, 2015). Notre revue de la littérature tient compte des trois types de publications et tentera d'établir les liens entre l'apparition de l'approche et son application au secteur hospitalier. Les trois approches choisies, soit le *Total Quality Management* (TQM), le Lean et le *Business Process Reengineering* (BPR), ont également été retenues, puisqu'elles ont toutes été ciblées comme des initiatives d'amélioration des processus, dont l'orientation stratégique se fait en fonction de différents objectifs de production (selon Bolden *et al.*, 1997 qui ont proposé une classification des approches). Enfin, selon ces auteurs, chacune des approches met l'accent sur un objectif différent de production : l'amélioration de la qualité (Total Quality Management), la réduction des coûts (Lean production), et la rapidité de réponse aux clients (Business Process Reengineering) (Bolden *et al.*, 1997).

Dans de ce chapitre, nous présenterons les différents sujets traités dans les études sur l'amélioration des processus, plus particulièrement dans le secteur hospitalier. La structure proposée nous permet de couvrir un large éventail d'implantations.

2.1 La mise en œuvre de la TQM dans le secteur de la santé

La section qui suit présentera d'abord quelques synthèses importantes de la littérature sur l'implantation de la TQM dans le secteur hospitalier. Puis, nous préciserons les principaux constats émanant de l'application de la TQM au secteur hospitalier.

L'implantation de la TQM dans le secteur hospitalier remonte à la fin des années 80, même si l'intérêt pour l'application des meilleures pratiques managériales en qualité au

secteur hospitalier remonte à 1910 (Sahney *et al.*, 1993). Sahney *et al.* (1993) conviennent que les premières expériences de la TQM dans le secteur hospitalier ont été rapportées en 1989 et focalisaient davantage sur les processus plutôt que sur les éléments spécifiques de variabilité; sur le collectif plutôt que l'individuel (Berwick, 1989; Bataldan *et al.*, 1989; Sahney *et al.*, 1989). Bigelow et Arndt (1995) présentent un résumé de la littérature qui relate les expériences vécues suite à l'implantation de la TQM dans le secteur hospitalier. Ces derniers auteurs retracent la littérature et la divisent en six grandes catégories (Descriptive-Definitional (35 publications), How-to regarding Implementation (31 publications), Pittfalls regarding Implementation (17 publications), Case (49 publications), Survey (5 publications) et Cautionary (8 publications)). Bigelow *et al.* (1995) démontrent que les articles les plus nombreux sont des cas, laissant peu d'études disponibles pour interpréter de manière plus approfondie le réel succès de l'approche dans le secteur hospitalier. En fait, les auteurs restent très critiques et soulignent que la majorité des études tiennent pour acquis que la TQM est d'emblée bénéfique. Nous retenons de la revue de littérature de Bigelow *et al.* (1995) que le regard sur l'expérience de la TQM dans le secteur hospitalier est plutôt orienté sur la description de l'approche. Même dans la section « cautionary », les expériences sont rapportées plutôt positivement.

Basé sur l'expérience taïwanaise et sur celle du Hospital Corporation of America, qui a eu lieu en collaboration avec quatre cents hôpitaux répartis dans le monde (Lin et Glousing, 1995), Yang (2003) identifie, quelques années plus tard, plusieurs particularités du secteur hospitalier qui doivent être prises en compte au moment de l'implantation de la TQM à travers un modèle d'implantation.

Yang (2003) dégage de ce modèle les principaux obstacles rencontrés dans la mise en oeuvre de la TQM dans le secteur hospitalier : la structure hiérarchique fonctionnelle qui limite les communications, le style de leadership spécialisé et enraciné dans son paradigme autoritaire laissant peu de marge de manœuvre aux employés, la culture autoritaire en contradiction avec la responsabilisation des employés, la coordination limitée par l'autonomie des professionnels, l'obtention d'un consensus limité par les médecins, les activités internes au centre de l'attention plutôt que le patient, les incitatifs des professionnels reliés à leur performance quantitative plutôt que qualitative et le manque d'effectif qui limite les opportunités. Il propose certaines solutions dans un modèle adapté au secteur de la santé, mais ses propositions restent générales et difficilement opérationnalisables. En effet, parmi les suggestions de Yang (2003), on retrouve le changement de la culture organisationnelle, la formationdes employés et la transformation du leadership en une forme plus ouverte. Bien que louables, ces suggestions ne traitent pas de la forme que doit prendre leur mise en œuvre.

Tel que le soulevait Bigelow *et al.* (1995), l'approfondissement empirique détaillé est rarement documenté et de nombreuses questions restent en suspens. En effet, plusieurs éléments ne sont pas précisés en ce qui a trait à la sélection des problématiques reliées à la TQM : l'impact de l'implication ou de l'absence d'implication des médecins sur la sélection des

problèmes identifiés, les particularités de la prise de décision dans le secteur hospitalier et l'influence des enjeux politiques et bureaucratiques, l'évaluation des bénéfices et la définition commune de la qualité (Bigelow *et al.*, 1995).

Quelques auteurs explorent avec plus de profondeur cette difficulté de mise en œuvre de la TQM dans le secteur hospitalier. Un des premiers éléments soulevés est la multitude de conceptualisations qui existent sur ce que représente la qualité (Natarajan, 2006; Zabada *et al.*, 1998). De plus, le leadership des acteurs clés semble difficile à imposer dans le secteur de la santé, alors qu'il constituerait un des éléments critiques pour assurer le succès de l'approche (Huq et Martin, 2000). Weiner *et al.* (1997) nous ont permis de mieux comprendre le type de leadership requis dans des approches de TQM ou d'amélioration continue clinique. Trois types de leadership sont identifiés par les auteurs : le leadership médical, le leadership de la direction générale et le leadership du conseil d'administration (Weiner *et al.*, 1997). Les conclusions de cette étude démontrent que les trois types de leadership sont importants et permettent de préciser le type de leadership médical qui augmente la participation soit les médecins qui jouent déjà un rôle administratif dans l'organisation. Cette double compétence du médecin semble donc être un des facteurs importants pour l'implantation de cette approche d'amélioration. La littérature spécialisée permet de comprendre le point de vue d'un médecin sur les façons d'engager ces derniers dans la TQM. James (1991) affirme que la vision médicale ne diffère pas tellement de celle inhérente à la qualité totale. Il résume les facteurs clés de succès pour mettre en oeuvre la TQM en trois points : présenter l'approche comme une extension directe des principes que la profession médicale a toujours soutenus; faire la distinction entre les différents médecins qui, en fonction de leur rôle dans l'organisation, n'ont pas les mêmes intérêts à participer aux projets d'amélioration; stabiliser le processus de soins en les rendant responsables des processus et de leur amélioration. Ces éléments de succès concernent directement la position de leadership que les médecins prennent dans l'organisation en ce qui a trait à l'amélioration des processus par la TQM. L'importance du leadership dans le secteur hospitalier a été confirmée dans l'application du modèle de la qualité totale de Deming (Douglas et Fredendall, 2004). De plus, la tentative d'améliorer la qualité au moyen d'une méthodologie trop structurée met l'emphase sur le bon fonctionnement du processus d'amélioration plutôt que sur la qualité en soi et réduit d'autant plus la motivation des cliniciens qui voient que l'atteinte d'une qualité réelle au sens où ils l'entendent n'est alors pas réalisable (Lozeau, 2002). D'ailleurs, cette démotivation de l'implication est à l'avantage des gestionnaires qui préserve ainsi leur autorité grâce au statu quo (Lozeau, 2002).

Shortell (1995) présente une revue de la littérature afin d'identifier les différentes barrières à l'implantation de la TQM dans le secteur hospitalier. Il propose un cadre d'analyse en plusieurs dimensions : culturelle, technique, stratégique et structurelle.

Le tableau 3 résume les constatations de Shortell (1995).

Tableau 3. Les grands enjeux de l'application de la TQM dans le secteur hospitalier selon les dimensions proposées par Shortell (1995)

	Dimensions			
	Culturelle	Technique	Stratégique	Structurelle
Constatations	Orientation vers les besoins à l'interne plutôt qu'à l'externe Culture bureaucratique qui limite l'autonomisation Peu d'engagements de la haute direction Styles de leadership héroïque ou basé sur le contrôle Résistance des cadres intermédiaires Peu d'implication des médecins	Apprentissage peu orienté vers la résolution de problèmes et le travail d'équipe Peu de données sur les enjeux de l'amélioration Absence de lien de cause à effet dans plusieurs secteurs Besoin d'identifier la complémentarité des activités entourant la prestation de soins	Nécessité d'alignement stratégique des priorités de l'amélioration Besoin de coordination des activités d'amélioration Transfert de connaissances insuffisant	Restructuration des frontières organisationnelles pour faciliter la reconnaissance des cercles et des équipes de la qualité Regroupement nécessaire des différentes activités de la qualité dans un seul secteur global Besoin de développer un système de financement et de récompense qui supporte les activités d'amélioration Besoin de partager les données avec la direction
Auteurs	Counte *et al.* (1992), Sheridan *et al.* (1994), Ernst and Young and the American Quality Foundation (1992), Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1992), Shortell *et al.* (1995), Bradford et Cohen (1984), MacLaughlin et Kaluzny (1990)	Berwick *et al.* (1990), Barsness *et al.* (1993), Ernst and Young and the American Quality Foundation (1992), Gaucher et Coffey (1993)	O'Brien *et al.* (1994), Ernst and Young and the American Quality Foundation (1992), Shortell *et al.* (1994)	Barsness *et al.* (1993), Ernst and Young and the American Quality Foundation (1992), Berwick *et al.* (1990), Ernst and Young and the American Quality Foundation (1992), O'Brien *et al.* (1992)

Dans un résumé de leur expérience dans le secteur hospitalier américain, Zimmerer et Zimmerer (1999) font également état de ces multiples barrières à l'implantation de l'approche. Mais, plusieurs des caractéristiques propres au secteur hospitalier, soulevées dans les expériences vécues par les acteurs du secteur hospitalier, sont réfutées une à une, en donnant l'exemple d'une industrie où de tels obstacles existaient également et ont été surmontés. Par exemple, à la mention que le processus de soins est critique, Zimmerer et Zimmerer répondent que d'autres industries, telles que l'aviation, l'aérospatiale et les forces de l'ordre, sont également reliées à un processus critique qui a même de plus grandes répercussions sur le nombre de vies potentiellement atteintes en cas de dysfonctionnement. Malgré l'intérêt d'identifier tous ces facteurs limitant l'implantation de la TQM dans d'autres industries, les auteurs ne soulèvent pas le problème de l'interaction entre tous ces éléments

qui construit effectivement la complexité du secteur hospitalier et se limitent à accuser la mentalité « The sacred view of HealthCare » comme un des principaux responsables de l'inertie. Pourtant, la TQM reste véritablement difficile à déployer lorsqu'elle n'est pas adaptée pour le secteur hospitalier (Eastman et Fulop, 1996; Brooks et Zeitz, 1999). En fait, le déploiement de l'approche s'est limité aux processus de soutien:

> « But, due to the distinctive nature of the health-care services, the application and success of TQM have been limited to administrative and other supportive functions only in most health-care organizations. » (Zabada et al., 1998, p. 57)

En effet, peu de projets d'amélioration, utilisant l'approche de la TQM, ont pu concerner la prise de décision des médecins, les stratégies de diagnostic, les traitements médicaux et aucun d'entre eux n'a mesuré les résultats en fonction de l'impact sur la santé globale du patient (Natarajan, 2006).

La prise en compte de l'importance des éléments sociologiques et humains est donc nécessaire pour que l'approche puisse être déployée dans le secteur hospitalier. Ils seraient même un des moyens importants pour permettre la réalisation de l'amélioration de la qualité dans le secteur hospitalier (Berwick *et al.*, 1992). Les expériences rapportées par Bate *et al.* (2008), à travers différentes études de cas, permettent de démontrer qu'une analyse approfondie des cas, qui ont eu du succès dans le déploiement de l'approche, met en évidence que la résolution de différents défis organisationnels politiques, culturels, structurels, éducationnels, émotionnels, physiques et technologiques, au niveau macro, méso ou micro, ont contribué au succès obtenu.

Un des cas analysés par Bate *et al.* (2008) mérite d'être détaillé : celui du San Diego Children's Hospital. Cet établissement s'est engagé dans un programme de standardisation des soins cliniques (Integrated Care Pathways ou ICP) visant la prise en charge de l'asthme. L'uniformisation de la prise en charge, grâce à la méthode reconnue de soins, est devenue rapidement la façon de faire par défaut dans 92% des cas de prise en charge de l'asthme, à moins de spécifications contraires, au lieu de devenir la méthode d'exception, comme c'était le cas avant l'initiative d'amélioration mise en place dans l'établissement. Même si plusieurs facteurs expliquent ce succès, ce qui ressort de l'analyse de Bate *et al.* (2008) est la contribution des éléments humains et interactionnels qui se manifestent de différentes façons, selon les cas. En effet, en investiguant l'adoption d'autres programmes similaires de standardisation de soins cliniques dans le même établissement, il nous permet d'approfondir les véritables enjeux organisationnels. L'étude de la clinique d'allergie et d'immunologie du même établissement a permis de constater que les ICP (Integrated Care Pathways) n'avaient pas été adoptés de la même façon. Ils avaient plutôt servi à provoquer des rencontres entre cliniciens pour discuter des meilleurs moyens de prendre en charge les soins prodigués aux patients et d'adapter cette prise en charge uniformisée. Les cliniciens de ce département ont

manifesté des réticences différentes en soutenant que l'ICP ne devait pas être utilisé à l'aveugle, mentionnant le rôle important que joue le jugement clinique dans de tels cas. Cette position, supportée par l'ensemble des intervenants en santé, a aussi permis d'identifier l'importance et la dépendance des cliniciens au jugement, à l'expertise clinique et à la confiance mutuelle, ce que d'autres auteurs avaient noté (Currie *et al.*, 2009 ; Shah *et al.*, 2008). En se reposant sur ces caractéristiques humaines et relationnelles pour orienter leur acceptation des projets de transformation des soins, les intervenants se positionnent comme des « communautés de pratique » et valorisent une expertise clinique commune (Ferlie *et al.*, 2005; Brown et Duguid, 1991) au détriment de la défense de leurs limites professionnelles (Abbott, 1988; Glouberman, 2001). Le cas de Bate *et al.* (2008) permet de révéler que ce ne sont pas que les facteurs techniques qui ont conduit à l'amélioration de la qualité des soins dans le cadre de cette expérience, mais plutôt l'influence de l'agence humaine, spécifique à ce contexte, se manifestant à travers l'intervention de multiples intervenants qui ont joué différents rôles à différents niveaux.

Les publications étudiant l'implantation de la TQM dans le secteur hospitalier ont fait ressortir certains éléments-clés caractérisant les difficultés rencontrées. Étant donné qu'un des facteurs-clés de succès de l'approche passe par le leadership des dirigeants, l'expérience de la TQM permet de mettre en évidence que le leadership du secteur hospitalier est particulier. En somme, la participation des médecins et des cliniciens semble fondamentale, complexe à réaliser et soumise à de nombreux défis qui mériteraient d'être approfondis, en analysant les éléments humains et sociologiques de l'approche à la manière de Bate *et al.* (2008).

2.2 La mise en œuvre de l'approche Lean dans le secteur de la santé

La mise en œuvre de l'approche Lean dans le secteur de la santé a d'abord été popularisée par la publication de Spear (2005) « Fixing Healthcare from the Inside, Today », dont le titre laissait présager un véritable espoir, même s'il ne référait pas directement à la méthodologie. En effet, Spear (2005) y présente différents hôpitaux qui s'intéressent à la réduction des gaspillages et la création de valeur, dont le Virginia Mason Medical Center (VMMC) l'un des établissements porteurs du succès de l'application de l'approche en santé. Différents écrits seront publiés par la suite sur le VMMC (Black et Miller, 2008 ; Bohmer et Fellins, 2006 ; Kaplan et Patterson, 2008 ; Kenney, 2010 ; Pham *et al.*, 2007). Bien que peu d'articles se concentrent au départ à approfondir les caractéristiques particulières de la mise en oeuvre de l'approche dans le secteur de la santé, le Lean se retrouve au cœur des publications sur les expériences vécues. En effet, le Virginia Mason Medical Center fonde un institut, le « Virginia Mason Institute », qui prodigue des formations pratiques sur l'approche. D'autres hôpitaux, cités par Spear (2005), dont le Allegheny General Hospital de Pittsburgh

(Grunden, 2008), répètent l'expérience du VMMC en développant des formations sur mesure qu'ils dispensent en donnant leur établissement comme exemple. Dans les dernières années, d'autres modèles de gestion se sont développés en tenant compte de la réussite de ces établissements qui ont déployé avec succès le Lean, tel que le ThedaCare au Wisconsin (Barnas, 2014). Sur la base de ces expériences, ce sont alors les problématiques de gouvernance qui retiennent l'attention des dirigeants (Landry et Beaudoin, 2014). En effet, pour faciliter la transformation Lean, les gestionnaires des établissements de santé doivent être près des opérations, apprendre à conseiller et soutenir les solutions envisagées par le personnel et les professionnels tout en établissant les priorités organisationnelles (Toussaint, 2013). Cette nouvelle approche permet de lier les objectifs stratégiques au quotidien des gestionnaires ce qui favorise l'intégration Lean aux multiples paliers de l'organisation (Landry et Beaulieu, 2016). Plusieurs ouvrages présentent l'application des principes et, surtout, des outils du Lean issus du système de production Toyota dans la gestion améliorée des processus des établissements de santé (Haraden et Resar, 2004 ; Miller, 2005 ; Jimmerson, 2007, Jimmerson, 2009 ; Black et Miller, 2008 ; Bohmer et Fellins, 2006 ; Kenney, 2010 ; Pham *et al.*, 2007 ; Kaplan et Patterson, 2008 ; Grunden, 2008 ; Aherne et Whelton, 2010 ; Fillingham, 2007). Le raffinement de la méthode et l'adaptation des outils au secteur de la santé font l'objet de la majorité des autres publications (Lewis, 2001 ; Graban, 2008 ; Jimmerson, 2007 ; Jimmerson, 2009 ; Kim *et al.*, 2006).

Sobek et Lang (2010) rapportent effectivement, dans une revue de littérature récente, que la majorité de la littérature se concentre sur la description des cas où l'approche a été implantée, sur les outils utilisés et sur l'identification des facteurs-clés de succès (Dickson *et al.*, 2009 ; Pham *et al.*, 2007 ; Tonkin et Bremer, 2009 ; Spear, 2005 ; Roberts et Singh, 2009 ; Sobek et Jimmerson, 2003 ; Kaplan et Patterson, 2008). Poksinska (2010) rapporte également les multiples caractéristiques attribuées à la méthodologie Lean lorsqu'elle est appliquée dans les établissements de santé. Les plus fréquentes sont l'amélioration des processus, le flux continu, la cartographie de la chaîne de valeur et la modélisation des processus qui y est rattachée, la réduction des gaspillages et le travail d'équipe. L'application de l'approche Lean au secteur hospitalier est donc surtout limitée à certains outils plutôt qu'à l'implantation de la philosophie comme telle par exemple, la cartographie de la chaîne de valeur, le 5S, les événements kaizen et la modélisation des processus (Young et al., 2004; Zidel, 2006; Sobek et Lang, 2010). Justement, alors que l'approche s'est restreinte à l'utilisation d'outils, il semble pourtant qu'un des facteurs-clés de son succès soit plutôt la dissémination de la philosophie (Lean thinking) à l'ensemble des acteurs impliqués (Sobek et Lang 2010). En effet, l'implantation incrémentielle des outils reste insuffisante pour effectuer un changement durable au niveau culturel, même si les facteurs-clés de succès sont rencontrés (Harrisson, 2016). D'ailleurs, Sobek et Lang (2010) émettent cette recommandation aux ingénieurs industriels qui tenteraient de déployer l'approche sans y intégrer ce besoin:

> *« For example, that wide-spread involvement is important for successful implementation means that IE's (industrial engineers) will not likely succeed without engaging front-line staff, management, and physicians in their efforts. »* (Sobek et Lang, 2010 :extract of Proceedings of the 2010 Industrial Engineering Research Conference).

Il faut dire qu'il semble que le Lean ait tendance à se transformer à mesure qu'il se déploie dans l'établissement de santé, ce qui dissémine la capacité de mettre en évidence ses bienfaits, mais aussi d'atteindre les résultats escomptés (Andersen et Rovik, 2015).

Ainsi, l'implantation insuffisante de la philosophie Lean et du changement de la culture organisationnelle qui y est relié pourrait expliquer le peu de succès de certaines initiatives (Bhasin et Burcher, 2006 ; Cooper et Mohabeersingh, 2008 ; Joosten *et al.*, 2009). La difficulté reliée à cette problématique reste la définition de la notion de « valeur », au centre de la philosophie Lean, méritant d'être mieux comprise, étant donné la pluralité des interprétations possibles dans le secteur hospitalier (Young, 2009 ; Joosten *et al.*, 2009).

Enfin, il existe peu d'études qui permettent d'analyser les problématiques reliées à l'implantation de l'approche, puisque celle-ci est récente dans le secteur hospitalier. Toutefois deux études méritent d'être présentées.

Une étude ethnographique d'un projet Lean au sein d'un département d'un établissement du NHS au Royaume-Uni a démontré un impact potentiel important sur la réorganisation des pratiques cliniques. Toutefois, les auteurs précisent:

> « …, by investigating how Lean interacts with and impacts upon clinical practices, we find that this potential is not easily realised. » (Waring et Bishop, 2010: p.1339)

En effet, les auteurs soulignent le défi d'impliquer les cliniciens dans le projet de changement et même de favoriser leur leadership. Malheureusement, cette étude met en évidence qu'une minorité d'individus répondent favorablement à cette implication et que, dans la majorité des cas, ils le font pour avancer leur carrière. Waring et Bishop (2010) mettent encore une fois en évidence la résistance des cliniciens envers les pratiques managériales émanant des gestionnaires, même si elles sont basées sur des données probantes (Lozeau *et al.*, 2002), et qu'elles sont porteuses d'espoir (Fillingham, 2007).

L'autre étude qui mérite d'être mentionnée est celle de Papadopoulos et Merali (2008) qui soulignent l'importance de mieux comprendre la dynamique survenant au moment de l'implantation de l'approche. Différents mécanismes humains et techniques interagissent et les auteurs proposent d'utiliser une analyse de réseaux d'acteurs (Actor Network Theory-ANT) pour mieux les cerner (Papadopoulos et Merali, 2008). D'ailleurs l'ANT est privilégiée

puisqu'elle ne se limite pas qu'aux aspects techniques de l'amélioration des processus et permet d'expliquer la cohésion permettant la réalisation avec succès d'un projet Lean :

> « The ANT approach is particularly well suited to address the issues inherent in such a change because it incorporates human and non-human social and technical factors into actor-networks, and recognizes the dynamic and emergent nature of networks. » (Papadopoulos et Merali, 2008: p. 47)

Quelques éléments permettent donc de distinguer l'approche appliquée au secteur de la santé de celle initialement développée par Toyota dans l'industrie automobile. Le premier point est la préoccupation que prend le patient. En effet, la valeur se définit selon le point de vue du patient en tant que client et dans le cadre de la présence de multiples parties prenantes (Young, 2009 ; Poksinska, 2010). Cet aspect de préoccupation pour le client n'était pas si évident au départ dans le système de production Toyota (Ohno, 1988). Le second point est la place importante que prend la cartographie de la chaîne de valeur, le flux continu et la réduction des gaspillages dans le secteur hospitalier (Poksinska, 2010 ; Sobek et Lang, 2010), alors que le temps de mise en route, la production à flux tirés et la prévention des erreurs (poka yoke) ne sont pratiquement jamais relevés, contrastant avec les éléments importants relevés dans le secteur manufacturier (Pettersen, 2009). Le tableau 4 résume les principales différences émanant de la littérature sur l'application de l'approche au secteur de la santé.

Tableau 4. Caractéristiques de l'approche Lean relevées dans la littérature

Caractéristiques relevées dans la littérature	Lean Production (Pettersen, 2009)	Lean Healthcare Poksinska, 2010)
Le plus fréquemment	Réduction du temps de mise en route Amélioration continue Production à flux tirés Prévention des erreurs (Poka Yoke) Nivellement de la production	Amélioration des processus Flux continu Cartographie de la chaîne de valeur et modélisation des processus Réduction des gaspillages Travail d'équipe
Le moins fréquemment	Production en cellules Synchronisation des processus Réduction du temps de cycle Implication des employés et formation polyvalente	Flux unitaire Prévention des erreurs (Poka Yoke) Gestion visuelle Juste-à-temps

Finalement, la recherche permet de mettre en évidence que des mécanismes, différents de ceux connus dans les secteurs traditionnels, permettent de coordonner la chaîne logistique dans le cadre de l'implantation de l'approche Lean dans le secteur hospitalier, un contexte où la demande est variable et incertaine (Shah *et al.*, 2008 ; Papadopoulos et Merali, 2008). Dans l'étude de Shah *et al.* (2008), certaines hypothèses sont soulevées pour expliquer

le succès de la coordination des efforts de participants décentralisés, mais les auteurs ne peuvent démontrer que la philosophie de l'approche Lean y ait contribué et proposent plutôt que des éléments relationnels particuliers en soient responsables. Pourtant, la philosophie Lean (Lean thinking) pourrait être un des éléments les plus prometteurs dans le secteur hospitalier, même si son application reste limitée (Cooper et Mohabeersingh, 2008 ; Young, 2009 ; Joosten *et al.*, 2009). De nouvelles avenues de la recherche sur l'expérience du Lean au sein des établissements de santé suggèrent que les problématiques d'implantation soient reliées à l'incapacité des gestionnaires d'adapter leur style de gestion à cette philosophie (Toussaint, 2015).

En conclusion, la littérature sur le Lean santé reste limitée et descriptive. Différentes hypothèses commencent à surgir concernant la capacité de l'approche Lean à mieux répondre aux particularités du secteur hospitalier. La littérature démontre qu'il n'est toutefois pas superflu d'aborder la problématique des multiples perspectives (Young, 2009 ; Poksinska, 2010) et des enjeux microcontextuels (Papadopoulos et Merali, 2008 ; Waring et Bishop, 2010 ; Shah *et al.*, 2008).

2.3 La réingénierie des processus dans le secteur de la santé

La transposition de la réingénierie des processus au secteur hospitalier conduit à la recherche d'explications plus approfondies sur l'expérience vécue. En effet, la nature même de l'approche, qui oblige de faire abstraction du contexte, semble créer plus de résistance dans le contexte politisé du secteur hospitalier, ce qui se reflète dans le type de littérature disponible.

Une première portion de la littérature identifie les facteurs clés de succès et d'échec. À cet effet, il semble que la littérature touchant les applications de la réingénierie dans le secteur hospitalier démontre que le succès de la réingénierie des processus est principalement attribué à la planification du changement et à l'engagement des dirigeants. Ainsi, parmi les facteurs reliés à la planification du changement, on retrouve ceux qui concernent l'analyse stratégique, la formation des équipes et l'attribution des ressources. L'analyse stratégique implique la connaissance de la méthodologie (Buchanan *et al.*, 2007), l'adaptation des outils au secteur de la santé (Patwardhan et Patwardhan, 2008), l'utilisation d'outils de gestion (Lai *et al.*, 1999) et l'utilisation d'une approche holistique (Lai *et al.*, 1999; Stebbins *et al.,* 1998), tout en comprenant que « ce sont les processus et non pas l'organisation qui font l'objet de BPR » (Hammer et Champy, 1993, p. 117). La formation des équipes et l'attribution des ressources se traduisent par la dotation d'un personnel dédié à la réingénierie (Stebbins *et al.,* 1998), la participation active de l'équipe de réingénierie et la coopération (Lai, 1999, Stebbins *et al.,* 1998), l'apprentissage externe (Lai *et al.*, 1999) et le

partage des mécanismes d'apprentissage, de même que l'intégration dynamique dans le changement (Stebbins *et al.*, 1998).

Enfin, l'engagement des dirigeants mentionné comme un des facteurs importants par Hammer et Champy (1993) a été identifié dans le secteur hospitalier par le leadership à vocation inspirationnel, se traduisant par une vision (Patwarhan et Patwardhan, 2006; Walston et Kimberly, 1997) et des actions qui témoignent de l'engagement comme tel (Lai *et al.*, 1999; Stebbins *et al.*, 1998; Patwarhan et Patwarhan, 2006).

Pourtant, la transposition de l'approche au secteur hospitalier, sans qu'elle soit adaptée, peut présenter certains défis supplémentaires. Par exemple, Hammer et Champy (1993) ont précisé les moyens utilisés par les leaders de la réingénierie pour avoir l'autorité suffisante afin que le changement se produise. Ils suggèrent d'intégrer des éléments externes et des individus ayant les mêmes occupations, mais qui ne sont pas imprégnés par la culture organisationnelle. Dans l'hôpital, ce préalable est plus difficile à respecter. En effet, l'autorité hiérarchique est existante, mais moins contraignante que dans d'autres secteurs, puisque les professionnels de la santé peuvent toujours revendiquer leur autonomie professionnelle sur les décisions cliniques (Walshe et Rundall, 2001). De plus, les professionnels qualifiés et capables d'accompagner l'organisation dans le changement, même externes, ont souvent les mêmes idéologies socioprofessionnelles, étant issus des mêmes ordres professionnels ou syndicats qui permettent la construction d'une identité professionnelle similaire (Abbott, 1998; Glouberman et Mintzberg, 2001). Dans d'autres cas, si on fait appel au mauvais groupe de professionnels comme conseiller externe, on peut se heurter à une impasse et à une fermeture des frontières de la profession, et le travail en communauté deviendra difficile (Ferlie *et al.*, 2005). En effet, dans les organisations où de multiples professions interagissent, il a été démontré que l'interaction entre les différents professionnels pouvait même être un frein au déploiement de certaines innovations prouvées cliniquement (Ferlie *et al.*, 2005). Il devient donc difficile de mettre en pratique les suggestions de Hammer et Champy (1993) dans le secteur hospitalier.

Quant à l'échec des projets de réingénierie dans le secteur hospitalier, il est plutôt attribué à la main-d'œuvre et se manifeste directement par des facteurs reliés aux enjeux politiques et stratégiques et la perception de la méthode par les acteurs.

Les facteurs reliés aux enjeux politiques et stratégiques, tels que l'absence de prise en considération des valeurs et croyances des acteurs concernés (soulevé par Hammer et Champy,1993), ont aussi été relevés dans les études effectuées dans le secteur hospitalier. Ces dernières mentionnent l'absence de consensus sur le processus actuel ou futur (Buchanan, 1997), la présence de multiples agendas politiques (Buchanan, 1997) à travers les modalités de l'apprentissage (Ho et Chan, 1999), la peur de perdre son emploi (Patwardhan et Patwardhan, 2008; Ho et Chan, 1999; Abdolvand *et al.*, 2008) et la résistance médicale (Ho et Chan, 1999; Abdolvand *et al.*, 2008; Walston et Kimberly, 1997). Les impacts

de ces enjeux se traduisent par l'incapacité de réaliser le changement dans l'intervalle de temps requis (Patwardhan et Patwardhan, 2008). Les facteurs d'échecs, reliés aux perceptions de la méthode par les acteurs, se manifestent par une perception qui est nuancée selon le niveau qu'ils occupent dans l'organisation et le temps qui s'est écoulé depuis le projet (Walston et Chadwick, 2003).

Même les facteurs attribuables aux dirigeants sont teintés de la perception des acteurs. En effet, parmi les facteurs qui ne sont pas attribués à la main-d'œuvre, on note : la définition floue de la méthode et de l'évaluation de son succès (Buchanan 1997; Boudreau et Robey, 1996; Walston et Chadwick, 2003; Walston et Kimberly, 1997; Walston et Bogue, 1999). Dans certains cas, la résistance au changement qui a contribué à transformer la méthode elle-même la rend difficile à identifier comme telle puisqu'elle se transforme en une forme plus subtile qui répond aux besoins des professionnels. Cette transformation rend difficile l'évaluation de son succès (Mc Nulty et Ferlie, 2002).

Il semble que l'approche qui se veut radicale et « top-down » contribue à la résistance de la main-d'œuvre. En effet, Patwardham et Patwardhan (2008) rapportent les propos recueillis par Jones (1996, p.4284) sur la vision de l'approche par les cliniciens : « a brutal and inappropriate technique ».

En effet, l'expérience du Leicester Royal Infirmary, sur laquelle nous avons un peu de recul, a permis de constater que le contexte politique était un élément central dans la capacité de mettre en œuvre cette approche (Buchanan, 1998). À leur tour, McNulty et Ferlie (2002) avaient également constaté que l'enjeu était déterminant :

> « The power base of professional workers-here doctors-remains a crucial factor in the organizational context of change within the healthcare sector. » (McNulty et Ferlie, 2002 : p. 2).

D'ailleurs, plusieurs auteurs soulèvent l'importance de se poser des questions sur les particularités du secteur public et l'application potentielle, voire distinctive, qui serait nécessaire dans le secteur hospitalier (McNulty et Ferlie, 2002; Buchanan, 1998; Willcocks *et al.*, 1997). Ils précisent que l'hôpital est une organisation hautement politisée, dont les acteurs ont des buts et agendas qui leur sont propres et dont la structure subit l'impact de cette professionnalisation. La gestion des aspects humains, tels que les émotions et les changements de rôles, est également critique (Jaffe et Scott, 2001). Récemment, Champy et Greenspun (2010) ont publié un livre sous le même format que celui que Champy avait publié en 1993 avec Hammer, mais il s'adresse cette fois-ci au secteur hospitalier : « Reengineering health care : A manifesto for radically rethinking health care delivery ». À travers les apprentissages du déploiement de l'approche dans le secteur hospitalier, celui que retiennent les auteurs est effectivement le leadership nécessaire des cliniciens et plus particulièrement des médecins.

Puisque la réingénierie des processus a souffert de la résistance des acteurs dans le secteur hospitalier (Buchanan, 1998, Patwardhan et Patwardhan, 2008; McNulty et Ferlie, 2002) et que le rôle des acteurs est pourtant crucial pour le déploiement avec succès de l'approche (Champy et Greenspun, 2010), la littérature confirme la pertinence de s'intéresser au rôle du contexte sociopolitique dans la mise en œuvre de projets d'amélioration (dont la réingénierie) afin de préciser les éléments qui peuvent influencer la participation des acteurs et le succès des approches.

2.4 Similarités et différences entre les approches d'amélioration des processus

Cette dernière section nous permet de compléter notre revue des articles-clés et récents concernant les trois approches d'amélioration des processus qui font l'objet de cette thèse. D'une part, cette revue nous conduit à relever certaines similarités et certaines différences entre les approches. Puis, d'autre part, ces différences et similarités nous permettent d'identifier les grandes problématiques vécues dans leur implantation des approches d'amélioration des processus dans le secteur hospitalier. Ceci nous permettra de préciser ce que nous désirons approfondir dans le cadre de nos recherches.

Les approches présentent quelques similarités sur le plan théorique : leurs origines sont souvent similaires et émanent du désir d'améliorer la qualité dans l'industrie; elles partagent plusieurs outils communs; elles se concentrent sur les processus et elles impliquent un changement. Ce changement, qui se fait au niveau des processus, implique de se doter de moyens qui les mettent en évidence explicitement, que ce soit par la cartographie de la chaîne de valeur ou par la mesure statistique des activités qui les constituent. Cette mise en évidence du processus amène l'ensemble des acteurs à se référer à une image commune du processus (actuel ou idéal), à la qualité de ce processus ou à la valeur de celui-ci, afin de guider leurs activités. Les trois approches favorisent donc une standardisation des activités.

Les similarités relevées dans la littérature sont présentées dans le tableau 5.

Tableau 5. Similarités relevées entre la TQM, le Lean et le BPR par l'étude de la littérature

	TQM	Lean	BPR
Emphase sur le processus	Hackman et Wageman, 2000 ; Deming, 1982 ; Crosby, 1979 ; Juran, 1974; Ishikawa, 1985	Ohno, 1988; Shingo, 1984; Womack *et al.*, 1990; Spear et Bowen, 1999	Hammer et Champy, 1993
Multiples perspectives sur la nature de l'approche	Hackman et Wageman, 2000 ; Spencer, 1994	Pettersen, 2009 ; Young, 2009 ; Poksinska, 2010	Grover,et Malhotra 1997 ; O'Neill et Sohal, 1999
Littérature orientée sur la faisabilité et la performance des approches	Bigelow et Arndt, 1995	Sobek et Lang, 2010 ; Poksinska, 2010	Abdolvand *et al.*, 2008 ; Al-Mashari et Zairi, 1999
Origines en réaction à l'environnement d'affaires au Japon et aux USA	Deming, 1982 ; Crosby, 1979 ; Juran, 1974; Ishikawa, 1985	Ohno, 1988; Shingo, 1984; Womack *et al.*, 1990; Spear et Bowen, 1999	Hammer et Champy, 1993

La littérature sur les trois approches nous permet de relever certaines similarités en ce qui a trait aux expériences d'amélioration des processus, mais il existe également certaines différences entre elles. En pratique, les trois approches sont également difficiles à distinguer. L'ensemble des outils disponibles pour l'amélioration des processus et de la qualité sont regroupés dans différents coffres à outils qui ont certains points en commun (Andersson *et al.*, 2006). De plus, les approches sont modifiées dans leur déploiement et adaptées par les groupes résistants (McNulty et Ferlie, 2002). Enfin, les concepts ne sont pas toujours utilisés tels que prescrits par l'approche, même s'ils en gardent le nom (Hackman et Wageman, 2000 ; Grover et Malhotra, 1997 ; O'Neill et Sohal, 1999 ; Pettersen, 2009).

En fait, il est plus facile de distinguer la réingénierie des processus de la TQM. Elle se positionne comme une approche radicale et « top-down » en termes de changement (Patwardhan et Patwardhan, 2008). Le Lean et la TQM semblent plus similaires, provenant tous les deux de l'évolution de la qualité au Japon. Toutefois, il est intéressant de souligner les quelques distinctions relevées dans la littérature. En effet, même si la TQM vise autant l'élimination des gaspillages que le Lean, ce qui la distingue de cette dernière approche est la raison fondamentale qui l'amène à viser ces activités. En effet, alors que la réduction des gaspillages est un des éléments centraux du Lean, la TQM, elle, cible plutôt l'augmentation de la satisfaction des clients par une meilleure utilisation des ressources et fait de la réduction des gaspillages un moyen plutôt qu'une fin (Andersson, 2006). Pourtant Pettersen (2009) soutient que le but visé par la réduction des gaspillages est d'augmenter la valeur pour le

client dans le cas du Lean et de diminuer le coût de la non-qualité pour la TQM. Même si l'interprétation des différences par ces deux acteurs semble opposée, ce n'est pas tout à fait le cas. La réduction des gaspillages devient le résultat escompté pour augmenter la valeur pour ce qui est du Lean (en avoir pour son argent), alors qu'il s'agit d'un moyen pour la TQM pour augmenter la satisfaction des clients (avoir ce qu'on veut). Ainsi, Pettersen (2009) soulève que la définition de « gaspillage » qu'emploient respectivement la TQM et le Lean, n'est pas la même. Le Lean identifie les sept formes que prend le gaspillage (Ohno, 1988), alors qu'il s'agit de tout ce qui peut être éliminé pour améliorer le processus dans la TQM. Il faut toutefois préciser que certains auteurs pensent que l'emphase sur le gaspillage ne permet pas de bien refléter les concepts sous-jacents de la philosophie Lean qui comprennent bien sûr le « muda » (gaspillage), mais aussi le « mura » (variation) et le « muri » (excès) (Radnor *et al.*, 2012).

Une autre différence soulevée par Andersson (2006) entre le Lean et la TQM est la forme que revêt le travail effectué sur le processus. Ainsi, l'approche Lean procède par projet d'amélioration, alors que la TQM favorise l'harmonisation et l'amélioration continue des processus, en favorisant l'engagement et l'implication des employés à long terme. L'amélioration peut être continue, mais en retravaillant sur le même processus : « *The core philosophy is to continually improve a process by removing non-value added steps or 'waste' (Japanese : 'muda')* » (Radnor *et al.,* 2012, p.365). Au niveau méthodologique, les approches se distinguent également, selon Andersson (2006). Le Lean propose des outils d'analyse qui se concrétisent dans un résultat diagnostique, alors que la TQM propose une approche cyclique et un outillage qui permettent de réaliser les améliorations. Pettersen (2009) soulève également cette distinction en précisant que contrairement à la TQM, le Lean ne propose pas un management par les faits. D'ailleurs, les critiques effectuées sur les différentes méthodes sont plutôt d'ordre conceptuel : on reproche à la TQM une confusion sur ses caractéristiques propres et au Lean le manque de flexibilité de ses concepts (Andersson, 2006). D'autres différences sont soulevées par Pettersen (2009). Parmi celles-ci, on note la préoccupation centrale des approches. La qualité est au centre des préoccupations de la TQM, alors que pour le Lean, c'est la production juste-à-temps.

Le tableau 6 présente les différences relevées dans la littérature sur les trois approches.

Tableau 6. Différences relevées entre la TQM, le Lean et le BPR par l'étude de la littérature

		TQM	Lean	BPR
Conceptue.lles	Changement	Amélioration de type continue (Deming, 1982 ; Crosby, 1979 ; Hackman et Wageman, 2000)	Changement progessif et partiel (Shingo, 1984 ; Ohno, 1988), émergent et directif (Esain *et al*., 2008), radical au niveau culturel (Kamata, 2008 ; Spear et Bowen, 1999)	Changement organisationnel radical et « Top-Down » (Patwardhan et Patwardhan, 2008)
	Approche	Concrétisation empirique imprécise (Black et Porter, 1996 ; Saraph *et al.*, 1989 ; Ahire *et al.*, 1996 ; Anderson *et al.*, 1994)	Difficulté à caractériser les éléments-clés qui font le succès de l'approche (Spear et Bowen, 1999 ; Sobek et Lang, 2010 ; Pettersen, 2009)	
	Style de stratégie	Importance de l'apprentissage (Pettersen, 2009)	Emphase sur les liens entre fournisseurs et clients (Spear et Bowen, 1999 ; Shingo, 1984 ; Pettersen, 2009) Focus sur la résolution des problèmes pratiques et courants et la standardisation des pratiques (Spear et Bowen, 1999 ; Pettersen, 2009)	Impact humain et structurel (Grover et Malhotra, 1997) Stimule les jeux micropolitiques (Knights et McCabe, 1998 ; Cornet, 1996 ; Guangming *et al.*, 2001)
Techniques	Théorie	Augmenter la satisfaction des clients grâce à une meilleure utilisation des ressources et diminuer le coût de	Réduction des gaspillages pour augmenter la valeur pour le client (Andersson *et al.*,	Redesign radical du processus élargi (Naslund, 2008 ; Patwardhan et Patwardhan, 2008)

		la non-qualité par la réduction des gaspillages (Andersson *et al.*, 2006 ; Pettersen, 2009)	2006 ; Pettersen, 2009)	
	But			Remplacer les processus défectueux (Patwardhan et Patwardhan, 2008)
	Définition (Gaspillages)	Satisfaire le client (Pettersen, 2009 ; Andersson *et al.*, 2006)	Augmenter la valeur (Pettersen, 2009 ; Andersson *et al.*, 2006)	
	Forme	Tout ce qui peut être éliminé pour améliorer le processus (Pettersen, 2009)	Sept formes (Défauts, suproduction, stocks, déplacements, traitements excessifs, transport et attente) (Pettersen, 2009)	Initiatives précises et limitées (Patwardhan et Patwardhan, 2008)
	Outils	Harmonisation et amélioration continue des processus par engagement et implication des employés (Andersson *et al.*, 2006)	Projets (Andersson *et al.*, 2006)	
	Préoccupation	Analytiques et statistiques (Pettersen, 2009)	Analytiques (Pettersen, 2009)	Analytiques (Hammer et Champy, 1993)
		Qualité (Deming, 1982 ; Pettersen, 2009, Hackamn et Wageman, 1995)	JIT (Ohno, 1988 ; Shingo, 1984 ; Pettersen, 2009)	Performance (Hammer et Champy, 1993)

Même si la distinction entre ces approches semble plutôt théorique, il reste que, dans le secteur hospitalier, c'est dans leur déploiement qu'elles démontrent leurs véritables différences. L'approche de la TQM vise directement à améliorer les activités qui ajoutent de la valeur (augmenter la qualité) et se réalise grâce au leadership des dirigeants, mais aussi en rendant les employés responsables et imputables de ces changements (Deming, 1982 ; Juran et Gryna, 1988 ; Ishikawa, 1985 ; Crosby, 1979). Cette caractéristique implique que l'approche doive être adoptée conjointement par les médecins qui, dans le secteur hospitalier,

détiennent une partie du pouvoir (Huq et Martin, 2000 ; Weiner *et al.*, 1997). De plus, les médecins sont directement visés au niveau de leurs activités critiques (core technical). Cet obstacle majeur explique les difficultés rencontrées par l'approche dans le secteur hospitalier (Zabada *et al.*, 1998 ; Natarajan, 2006). La réingénierie des processus, quant à elle, se présente comme une alternative plus ciblée qui permet de repenser un processus particulier (Hammer et Champy, 1993). En excluant que le processus actuel se soit construit dans un contexte politisé, elle ne tient pas compte des enjeux micropolitiques, présents dans une organisation pluriprofessionnelle, qui peuvent être impliqués, lorsque l'on propose un processus complètement distinct (McNulty et Ferlie, 2002 ; Buchanan, 1998). Enfin, le Lean se concentre sur les activités qui n'ajoutent pas de valeur. Toutefois, il reste qu'elle est confrontée aux multiples perspectives sur la notion de valeur (Young, 2009 ; Joosten *et al.*, 2009) et sollicite des mécanismes de coordination difficiles à caractériser (Papadopoulos et Merali, 2008; Shah *et al.*, 2008).

L'implantation de ces différentes approches dans les établissements de santé a démontré que la principale problématique est reliée au fait qu'elles n'ont souvent pas été implantées jusqu'au bout à cause des barrières internes souvent imposées par les cliniciens, le manque de stratégie et l'intégration pièce par pièce (Yasin *et al.*, 2002 ; Shortell, 1995 ; Weiner *et al.*, 1997 ; Sobek et Lang, 2010 ; Waring et Bishop, 2010 ; McNulty et Ferlie, 2002).

Le résumé des principaux constats relevés dans la littérature, concernant le déploiement des trois approches dans le secteur hospitalier, est présenté dans le tableau 7.

Tableau 7. Particularités relevées dans la littérature sur le déploiement de la TQM, du Lean et du BPR dans le secteur hospitalier

TQM	Lean	BPR
Problématique avec le leadership médical (Yang, 2003 ; Huq et Martin, 2008 ; Weiner *et al.,* 1997) Culture organisationnelle inadaptée (Yang, 2003 ; Shortell, 1995) Perspectives multiples de la notion de qualité (Natarajan, 2006 ; Zabada *et al.*, 1998) Défis techniques, stratégiques et structurels (Shortell, 1995) Projets limités au processus de support (Zabada *et al,*, 1998 ; Natarajan, 2008) Besoin de prise en considération des enjeux humains et sociologiques (Berwick *et al,*, 1992 ; Bate *et al.*, 2008)	Limitation de l'approche à des outils spécifiques (Sobek et Lang, 2010) Implantation limitée de la « philosophie » Lean (Bhasin et Burcher, 2006 ; Cooper et Mohabeersingh, 2008 ; Joosten *et al.,*, 2009) Perspectives multiples de la notion de valeur (Young, 2009 ; Joosten *et al.*, 2009) Faible implication des médecins (Waring et Bishop, 2010) Cadres d'analyse inadaptés pour comprendre les aspects humains et techniques, pourtant significatifs (Papadopoulos et Merali, 2008) Besoin de mécanismes de collaboration (Shah *et al.*, 2008)	Absence de consensus sur les processus (Buchanan, 1998) Multiples agendas politiques (Buchanan, 1998 ; McNulty et Ferlie, 2002 ; Willcocks *et al.*, 1997) Résistance à l'approche « top-down » (Patwardhan et Patwardhan, 2008) Besoin de prendre en considération les aspects humains (Jaffe et Scott, 2001) Nécessité d'obtenir le leadership médical (Champy et Greenspun, 2010 ; McNulty et Ferlie, 2002)

Tel que mentionné, les trois approches que nous tentons de distinguer d'une manière théorique se présentent différemment dans la pratique. Les trois approches que nous avons présentées ne peuvent donc être utilisées que comme témoin à un phénomène plus général d'amélioration, puisque les approches regroupées dans cet effort d'amélioration présentent entre elles des frontières qui, en pratique, sont beaucoup plus floues. D'ailleurs, la littérature elle-même est scindée, selon l'importance que l'on donne à la qualité, à la performance ou au processus, et l'analyse détaillée des approches ne se retrouve pas dans les mêmes disciplines que l'analyse stratégique et organisationnelle des mêmes phénomènes. Les spécialistes en management se concentrent sur l'organisation d'un système de qualité (Bate *et al.* (2008) ; Brock (2006) ; Saraph *et al.* (1989) ; McNulty et Ferlie (2002) ; Lamothe (1996) ; Kohl *et al.* (1999) ; Glouberman et Mintzberg (2001) ; Edmondson *et al.* (2001) ; Denis *et al.* (1996) ; Denis *et al.* (2002)), alors que les spécialistes de la gestion des opérations détaillent l'élaboration d'un tel système au niveau des processus et de la performance espérée de cette production modifiée (Al-Mashari et Zairi (1999) ; Andersson *et al.* (2006) ; Black et Mille (2008) ; Flynn *et al.* (1995) ; Graban (2008) ; Grunden (2008) ; Jimmerson (2007) ; Jimmerson

(2009) ; Lewis (2001) ; Poksinska (2010) ; Shah *et al.* (2008) ; Spear (2005) ; Zimmerer et Zimmerer (1999)). Pourtant, l'ensemble de cette littérature cherche à proposer des solutions pour améliorer les manières de faire dans le secteur hospitalier en se basant sur ce qui a été fait dans d'autres industries.

Deux auteurs permettent de rassembler ces deux perspectives. Tel que mentionné en début de chapitre, Bate *et al.* (2008) proposent d'approfondir empiriquement l'analyse des expériences en utilisant un système qui permet de relier la perspective scientifique de l'amélioration à la perspective sociologique de celle-ci. La perspective scientifique pourrait correspondre à l'accent mis sur le déploiement technique optimal ou idéal des approches, telles que conçues par la littérature que l'on retrouve en gestion des opérations. La perspective sociologique, à laquelle il serait idéal de la relier, pourrait être celle du management dont la littérature regroupe l'influence des aspects plus humains de l'amélioration. Ces auteurs suggèrent d'ailleurs, après avoir analysé les liens entre ces deux perspectives, à travers plusieurs cas à succès d'implantation d'approche d'amélioration des processus, qu'il existe six grands défis à surmonter pour y arriver. Chacun des défis peut varier en intensité selon le contexte particulier dans lequel s'inscrit l'amélioration.

Les défis de Bate *et al.* (2008) sont structurels, politiques, culturels, éducationnels, émotionnels ; et physiques et technologiques. Selon Bate *et al.* (2008), le défi structurel englobe les enjeux entourant la planification, la structuration et la coordination des efforts d'amélioration. Le défi politique implique la capacité d'adresser les enjeux politiques, de négocier l'implication, d'anticiper la résistance. Le défi culturel vise la possibilité de promouvoir une vision collective partagée de l'effort d'amélioration. Le défi éducationnel est de mettre en place un format créatif d'apprentissage qui favorise l'amélioration continue. Le défi émotionnel est celui de la mobilisation des effectifs grâce à un modèle inspirant. Le défi physique et technologique implique finalement que le design des infrastructures supporte l'amélioration.

Tous ces défis ont également été soulevés par Baker *et al.* (2008) qui renforcent le besoin de faire le lien entre l'effort d'amélioration local et technique et l'importance de la coordination des efforts micro dans un environnement supporté, permettant de reconcevoir la structure de soins (qui inclut ici les processus et les infrastructures) et se situant à un niveau macro. Ces derniers auteurs ont utilisé le jugement d'experts, issus d'organisations mondialement reconnues en qualité dans le secteur de la santé, afin d'identifier les meilleures organisations parmi celles qui avaient investi dans des projets d'amélioration de la qualité et qui avaient eu du succès à long terme. Les auteurs ont revu la littérature et ont visité les finalistes, puis, ont présenté un résumé des facteurs identifiés comme ayant contribué au succès. Parmi les points communs relevés, les auteurs citent justement l'orientation de ces organisations à faire de l'amélioration un succès, l'insatisfaction constante face aux résultats obtenus et la dissémination inspirationnelle du projet à l'ensemble de l'organisation. Baker (2008) parle d'une gamme « d'attributs » permettant de déployer un effort d'amélioration avec

succès. Il résume ces attributs dans un tableau extrait de MacIntosh-Murray *et al.* (2006) que nous rapportons dans le tableau 8.

Tableau 8. Caractéristiques d'une amélioration réussie

Table 2. Attributes of successful improvement

Attribute	Elements
Culture	* Organization/leaders support and expect learning and innovation. * Organization/leaders value staff and empower all members to participate. * Organization/leaders focus on customers/patients. * Organization/leaders value collaboration and teamwork. * Organization/leaders are flexible.
Leadership	* Strong administrative leadership that provides role models for organizational values. * Leadership celebrates and even participates in improvement initiatives. * Emphasis on developing, fostering and inclusion in decision-making for clinical leadership and champions. * Board support: Board sets expectations by asking for reports on improvement initiatives and results. * Board provides continuity of expectations if administrative leadership changes.
Strategy and policy	* Leaders set clear priorities for improvement. * Improvement plans are integrated in the overall strategic plan as the means to achieve key strategic goals. * Leaders demonstrate both constancy of purpose and flexibility. * Operational policies and procedures, including human resources policies, provide incentives, rewards and recognition. * Incentives, rewards and recognition are aligned to support improvement work.
Structure	* Roles and responsibilities for improvement are clearly articulated. * Steering/oversight committees provide direction. * Teams and teamwork are part of structure.
Resources	* Organization provides time for staff members to learn skills and participate in improvement work. * Financial and material resources and human resources are available for improvement. * Quality improvement support/expertise: A core group of improvement experts is available to help teams and individuals. * Quality improvement department coordinates and supports initiatives.
Information	* Needed clinical and administrative data are readily available. * Information is available to support improvement.
Communication channels	* Organization has vehicles to communicate with stakeholders regarding priorities, initiatives, results and learning. * Ample forms of communication, including newsletters, forums, meetings and intranet sites.
Skills training	* Includes training in improvement methods, team and group work, project and meeting management, and epidemiology.
Physician involvement	* Physicians are involved in planning improvement initiatives and participate as team members. * Opportunities for physician and clinical leadership of improvement. * Clinicians "own" improvement.

Source: MacIntosh-Murray et al. (2006).

Source : Baker, R. *et al.* (2008). High Performing Healthcare Systems: delivering quality by design. Toronto, Canada: Longwoods Publishing: p. 18.

Bate *et al.* (2008) et Baker *et al.* (2008)) qui ont analysé plus globalement les efforts d'amélioration dans le secteur hospitalier, nous permettent de voir que, malgré la volonté de distinguer les différentes approches afin de mieux comprendre leurs facteurs-clés de succès ou d'échec, ce sont plutôt les différents niveaux d'analyse qui semblent permettre d'arriver à de telles conclusions.

2.5 Conclusion

Les trois approches que nous avons présentées ont démontré le potentiel de leur déploiement sur l'amélioration des processus dans différentes industries, de même que dans le secteur hospitalier. Lorsque nous nous attardons plus en détail aux raisons de leur échec ou aux difficultés reliées à leur implantation, nous sommes en mesure d'identifier certains éléments qui méritaient toutefois d'être approfondis. Premièrement, dans le secteur hospitalier, les trois approches démontrent que leurs problèmes d'implantation dans la pratique sont survenus très souvent au moment de remettre en question le travail des cliniciens, plus particulièrement des médecins. Deuxièmement, la majorité des études effectuées pour mieux comprendre cet état des choses se limitent à identifier et à nommer cette problématique. Peu d'auteurs présentent une analyse détaillée du contexte, plus particulièrement en ce qui concerne les aspects humains, politiques et sociologiques du changement, de même que les enjeux microcontextuels. Finalement, la littérature ne permet pas de mieux comprendre l'impact des multiples perspectives des acteurs sur l'amélioration des processus. En effet, la majorité des auteurs soulignent les limites du consensus, mais permettent rarement de mettre en évidence le caractère complexe du secteur et la dimension pluraliste des perspectives. Enfin, il semble que, pour obtenir une meilleure compréhension de ces enjeux, une perspective d'analyse combinant la dimension scientifique à la dimension sociologique de l'amélioration permette d'y arriver.

Il apparaît donc essentiel de mieux comprendre les éléments politiques, les stratégies d'action et les interactions des acteurs du secteur hospitalier ; et la façon dont ils intègrent le changement proposé à leurs routines de travail dans le cadre d'une initiative d'amélioration des processus.

CHAPITRE 3 : CADRE THÉORIQUE : ROUTINES DE TRAVAIL ET STRATÉGIES DE POUVOIR

La première portion de notre revue de la littérature a présenté les trois approches d'amélioration des processus que nous avons ciblées : la TQM, le Lean et le BPR. L'identification et la description des trois approches nous permettent de relever certaines similarités et différences, de même que les principaux problèmes qui ont émergé, suite à l'implantation de ces approches au sein des établissements de santé. Dans ce troisième chapitre, nous allons présenter les deux cadres théoriques que nous solliciterons afin de mieux comprendre les aspects humains et sociologiques (les aspects plus informels), identifiés comme contribuant aux difficultés d'implantation de ces approches. Nous nous appuyerons d'abord sur la dynamique des routines organisationnelles (« routine dynamics ») et nous nous intéresserons au changement situé (Feldman et Pentland, 2003). Puis, nous solliciterons l'approche de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977). Nous utiliserons ces deux cadres théoriques (l'approche de la dynamique des routines et l'approche de l'analyse stratégique) afin de mieux comprendre le lien entre les actions générées par les acteurs et l'agence dont ils font preuve stratégiquement pour générer les résultats attendus, mais aussi pour engendrer les changements qui les positionnent favorablement dans l'organisation. Ces cadres théoriques nous aiderons à analyser les caractéristiques des approches d'amélioration des processus et leur potentiel d'impact sur la dynamique interactionnelle, afin de mieux comprendre les difficultés d'implantation des changements dans les établissements de santé. Les termes que nous utiliserons dans la suite de cette thèse ne correspondent pas toujours à ceux issus de la gestion des opérations, puisque nous référons à la littérature en management. Ainsi, lorsque nous parlons d'éléments de variation, le sens n'est pas mathématique, mais plutôt littéraire. De plus, nous tenons à préciser que certains concepts qui ont des significations différentes dans les deux disciplines seront identifiés et nous préciserons la définition que nous retenons.

3.1 La dynamique des routines organisationnelles

Dans les deux prochaines sections, nous définirons ce que nous entendons par « routines », nous présenterons les auteurs-clés ayant expérimenté et élaboré cette notion dans leurs recherches, nous identifierons les particularités qu'ils ont relevées au sein des établissements de santé et nous présenterons les apprentissages tirés de ces études. Puis, nous identifierons les domaines qui mériteraient d'être approfondis, plus particulièrement en regard de notre désir de mieux comprendre le changement, qui touche l'action des acteurs « stratégiques » au sein des établissements de santé, et de notre intérêt pour cette dimension de l'approche située dans la pratique.

3.2 Les routines : origines et constats émanant de leur analyse

Les routines ont d'abord été identifiées comme étant une source d'inertie organisationnelle conduisant même à l'échec de l'implantation de certaines innovations (Kimberley et Evanisko, 1981). En effet, les routines organisationnelles ont traditionnellement été décrites comme étant *« a regular, more or less unvarying, procedure* » (Weber, 1984 : p.1241 rapporté dans Feldman, 2000 : p.611). Toutefois, il semble que notre compréhension plus récente, grâce à la recherche empirique, nous amène à constater que les routines sont une composante de l'évolution des organisations (Becker, 2004).

Feldman (2000) spécifie que la routine est *"…not a single pattern but, rather, a set of possible patterns-enabled and constrained by a variety of organizational, social, physical and cognitive structures from which organizational members enact particular performances*" (Feldman, 2000: p.613) et considère que la définition générique de la routine organisationnelle est "A repetitive, recognizable pattern of interdependent actions, involving multiple actors" (Feldman et Pentland, 2003: p.96). D'ailleurs, ces auteurs distinguent deux dimensions des routines (inspiré par la théorie de Latour (1986)) : les routines ostensives et les routines performatives. La dimension ostensive de la routine correspond à l'aspect idéal ou schématique de la routine caractérisé comme *« abstract, cognitive regularities and expectations that enable participants to guide, account for and refer to specific performances of a routine »* (Pentland et Feldman, 2008 : p.286). La dimension perfomative des routines correspond à l'aspect spécifique et contextualisé de la routine dans la pratique; celles-ci y sont définies comme « actual performances by specific people, at specific times, in specific places » (Pentland et Feldman, 2008 : p.286). Feldman (2000) introduit la notion d'agence en démontrant que le changement se produit à même la performance des routines. Cette compréhension du rôle de l'agence dans le changement des routines se traduit dans la définition des routines performatives, alors vues comme « a flow that includes the broad range of thoughts, feelings and actions that people experience as they engage in work. » (Feldman, 2000: p.622). Les routines sont positionnées par Feldman et Pentland (2003) comme étant objectives et subjectives à la fois, car elles sont créées à travers nos perceptions de l'action et dans l'action. Elles se caractérisent dans un changement qui est continu et collectif.

Il existe une littérature plus élargie sur la notion de routine. Nous retenons la notion des auteurs qui la perçoivent en tant que dualité de principe et de pratique (Pentland et Feldman, 2008a ; Pentland et Feldman, 2005 ; Latour, 1986), car celle-ci nous apparaît être le modèle le plus pertinent afin de mieux comprendre les liens que nous désirons faire entre les acteurs et la construction du microcontexte organisationnel dans lequel ils évoluent. Nous présentons les concepts-clés soulevés par ces derniers auteurs (Feldman, 2000 ; Feldman, 2003 ; Pentland et Feldman, 2005 ; Pentland et Feldman, 2008a) afin de développer les bases du cadre conceptuel sur lequel nous désirons appuyer notre recherche.

Un des premiers apports de l'analyse des routines concerne la dualité des routines qui nous permet de mieux comprendre le rôle qu'elles peuvent jouer dans le changement de l'ordre établi. Le changement des routines provient de l'adaptation progressive des routines dans la pratique, grâce aux acteurs qui improvisent, innovent et ajustent leurs actions dans le temps (Orlikowski, 1996). En utilisant comme support conceptuel la théorie de la structuration de Giddens (1984), Feldman et Pentland (2003) raffinent les liens qui unissent les deux dimensions de la routine dont la transformation prend effet dans l'action (la performance des routines). Les caractéristiques du lien entre les aspects ostensifs et les aspects performatifs s'expriment par deux types d'interactions. La première traite de l'influence ostensive sur la performance et se traduit par trois actions : elle sert de référence pour l'activité à être réalisée par l'acteur (Guiding), elle justifie et légitimise les actions effectuées par les acteurs (Accounting) et elle permet de donner un sens aux gestes des acteurs (Referring). La seconde représente l'influence de la performance de la routine sur la dimension ostensive de la routine et se traduit également par trois actions : l'officialisation des routines par leur répétition et leur reconnaissance (Creation), la persistance dans le registre collectif grâce à leur utilisation (Maintenance), ou la décision d'innover (Modification).

La recherche actuelle sur les routines a permis de proposer des modèles afin de comprendre le lien entre les événements que nous observons à travers les performances spécifiques des routines (actions) et la génération des compétences organisationnelles (patterns) qui émanent de cette interaction entre les individus et leurs performances (Pentland et al. 2012). Ainsi, ces nouveaux apports de la littérature nous permettent de mieux comprendre le changement qui s'inscrit à travers la répétition des performances, en étudiant de plus près les micro-fondations de leur développement. Pentland et al. (2012) précisent de cette façon que ce sont les actions, effectuées ou non à travers des objets matériels, qui importent. Ils considèrent que la combinaison de ces actions produit une routine, lorsque celle-ci est reconnaissable, c'est-à-dire : *« if the steps within each performance follow from one to the next, like the notes of a song »* (Pentland et al. 2012 : p.1485). La recombinaison de différents blocs d'actions construit par la suite les processus et les services qui créeront de la valeur pour l'organisation.

Pentland et al. (2012) présentent un modèle qui démontre que la variation et la rétention sélective sont des mécanismes qui contribuent au changement dynamique des routines. Ces mécanismes émanent de la relation entre les deux dimensions de la routine (ostensive et performative). En effet, l'aspect abstrait de la routine (ostensif) reflète l'« histoire » retenue et sélectionnée des performances passées, incluant les variations rencontrées et les solutions retenues. Mais comme l'histoire continue de se construire par la sélection d'une partie des actions courantes, en fonction des résultats obtenus, la performance continue de la routine contribue à nourrir cette mémoire à mesure qu'elle se réalise. Toutefois, Pentland et al. (2012) soulignent que pour induire une transformation de la routine à travers cette interaction entre l'histoire et la routine qui se réalise, il n'est pas suffisant

d'introduire une variation. En effet, la variation qui survient doit également être retenue par l'individu et sélectionnée. Pour être retenue, la routine doit être imprégnée dans la mémoire de l'individu. Par exemple, l'acteur doit se rappeler de la nouvelle séquence d'actions associée à cette variation. Pour être sélectionnée comme option reliée à la variation rencontrée, l'acteur doit alors faire le lien entre la séquence d'action dont il se rappelle et les résultats qu'il avait obtenus, lorsqu'il avait réalisé cette performance spécifique. Selon Pentland et al. (2012), le type de variation est donc important pour créer cette transformation, car ce ne sont pas toutes les variations qui permettront la rétention et la sélection d'une nouvelle séquence d'action.

La variation introduite durant la performance d'une routine peut émaner de perturbations ou de brèches. Une perturbation est *« an interruption (e.g. pause, stoppage) in the performance of a routine when changes in the variables surrounding a routine are sufficient enough to inhibit the normal practice (and evolution) of the routine » (Nelson and Winter, 1982) »* (Bloodgood, 2012 : p.380). Une brèche est définie comme *« the removal of a member of an organizational routine that causes a disruption in the routine »* (Bloodgood, 2012 : p.380). Les perturbations et les brèches rencontrées créent donc de la variation et de nouvelles opportunités pour transformer la routine. Selon leur importance et les actions qu'elles ont engendrées, elles seront retenues ou non dans l'histoire des acteurs. Et, selon les performances qui leurs seront associées, elles pourront être sélectionnées ou non afin de transformer la routine de ces acteurs.

La distinction entre les deux dimensions de la routine amène Feldman et Pentland (2003) à suggérer que les aspects ostensifs de la routine peuvent servir d'outil managérial, alors que les aspects performatifs de la routine reflètent la résistance que peuvent lui opposer les acteurs en éloignant la performance des routines de leur conception. Les routines servent donc de mécanisme de renforcement de la dominance ou de la résistance organisationnelle et constituent donc un élément de pouvoir organisationnel. À cet effet, Feldman et Pentland (2003) décrivent ce caractère « médiateur » du pouvoir et de la perception du contexte organisationnel sur la routine:

> « While it is true that routines facilitate cognitive efficiency, they also embody a selective retention of history, filtered by subjectivity and power » (Feldman et Pentland, 2003: p.115).

Ceci se manifeste à travers l'existence de plusieurs versions ostensives. Dans l'évolution et la transformation de la routine, certaines versions de la routine seront alors privilégiées en fonction des pressions internes, externes et historiques (Safavi, 2014).

Le modèle présenté par Feldman (2000) mérite d'être précisé afin de mieux comprendre la construction de la dualité entre pratique et principe et de permettre l'ébauche d'un cadre conceptuel détaillé. Feldman (2000) étudie les routines dans une résidence pour étudiants. Dans cette étude empirique, Feldman (2000) choisit des routines reliées à la

gestion des résidences pour étudiants. Ces routines ne se répètent qu'une fois par année, limitant les opportunités de changement. Cinq routines sont approfondies par l'auteure : la budgétisation de la maintenance, des rénovations et des opérations des résidences ; l'embauche du personnel ; la formation de la main-d'œuvre étudiante ; l'emménagement des étudiants en début d'année ; et la fermeture des résidences en fin d'année: Feldman (2000) tire plusieurs conclusions importantes de cette étude. La première est que le changement est plus complexe lorsque les routines concernent une prestation de services plutôt qu'une fabrication de produit. Dans le changement complexe, le résultat n'est pas seulement la conséquence de la réalisation de la routine, mais plutôt le reflet de la performance de l'acteur dans cette routine. Cette performance influence elle-même la performance subséquente de l'acteur dans cette même routine. Ainsi Feldman (2000) démontre que le changement des routines se fait en fonction des résultats obtenus et du jugement que l'acteur porte sur l'atteinte des idéaux qu'il vise.

Feldman (2000) représente ces liens dans la figure 2 :

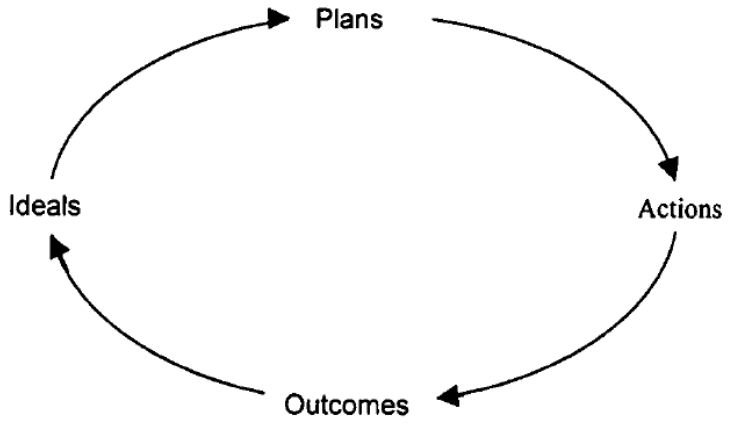


Figure 2. Modèle performatif des routines (Figure 2. A performative Model of Routine issue de Feldman, MS (2000: 623)

Feldman (2000) explique les liens entre les différentes activités comme suit : les plans et actions de l'acteur produisent des résultats qui, comparés aux idéaux visés par l'acteur, influencent les prochains plans et actions à être réalisés. Selon l'auteure, les résultats influencent aussi les idéaux de l'acteur à la recherche de nouvelles possibilités. Feldman (2000) propose, dans ce modèle, un exemple provenant de la routine d'évaluation des dommages pour faciliter la compréhension de ces interactions. Dans le cas présenté (Feldman, 2000), les directeurs de la résidence acceptent que le remboursement des dommages faits aux résidences occupées par les étudiants provienne des parents plutôt que des étudiants eux-mêmes, malgré eux. Mais ce résultat devient un des moteurs à la

transformation de la routine, car même s'ils avaient atteint les résultats escomptés (le remboursement des dommages), les directeurs trouvaient que le remboursement des dommages par les étudiants, plutôt que par les parents, répondait mieux à leur rôle d'éducateurs. Les directeurs ont donc comparé les résultats de leur performance de la routine à leurs idéaux et ont modifié leur plan, puis leurs actions subséquentes, en favorisant le remboursement par les étudiants.

Pentland et Feldman (2008a) introduisent une autre notion pertinente pour l'étude des routines: celle des « artéfacts ». Les artéfacts sont décrits par les auteurs comme les structures qui viennent contraindre la réalisation des routines. Les deux dimensions de la routine sont liées à des artéfacts : des règles et procédures pour les routines ostensives et des journaux de bord ou des bases de données pour les routines performatives.

Ce lien avec les artéfacts est représenté par les auteurs dans la figure 3 :

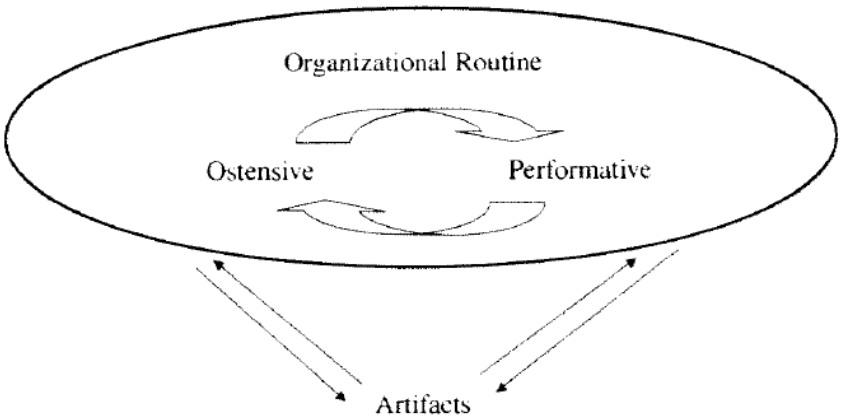


Figure 3. Système organisationnel des routines (Figure 13.1 Organizational routines are generative systems issue de Pentland, BT et Feldman, MS (2008 : 287).

Pourtant, malgré l'importance de cette interaction avec la documentation, Pentland et Feldman ne sollicitent pas un cadre d'analyse politique pour expliquer ce lien. En effet, leur démarche se limite à l'identification de cette relation. Pourtant, d'autres auteurs suggèrent que les activités politiques sont au centre de la vie organisationnelle et qu'elles s'improvisent dans le contexte des contraintes organisationnelles locales que peuvent représenter les artéfacts (Balogun *et al.*, 2007). Balogun *et al.* (2007) démontrent ce lien entre la transformation des pratiques et les aspects politiques, en définissant ceux qu'ils appellent les « boundary-shakers » et qui correspondent en termes « croziens » aux acteurs stratégiques :

« …, the dramaturgical perspective suggests that boundary-shakers, and therefore change agents in general, act as conscious and delibarate manipulators of their organizational contexts and those they work with » (Balogun *et al.*, 2007 : p.276)

Il existe possiblement une contribution des aspects politiques dans ces liens entre les règles, les routines et la zone d'incertitude émanant de l'espace d'action, qui n'est pas entièrement défini par ces règles et qui permet aux acteurs de développer des stratégies et des jeux de pouvoir entre eux (Crozier et Friedberg (1977)). Pentland et Feldman (2008b) positionnent les artéfacts comme des moyens mis en place pour structurer, expliciter les actions. Les routines, elles, ne sont pas explicites. La zone d'incertitude qui permet aux acteurs de négocier le pouvoir se trouve donc quelque part entre les artéfacts et les routines. Il existe définitivement un rôle pour l'acteur stratégique dans le changement de la routine. En effet, en situation problématique, la mémoire transactionnelle de l'acteur lui sert pour savoir qui possède les conniasssances et qui est en mesure d'effectuer la tâche, selon Miller et *al.* (2014). Il ne suffit donc pas de regarder la séquence organisée des actions, mais aussi celle des acteurs pour mieux comprendre la formation des routines organisationnelles. L'étude du transfert des meilleures pratiques organisationnelles dans un établissement de santé a permis de démontrer que les différences de pouvoir entre les acteurs contribuaient à faire dévier de son but les changements proposés à la routine. En effet, l'alignement des intérêts des individus avec les objectifs organisationnels, dans un contexte où les différences de pouvoir sont grandes, favorise l'utilisation de données probantes pour modifier la routine, alors qu'un désalignement des intérêts des individus qui détiennent le pouvoir avec les objectifs organisationnels limitent la modification de la routine, à moins que les résultats attendus ne soient trop incertains (Raman et Bharadwaj, 2012).

3.3 Les routines dans les établissements de santé

Pentland et Feldman (2008a) rapportent les principales publications sur les routines, dont les rares qui ont étudié le phénomène dans le secteur hospitalier (Barley, 1986 et Edmondson *et al.*, 2001). Les routines ont été appréhendées dans ces deux études en lien avec l'introduction d'une nouvelle technologie : la tomodensitométrie dans le cas de Barley (1985) et la chirurgie cardiaque minimalement invasive dans le cas d'Edmondson *et al.* (2001). Barley (1986) explore empiriquement l'impact de l'introduction d'une nouvelle technologie, la tomodensitométrie, sur la redéfinition de l'organisation du travail en radiologie. Il clarifie le lien entre les changements technologiques et la structuration de l'action sociale à travers l'évolution des scripts de communication entre les techniciens et les radiologistes dans deux hôpitaux. Il soulève et teste l'hypothèse, selon laquelle les technologies ont une nature sociale, en démontrant l'essor différent de leur implantation, selon les interactions qui ont eu lieu au moment de son introduction. Barley (1986) propose aussi que la structure même du

travail se développe à travers ces interactions sociales. Les différents scripts, rapportés par Barley (1986) et reflétant la construction de cette réalité, permettent de mettre en évidence les stratégies politiques utilisées par les acteurs. Les scripts d'interactions proposées par Barley (1986) sont les suivants : « Negotiation of discretion », « Unsought validation », « Anticipatory questioning », « Preferences stating », « Negotiating dependence », « Coutermands », « Usurping the control », « Direction seeking », "Clandestine teaching", "Role reversals", "Blaming the technologist", "Unexpected criticisms", "Accusatory questions", "Technical consultation" et "Mutual execution". La nature et le libellé de ces scripts permettent de comprendre que, dès l'introduction de la tomodensitométrie, la technologie en elle-même et l'expertise qui y est reliée sont des sources de pouvoir. La nature des interactions des acteurs indique qu'ils optent principalement pour des stratégies de négociation clinique de l'ordre établi (en échange de cette expertise) et qu'un des enjeux principaux est la structuration et l'organisation du travail. Toutefois, Barley (1986) lui-même n'utilise pas une approche politique pour analyser ce changement et il ne conclut donc pas au sujet de l'impact de ces aspects politiques sur les différentes structurations de l'organisation du travail qui émanent de ces deux hôpitaux.

Dans la deuxième étude, les routines ont été abordées dans le cadre de l'adoption d'une innovation technologique, mais aussi dans le but d'approfondir le processus de développement de nouvelles routines. Les auteurs viennent préciser le modèle des routines de Feldman (2000). En comparant deux groupes d'hôpitaux, ceux qui ont eu du succès dans l'implantation des nouvelles routines associées à la chirurgie cardiaque minimalement invasive à ceux qui n'ont pas réussi à s'y adapter, Edmondson *et al.* (2001) démontrent qu'un des facteurs importants, influençant les résultats de la transformation d'une routine, est le déploiement du processus d'apprentissage. Parmi les éléments qui influencent le déploiement positif de l'apprentissage, les auteurs mentionnent le comportement des leaders, la sécurité psychologique des acteurs impliqués et la gestion des équipes (et non pas la stabilité comme anticipée au début de leurs recherches).

L'étude effectuée par Edmondson et *al.* (2001) vient préciser la manière dont le changement de la routine performative s'effectue. Les auteurs supposent que la forme que prend l'apprentissage collectif influence les résultats de la routine. Ils postulent que les acteurs évaluent leur performance à travers les actions posées et les résultats qui en ont découlé. La forme que revêt l'apprentissage reçu, s'inspire des résultats obtenus pour corriger les actions. Dans le modèle proposé par Feldman (2000) (cf figure 3), l'influence de la forme que prend l'apprentissage se situe donc entre les « actions » et les « résultats » qui découlent de la performance de la routine. Il est important de souligner qu'Edmondson *et al.* (2001) ne considèrent pas l'influence des facteurs politiques sur les actions posées par les acteurs et attribuent plutôt la gamme des différents comportements comme étant une conséquence d'une prédisposition psychologique, même si certains enjeux stratégiques sont explicités, tels que la peur de la perte de l'expertise professionnelle :

> *« A possible psychological explanation for the differences we found in surgeon behavior across hospitals was that surgeons at unsuccessful hospitals could not separate reliance on others for data from loss of expertise-based authority. »* (Edmondson *et al.*, 2001 : p.708).

Comme l'expertise reste une source de pouvoir importante (Kellogg, 2009; Barley, 1986; Farand *et al.* 1999), cette étude nous incite à penser que les éléments politiques jouent probablement un rôle plus important qu'il a été démontré jusqu'à maintenant dans l'étude des routines au sein des établissements de santé.

La littérature récente s'intéresse de plus en plus à la compréhension empirique des phénomènes organisationnels à travers les pratiques afin d'y dégager les aspects humains. Nous nous sommes intéressés aux routines organisationnelles, puisqu'elles reflètent de manière « naïve » l'interaction continuelle et constructive entre ce qui est vécu et ce qui est voulu, à travers une performance qui est critiquée et adaptée par les acteurs eux-mêmes. Il existe une lacune dans la littérature, concernant l'impact que jouent les éléments politiques, qui peuvent se manifester dans la capacité des acteurs à transformer leurs routines. Les rares études publiées, se penchant sur les routines au sein des établissements de santé, imputent cette responsabilité à la technologie elle-même (Barley, 1986) ou à la forme que prend l'apprentissage (Edmondson *et al.*, 2001). Toutefois, certaines interprétations, soulevées par les auteurs, laissent présager un rôle important joué par les aspects politiques.

3.4 Les zones d'incertitudes et les jeux de pouvoir : l'analyse stratégique de Crozier

Le contrôle des ressources, telles que l'information, l'argent ou l'expertise, est ainsi perçu comme une des sources du pouvoir organisationnel (Pfeiffer, 2010). La littérature, que nous avons présentée dans les deux chapitres précédents, nous a permis de constater que ces éléments prépondérants au sein des établlissements de santé posent effectivement des défis. Le premier chapitre, que nous avons présenté, nous permet, grâce à une analyse plus stratégique et subjective, de positionner l'établissement de santé comme étant doté d'une complexité politique et organisationnelle et d'une pluralité des perspectives. Ces particularités permettent de mettre en évidence que le contrôle de l'expertise joue un rôle crucial dans la structure de pouvoir de ce secteur. Le deuxième chapitre, que nous avons développé, a relevé la littérature de trois approches populaires d'amélioration des processus, implantées dans le secteur hospitalier. Cette littérature mentionne l'impact de la structure de pouvoir du secteur hospitalier sur l'implantation des approches, mais le niveau d'analyse de la majorité des études ne permet pas d'approfondir suffisamment la dimension sociologique et humaine des expériences et de la relier aux mécanismes de pouvoir impliqués. La perspective pratique nous a permis de concevoir la construction de l'ordre social comme émanant des interactions

entre des acteurs interdépendants, qui agissent dans un contexte spécifique et qui évaluent leur performance dans cette dualité principe-pratique. Le cadre théorique, proposé par Crozier (1963) et Crozier et Friedberg (1977), est l'autre dimension théorique, sur laquelle nous désirons appuyer nos recherches, afin d'approfondir la notion d'acteurs qui ne font pas qu'agir, mais qui évaluent également stratégiquement leur performance.

Crozier (1963) démontre, grâce à une étude empirique effectuée dans les années 60, comment les règles bureaucratiques, qui ne peuvent répondre à tout, laissent des zones d'incertitudes. Ces zones d'incertitudes incitent les individus à se créer un système de règles implicites qui déterminent les relations de pouvoir, en fonction des possibilités de contrôle sur ces zones d'incertitude. Les possibilités de contrôle dépendent à leur tour de la détention de certaines ressources, dont l'expertise. En effet, dans son étude, Crozier (1963) constate que les règles d'une organisation bureaucratique ne peuvent répondre à toutes les situations possibles. Loin d'être passif, l'acteur joue un rôle dans cette situation d'incertitude. Grâce à leur expertise et au contrôle des zones d'incertitudes, laissées par ce que ne prévoient pas les règles, certains acteurs prennent le pouvoir. Pour contrecarrer cette prise de pouvoir, l'organisation réagit souvent en créant de nouvelles règles, ce qui limite la zone d'incertitude et redistribue le pouvoir. Selon Crozier (1963), les acteurs se doivent donc d'agir stratégiquement dans ce système de règles formelles et informelles en évaluant la part de pouvoir qu'ils peuvent y prendre. Crozier (1963) souligne toutefois que des contraintes financières et structurelles agissent comme limites à la gamme de stratégies que les acteurs peuvent utiliser afin de prendre le contrôle des zones d'incertitude qui leur donnent leur pouvoir.

Ainsi, selon l'approche de Crozier (1963), dès que des individus sont interdépendants, il existe divers jeux de pouvoirs, des contraintes et des stratégies. Ces jeux sont fonction de la zone d'incertitude où peut s'exercer le pouvoir et celle-ci augmente à mesure que la différence entre ce qui est voulu et ce qui est vécu se creuse. Le pouvoir est relationnel et se construit dans la relation de négociation entre des individus interdépendants dans une zone d'incertitude. L'acteur stratégique de Crozier et Friedberg (1963, 1977) agit dans cette zone qui correspond au flou existant entre le principe et la pratique, selon la perspective de Feldman et Pentland (2000, 2003, 2005, 2008a). Ainsi, le comportement observable de l'acteur à travers sa routine (dimension performative) sera filtré par son intention stratégique et la perception de ce qu'il a à faire (dimension ostensive). D'ailleurs, Pentland souligne plus récemment l'importance de décrire de manière plus complète la routine en ne se limitant pas aux actions, mais en décrivant les séquences acteur-action-artéfact (Pentland, 2015).

Crozier et Friedberg (1977) proposent en effet d'utiliser une analyse de la stratégie des acteurs pour mieux comprendre l'action de ces acteurs et les décisions qu'ils prennent. Ces auteurs démontrent que des décisions individuelles deviennent rationnelles lorsqu'elles sont repositionnées dans leur contexte (rationalité situationnelle). C'est donc en proposant de regarder l'ensemble des relations entre les individus de l'organisation et le contexte social,

dans lequel s'inscrit cette dynamique, que Crozier et Friedberg (1977) nous aident à comprendre les organisations. En fait, la notion d'organisation leur semble incomplète et inexacte, définissant des limites artificielles et non naturelles de l'action sociale. Il préfère la notion de système d'action concret qu'ils définissent comme :

> «…un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux» (Crozier et Friedberg, 1977 : p. 286)

Crozier et Friedberg (1977) démontrent qu'il existe un lien entre ce qui structure l'action des différents acteurs, le pouvoir dont disposent les acteurs dans la performance de leurs actions et l'importance des jeux qu'ils peuvent jouer entre eux pour conserver ou acquérir ce pouvoir. Comme ces jeux se jouent au niveau micro, c'est-à-dire à travers les activités performées par les différents acteurs dans leur travail, tout changement, provoquant une altération des règles qui structurent ou guident ces activités, remet en question l'équilibre de pouvoir.

Crozier et Friedberg (1995) précise les contributions de leur approche. La première contribution est la capacité de ce cadre d'analyse de mieux comprendre l'organisation en tant qu'objet social :

> « Notre approche de l'analyse de l'action organisée vise à fournir un cadre de raisonnement pour la production de connaissances empiriques sur des contextes d'actions spécifiques. Elle implique donc de repenser complètement la relation entre connaissance et action, entre théorie et pratique » (Crozier et Friedberg, 1995: p.158).

L'approche de Crozier et Friedberg (1995) permet également de remettre en question les règles de structuration de l'action collective :

> « L'analyse empirique montre en effet que l'influence réelle des structures hiérarchiques est souvent très réduite, et que la formalisation de la structure n'est pas synonyme d'organisation » (Crozier et Friedberg, 1995: p.153).

Dans ces deux écrits plus récents (Crozier et Friedberg, 1995; Friedberg, 1994), les deux auteurs mettent l'accent sur certains éléments de leur raisonnement, mais ne remettent pas en cause la démarche d'analyse stratégique, proposée en 1977. Plusieurs concepts-clés sont précisés : le concept des relations de pouvoir comme capacité d'action, la notion d'acteur stratégique, la notion de système concret.

Le concept de relations de pouvoir aurait été emprunté à Dahl (1957) et Emerson (1962), selon Crozier et Friedberg (1995). Crozier et Friedberg (1995) définissent le pouvoir

comme *« l'échange structurellement déséquilibré de possibilités d'action (c'est-à-dire de comportements) entre un nombre d'acteurs individuels et/ou collectifs »* (Crozier et Friedberg, 1995 : p. 147). Le pouvoir se voit donc comme relationnel, instrumental, puisque lié intrinsèquement à la coopération, et multilatéral, puisqu'émergeant d'un processus de négociation (Crozier et Friedberg, 1995). Cette notion de pouvoir amène Crozier et Friedberg (1995) à préciser les sources de pouvoir qu'ils voient comme étant liées à l'utilisation juste de comportements qui permettent la réalisation des objectifs des partenaires et l'autonomie des acteurs. Les auteurs avaient identifié quatre grandes sources de pouvoir : celle découlant de la maîtrise d'une compétence, celle émanant des relations de l'organisation à son environnement, celle qui naît de la maîtrise et la communication des informations et celle qui découle de l'existence de règles organisationnelles générales. Cette dernière source est intrinsèquement reliée à la création des zones d'incertitude et des relations de pouvoir qui en émergent. Les zones d'incertitudes sont vues comme la marge de liberté qui persiste dans une situation organisationnelle ne contraignant jamais totalement un acteur et qui permet à celui-ci d'y exercer son pouvoir (Crozier et Friedberg, 1977). Toutefois, les auteurs précisent que la liberté d'action des acteurs se définit à l'intérieur de certaines règles de jeux, qui, elles-mêmes, se négocient à travers les échanges entre les différents acteurs. Le jeu lui-même est défini comme *« un construit humain, c'est-à-dire culturel et politique. », « émergeant de processus d'interaction et le produit d'une création et d'un apprentissage collectifs »* (Crozier et Friedberg, 1995 : p.143).

La notion d'acteur stratégique implique, selon Crozier et Friedberg (1995), de comprendre que l'acteur ne s'analyse pas seulement sur la base de ses comportements, mais en fonction de sa stratégie qui structure le champ d'action, dans lequel il évolue, et qui est basée sur une rationalité limitée :

> « Les raisonnements, anticipations et calculs qu'implique la rationalité stratégique des acteurs n'excluent ni l'ignorance ou l'intuition, ni le poids de l'histoire et/ou des institutions, ni les sentiments ou les émotions, ni la fluctuation des préférences » (Crozier et Friedberg, 1995: p.138).

Le système d'action concret est donc repositionné comme jouant le rôle de régulation des jeux survenant dans le champ d'action analysé (Crozier et Friedberg, 1995).

Le système d'actions concret de Crozier est représenté dans la figure 4.

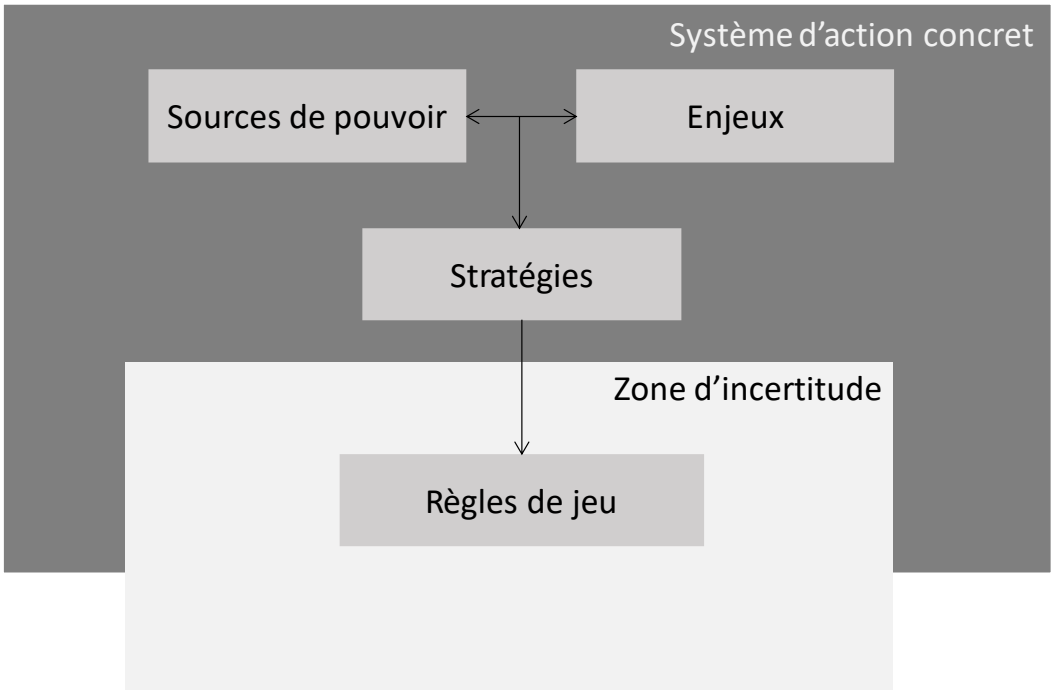


Figure 4. Représentation du système d'action concret de Crozier et Friedberg (1977)

Les différents concepts proposés par Crozier (1963), Friedberg (1994) et Crozier et Friedberg (1977, 1995) sont résumés dans le tableau 9.

Tableau 9. Principaux concepts de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg

Concept	Définition
Pouvoir	Échange structurellement déséquilibré de possibilités d'action (c'est-à-dire de comportements) entre un nombre d'acteurs individuels et/ou collectifs
Acteur stratégique	Individu dont les comportements découlent d'un plan structurant le champ d'action dans lequel il évolue et qui est basé sur une rationalité limitée :
Jeux de pouvoir	Un construit humain, c'est-à-dire culturel et politique, émergeant de processus d'interaction et étant le produit d'une création et d'un apprentissage collectifs
Zone d'incertitude	Marge de liberté qui persiste dans une situation organisationnelle qui ne contraint jamais totalement un acteur et qui permet à celui-ci d'y exercer son pouvoir
Système d'action concret	Ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux

	relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux
Analyse stratégique	Démarche de recherche empirique et inductive qui permet de mettre en évidence les relations de pouvoir, la stratégie des acteurs et de comprendre les interdépendances à travers lesquelles se créent les mécanismes de régulation du système d'action

Foudriat (2007) détaille le procédé d'analyse et propose une méthode pour être en mesure de structurer cette analyse stratégique. Il suggère de débuter par l'identification d'une situation problématique particulière. Celle-ci correspond à la problématique mettant en commun les difficultés soulevées par les acteurs. Puis, les interdépendances entre les acteurs doivent être identifiées. Elles comprennent les contraintes créées par les besoins relationnels des acteurs dans le contexte d'action identifié. Le chercheur se doit ensuite d'émettre des hypothèses sur les enjeux, les stratégies et la zone d'incertitude. Les enjeux sont identifiables à travers les arguments justificatifs de l'acteur sur les interactions qu'il entretient. Il faut considérer que l'acteur est stratégique et qu'il défend ses intérêts pour être en mesure de comprendre quels sont ces enjeux. En analysant également les contraintes, le chercheur peut mettre en relation ce qui est important pour l'acteur et identifier en regard de quel autre acteur et en fonction de quelles limites il agit. Après avoir identifié les enjeux, grâce aux discours des acteurs, le chercheur peut ensuite émettre des hypothèses de stratégies. Contrairement aux hypothèses d'enjeux qui se basent sur les discours des acteurs, les hypothèses de stratégies sont fondées sur les observations des comportements dans les situations problématiques. Ces comportements sont interprétés en fonction des interactions avec les autres acteurs (informelles) et les contraintes qui les limitent (formelles). Ainsi, les enjeux permettent, selon Foudriat (2007), de déduire les stratégies que les acteurs adoptent dans un contexte spécifique. Foudriat (2007) suggère d'ailleurs la construction d'un sociogramme, qui est « une représentation schématique et synthétique de l'ensemble des acteurs, tel qu'il peut être déduit d'une première analyse des données de l'observation » (Foudriat, M. 2007 : p.217). Le sociogramme facilite la présentation des inférences en y incorporant la nature des relations entre les acteurs.

L'application de l'analyse stratégique de Crozier (1963) au sein des établisements de santé permet de porter un nouveau regard sur l'organisation:

> « La découverte par les intéressés que chaque unité hospitalière constitue un système humain où les problèmes rencontrés ne peuvent se comprendre que par référence à ce système, tel est l'apport premier et décisif de l'analyse sociologique » (Gonnet, 1994 :p.338).

Plusieurs avantages en sont tirés : une meilleure compréhension du sens des comportements, une mise en évidence du rôle central de la coordination et de la coopération, la découverte des causes réelles, plus profondes des problématiques (Gonnet, 1994; Funck-Brentano, 1994; Moisdon, 1994; Kuty et Vrancken, 1994). Ceux qui ont appliqué ce système ont démontré le rôle central que jouaient la complexité et les acteurs, ainsi que la pertinence de l'analyse stratégique pour les mettre en évidence (Binst, 1994).

Nous postulons que la théorie, avancée par Crozier (1963), Crozier et Friedberg (1977, 1995) et Friedberg (1994) et qui soulève les enjeux micropolitiques, nous permettra de mieux comprendre les différentes approches d'amélioration des processus qui touchent justement les manières de faire des acteurs. Nous soulevons l'hypothèse que de s'intéresser aux enjeux micropolitiques, tels que décrits par Crozier (1963), pourrait être pertinent, plus particulièrement au sein des établissements de santé, car leurs particularités, que nous avons relevées dans le chapitre 1, nous permettent de les positionner comme étant distinctes à cet égard. De Pouvourville (1994) démontre d'ailleurs le potentiel d'une démarche d'analyse stratégique pour comprendre la dynamique des établissements de santé, puisqu'elle permet d'identifier ces liens entre pouvoir, autonomie professionnelle et interdépendance, caractéristiques du secteur :

> « L'incertitude est au cœur de la pratique médicale, légitimant le pouvoir d'expert des médecins. Mais le médecin, qui pilote la mise en œuvre de soins, ne peut la conduire seul; il est lui-même dépendant des personnels soignants pour les soins donnés au malade. » (De Pouvourville, 1994 : p.357).

Ce premier volet de la littérature sur les routines nous permet de rassembler les différents concepts dans l'ébauche plus détaillée d'un cadre conceptuel et de proposer certains liens entre les dimensions de la routine, les artéfacts, les règles et d'y intégrer les zones, où pourraient s'exprimer potentiellement les éléments politiques, émanant de notre compréhension du microcontexte politique. Nous y intégrons également la perspective de Feldman (2000) sur les principaux éléments destinés à provoquer la transformation de la routine, grâce à l'évaluation que l'acteur fait de sa performance. Feldman et Pentland (2003) nous permettent également de faire le lien avec les notions introduites par Crozier (1963). En effet, Feldman et Pentland (2003) soulèvent le pattern d'actions interdépendantes comme un des constituants de la routine. Crozier (1963), quant à lui, introduit la notion de système d'action concret auquel il réfère en tant qu'« *ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants… »* et parle de couples-stratégiques d'acteurs qui interagissent dans l'action. Feldman et Pentland (2003) réfèrent eux-mêmes à Crozier en ces termes :

« Indeed, the performative aspect of routines has been seen as a primary source of power for non-managerial employees (Crozier, 1964). » (Feldman, 2003 : p.111). Il devient donc possible de mettre en relation deux autres éléments interdépendants concernant la performance des actions dans la pratique: les jeux de pouvoir et les routines.

Les différentes notions présentées sont intégrées dans la figure 5.

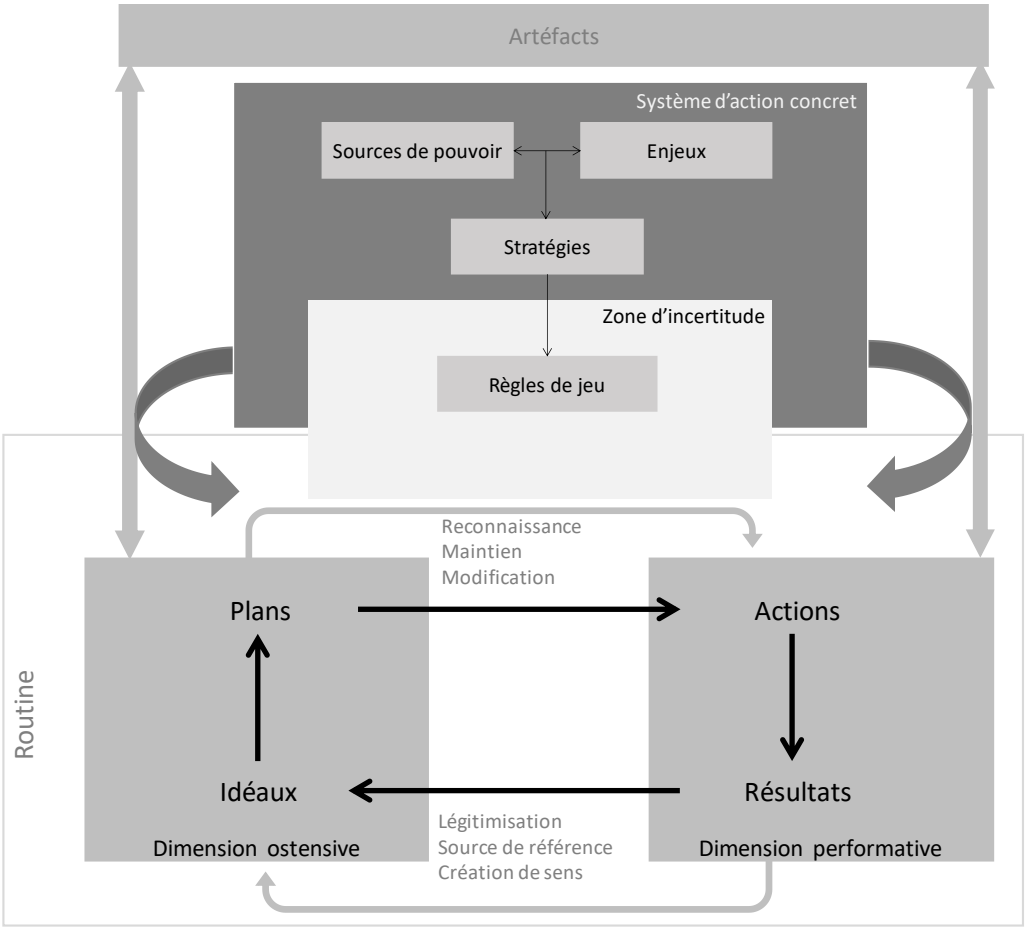


Figure 5. Schématisation des concepts émanant de la littérature sur la dynamique des routines.

3.5 L'analyse stratégique de la dynamique des routines : démonstration de sa pertinence par des exemples développés à partir de la littérature

Nous utiliserons certains éléments proposés par les auteurs ayant contribué à la caractérisation politique des organisations (Crozier, 1963; Crozier et Friedberg, 1977; Crozier et Friedberg, 1995; Langley et Denis, 2011; Mintzberg, 1985) afin de présenter la revue des principales expériences, ayant analysé de manière plus approfondie le changement

organisationnel dans le secteur de la santé. Nous présenterons donc, dans les paragraphes qui suivent, ces études qui nous permettent de démontrer la pertinence de l'approche crozienne (Crozier, 1963; Crozier et Friedberg, 1977; Crozier et Friedberg, 1995) pour l'étude des aspects micropolitiques et la compréhension de la rationalité qui y donne lieu. Pour ce faire, nous nous inspirerons de la volonté de Mintzberg (1985) de préciser la configuration du système de jeux qui se jouent dans les établissements de santé, mais nous l'adapterons aux suggestions de Langley et Denis (2011) et de Crozier et Friedberg (1977, 1995), en identifiant les spécificités (les sources de pouvoir, les enjeux stratégiques et les stratégies politiques) relevées par les auteurs dans chacun des contextes étudiés afin de comprendre les différents archétypes politiques. Cette analyse de la littérature nous permettra de dégager certains événements politisés qui ont été mentionnés ou relevés par les auteurs afin d'émettre des hypothèses sur les éléments constituant possiblement le microcontexte politique global propre aux établissements de santé. Toutefois, ces éléments, relevés de manière isolée dans chacun des cas, ne nous permettent pas de bien comprendre le système d'action concret propre à chaque contexte. L'identification des sources de pouvoir, des enjeux et des stratégies politiques, que nous avons extraites de ces cas émanant de la littérature, nous permet d'étayer notre cadre conceptuel.

3.5.1 Le Leicester Royal Infirmary (LRI)

Le LRI a entrepris un vaste projet de réingénierie de ces processus (BPR) et une portion de leur expérience a été publiée en 1996 dans un document du LRI NHS Trust (Reengineering the Healthcare Process : Achieving Results, rapporté dans McNulty et Ferlie, 2002). Le rapport déteminait que le projet avait été un succès. Pourtant peu de données soutenaient véritablement cette thèse, selon les McNulty et Ferlie (2002) qui ont tenté d'expliquer les raisons des résultats qui, à long terme, se sont révélés décevants (McNulty et Ferlie, 2002 ; Buchanan, 1998).

Plusieurs facteurs, expliquant l'épuisement du projet de BPR, sont reliés à des éléments humains et politiques. Mc Nulty et Ferlie (2002) en identifient deux principaux.

Le premier élément, expliquant l'épuisement du projet BPR, concerne la méthode qui ne tient pas compte du contexte dans lequel s'inscrit le changement. Dès l'introduction du projet, ce sont les principes d'organisation même de la structure de changement qui affectent donc le projet. En effet, la structure fonctionnelle, qui favorisait la vision des cliniciens et le statu quo plutôt que la structure processuelle qui émanait du travail de réingénierie, est préférée. On note donc que l'essence même de l'approche, qui proposait de créer un modèle idéal conçu à partir d'une feuille blanche (et qui faisait alors abstraction du contexte), finit par se transformer pour répondre aux impératifs des spécialistes et groupes de patients (qui eux considèrent les enjeux déjà présents avant le projet) :

> « A large part of the explanation for the willingness of some clinicians to support reengineering interventions, or at least not veto interventions, relate not to their

> support for reengineering per se but the desire to accelerate the progress of agendas, ideas, and strategies for service development » (McNulty et Ferlie, 2002 : p.288).

Le second élément, expliquant l'épuisement du projet BPR, émane du processus de compétition sur le plan des ressources et de la juridiction professionnelle, qui survient au moment où les règles redéfinissent la marge de manœuvre, dont disposent les membres de l'organisation. Selon les propositions de Crozier (1963), une transformation structurelle modifie la zone d'incertitude qui permettait aux acteurs impliqués de jouer des jeux avec leurs propres systèmes de règles. En effet, en approfondissant des exemples contradictoires de succès à l'intérieur même de l'établissement, McNulty et Ferlie (2002) démontrent que, dans le cas du LRI, les différences de succès des projets s'expliquent par le rôle critique que peuvent jouer certaines interventions de réingénierie, en exposant de manière formelle les formes de contrôle présentes dans l'organisation (c'est-à-dire celles qui déterminent les rôles et affectent les routines de travail). McNulty et Ferlie (2002) démontrent que les membres de l'établissement de santé, et plus particulièrement les médecins, négocient alors leur participation aux initiatives d'amélioration des processus afin de mieux contrôler les changements qui peuvent avoir un impact sur leur autonomie et leur obtention de ressources. Le meilleur exemple tiré de l'expérience du LRI était la modification de la structure et des directions cliniques :

> « Reengineers learned quickly that they were dependent on the support of managers and clinicians, especially doctors, to effect change at the clinical directorate levels » (McNulty et Ferlie, 2002: p.116)

Lorsque nous utilisons une approche d'analyse stratégique des routines, nous puisons de nouveaux éléments dans les données recueillies par McNulty et Ferlie sur ce projet. Ceux-ci nous permettent de mieux structurer l'échec de ce changement en le reliant au microcontexte politique qu'il a affecté. L'analyse de ce cas avec une stratégie crozienne permet, en effet, d'abord de relever les enjeux significatifs présents au sein de l'établissement de santé. Premièrement, l'autonomie des professionnels oeuvrant dans le secteur, libres du choix des activités auxquelles ils participent et de leur implication dans des projets pourtant bénéfiques pour l'organisation, est une notion au cœur de la résistance. Puis, l'impact de la distribution des rôles et de la position organisationnelle influence la marge de manœuvre, dont les membres de l'organisation disposent, et constitue un enjeu significatif. Enfin, l'importance, pour les membres de l'organisation, de garder le contrôle sur la structuration et l'organisation de leur travail contribue à la négotiation des changements.

Le cas du LRI met en évidence l'effet du changement proposé sur la remise en question des règles de l'établissement de santé. Considérant les enjeux que vivent les membres de l'organisation, l'ampleur de la redéfinition des règles et les personnes impliquées consituent

donc une source de pouvoir pour l'organisation. Les membres de l'organisation utilisent ainsi plusieurs stratégies pour mieux s'y positionner.

Dans l'analyse présentée, les membres de l'organisation ont donc négocié leur participation au projet en utilisant leur temps comme argument.

> « Manager and clinicians at clinical specialty and clinical directorate levels were emerging as important regulators of the rate and pace of the reengineering intervention… » (McNulty et Ferlie, 2002: p.126)

Ils ont aussi participé au projet afin de s'assurer qu'il s'oriente dans le sens de leurs propres objectifs.

> « Many of the reengineering interventions were acceptable to clinicians only if they incorporated aspects of their own internal change agendas, and reengineering was not able or willing to impose changes on physicians » (McNulty et Ferlie, 2002: p.265)

En participant au projet, les membres de l'organisation ont aussi réussi à jouer leurs jeux, derrière les négociations apparentes sur le processus. En apparence simple, l'obtention d'une vision commune sur le processus témoigne plutôt de la volonté des membres de proposer leur propre version des faits, en fonction des conséquences sur leur groupe, selon Buchanan (1998) :

> "Second, the observer is faced with a population whose various members hold multiple perspectives on the patient care process, with respect to critical and less critical aspects, and with respect to their respective roles in the process. The "explanation" of a particular theatre delay offered by the surgeon affected is likely to differ markedly from the explanations offered by, say, a porter or a ward nurse. This difficulty cannot be resolved by triangulation, as these views are often contradictory. A third difficulty lies in the fact that those multiple perspectives are politically motivated, by the desire to maintain the organizational position, status and influence of the individual or occupational group concerned." (Buchanan, 1998 : p.1171).

Cette double négociation sur les enjeux propres à la transformation (orientée en apparence dans le but formel d'améliorer le processus, mais réellement orientée vers un but informel et politique) a été soulevée dans le cadre de plusieurs initiatives dans le secteur hospitalier (Buchanan, 2003a; Simon, 1999; Allen, 2009; McDonald et Harrison, 2004; Addicott et Ferlie, 2007).

Le cas du LRI nous permet donc de mettre en évidence des enjeux stratégiques au sein de l'établissement de santé: le besoin d'autonomie professionnelle et de contrôle sur l'organisation du travail, la définition des rôles et le positionnement organisationnel. Ces

enjeux découlent, entres autres, du pouvoir de législation. Enfin, les sources de pouvoir et les enjeux stratégiques sous-jacents donnent naissance à des stratégies politiques. Parmi celles-ci, on retrouve à travers cette expérience du LRI, la manipulation du discours, l'engagement organisationnel et l'ajustement du rythme de travail.

3.5.2 Le cas du programme d'amélioration de la qualité de vie des résidents et de la sécurité des patients

Kellog (2009) utilise une approche ethnographique dans deux hôpitaux américains pour démontrer que le dialogue entre les partis opposés contribue à l'implantation du changement désiré, lorsqu'il permet un échange des arguments et contre-arguments sur les différentes positions possibles. En approfondissant la notion de « support » dans l'étude de la mise en place d'un nouveau programme, réduisant la semaine de travail des résidents en chirurgie à 80 heures, cette étude illustre également que le support en soi n'est pas suffisant pour que les employés touchés l'adoptent (Kellogg, 2009). Dans le cadre de cette recherche, l'auteure a identifié que, pour que le changement se produise, il est nécessaire qu'il y ait une interaction afin de soulever dès le départ les problématiques à envisager par ceux qui s'y opposeront. Ce constat doit être réalisé dans ce que l'auteur appelle un « espace », où le personnel pourra se sentir libre de définir son cadre d'opposition et les solutions qu'il envisage, afin de construire une efficacité, une identité et un cadre de référence relationnel. La narration de l'évolution de la transformation nous illustre plusieurs éléments d'ordre politique. D'abord, il apparaît que le groupe résistant (les résidents séniors) s'opposaient aux modifications des horaires des résidents plus juniors pour protéger leurs propres activités professionnelles (en réduisant leur charge de travail attribués aux activités qui seraient délaissées par les résidents juniors). De plus, les chefs-résidents s'opposaient à réduire la semaine de travail des résidents plus juniors parce qu'ils ne voulaient pas avoir à faire eux-mêmes tout le travail de routine (de base). Ils voyaient le statut des résidents juniors comme étant inférieur au leur et cette transformation altérait cette perception qui faisait partie de la culture. En effet, ce sont les valeurs et l'identité chirurgicales qui étaient remises en question par cette nouvelle règle, les chirurgiens considérant que tout le travail au chevet du patient ou en clinique était accessoire et donc de moindre valeur. Pourtant, les directeurs du programme, eux-mêmes d'anciens résidents, étaient en faveur de cette nouvelle règle. Mais, en fait, les directeurs qui favorisaient l'implantation de la règle avaient aussi des motivations politiques : ils désiraient conserver leur agrément et recruter les meilleurs résidents possibles pour améliorer la réputation du programme. Les résidents séniors qui s'opposaient à la modification ont réagi en effectuant une sélection des patients dont les résidents juniors seraient responsables (les cas les moins intéressants et donc les moins pertinents pour leur apprentissage); ils ont également modifié leur présence dans les heures où les résidents juniors étaient présents et ont refusé de leur montrer comment faire en salle d'opération (ce

qui nuisait à l'acquisition des connaissances nécessaires à l'apprentissage). Les résidents ont également modifié leurs discours sur la valeur des rôles des résidents en leur attribuant des connotations favorisant leur vision (commandants, ailiers, bêtes de travail selon le cas). Finalement ils évoquent les problèmes de qualité de l'acte. Ils défendent que le manque de continuité dans les soins (occasionné par les horaires restreints des résidents juniors) et le danger de leur manque de connaissances pourraient avoir des répercussions sur la qualité des soins prodigués. Ils attribuent, par contre, cette conséquence à la faible présence des résidents juniors (horaire restreint) et non pas aux stratégies qu'ils emploient eux-mêmes pour réduire l'apprentissage.

Dans ce cas présenté par Kellogg (2009), il est possible de mettre en évidence certains enjeux stratégiques. Tout d'abord, le rôle crucial que joue le statut hiérarchique clinique dans la définition de l'identité des médecins. Cette caractéristique démontre que l'identité professionnelle se construit dans la pratique et avec l'expérience. Sa transformation non reliée au savoir-faire acquis avec le temps suscite donc de la résistance. La légitimité dans le milieu (appréciation des étudiants, reconnaissance du programme) reste également un enjeu puissant. Les résidents séniors, qui sont les principaux opposants à la réforme, font ressortir certaines sources de pouvoir dont ils disposent : leur expertise et le contrôle des informations et des outils nécessaires, dans ce cas, pour l'apprentissage; la disposition et la gestion des ressources (horaire et clientèle). Ces atouts permettent aux résidents séniors d'utiliser des stratégies politiques pour défendre leurs intérêts. D'abord ils optent pour une sélection des patients qui leur permet de rendre la tâche plus ou moins intéressante pour les apprenants. Puis, ils manipulent le discours, c'est-à-dire qu'ils utilisent la même information, mais en adapte le sens selon les acteurs à qui ils s'adressent, ce qui imprègne l'évolution des négociations de leur vision. Enfin, ils effectuent un partage sélectif des informations et des connaissances. Finalement, ils démontrent que la réforme pose un risque pour la qualité des soins (même s'ils en sont eux-mêmes en partie responsable de par leurs autres stratégies).

Ce cas démontre les interactions, qui se développent entre les différents acteurs dans la négociation de leur pouvoir par la mise en place d'un changement structurant, et souligne l'importance de préciser la nature des enjeux stratégiques et d'identifier les multiples stratégies politiques, utilisées par les acteurs pour défendre leurs intérêts et sources de pouvoir.

3.5.3 Ghent University Hospital (GVH)

Gemmel et De Raedt (2009) présente le cas du Ghent University Hospital. Alors que l'hôpital est aux prises avec un faible taux d'occupation de ses lits départementaux, le service de l'urgence présente une suroccupation de ses lits. Cette constatation en apparence contradictoire soulève l'hypothèse d'une cause autre que le manque de lits pour expliquer la

stagnation des patients à l'urgence. Une investigation est donc conduite et permet de mettre en évidence plusieurs éléments. Premièrement, l'organisme chargé de centraliser la répartition des lits (CAS) dépend de l'identification de la disponibilité des lits dans les départements par les infirmières-chefs de ces unités. Les employés, qui travaillent au CAS, ne disposent pas plus d'une autorité formelle (jouant plutôt un rôle d'exécutant) que d'une autorité légitime pour trancher lors de conflits entre les départements. De plus, comme la responsabilité du transfert incombe au CAS, et non pas au service de l'urgence, les départements retardent volontairement l'accès aux lits, en invoquant les risques pour la sécurité des patients, si les infirmières ne sont pas bien préparées à leur arrivée ou en multipliant les explications pour chaque cas (le patient avait quitté pour la salle d'opération ou les soins intensifs et sera de retour sous peu, le patient voisin est contagieux, le patient est en phase terminale). Cette réponse, justifiant chaque cas comme étant particulier, se produit à différents niveaux. En effet, dans l'investigation plus macroscopique des problématiques d'accès aux lits, les chefs d'unités des départements résistent à l'analyse de la problématique en profondeur et justifient leur réticence en évoquant que les problèmes sont périodiques et non permanents. Finalement, un autre point est mis de l'avant à travers ce cas. Il s'agit du peu d'informations partagées entre les départements, le CAS et le personnel de l'urgence. Peu d'entre eux savent que le taux d'occupation des lits n'est pas de 100%; le personnel ne connait pas les heures d'arrivée des patients ou les raisons des délais et les logiciels utilisés pour gérer les lits ne reflétent pas l'état des lits en temps réel.

Ce cas permet de mettre en évidence une source de pouvoir: le contrôle des informations et des données par les chefs des unités départementales. Les enjeux stratégiques ne peuvent toutefois pas être déduits des informations relevées par les auteurs. Par contre, les différentes stratégies politiques jouées ressortent comme étant celle de l'explication détournée des situations problématiques, en élaborant une explication détaillée et reliée à chaque cas pris individuellement ou en imputant la période observée comme étant distincte; celle de l'avertissement de risque pour la qualité des soins, en soulevant l'insuffisante préparation limitant l'accueil rapide des cas; celle de l'ajustement du rythme de travail; et enfin celle du partage sélectif des informations, limitant la capacité des autres acteurs de juger l'ensemble de la situation.

3.5.4 La réforme des services psychiatriques du Pavillon Albert-Prévost

Farand *et al.* (1999) présentent une analyse de l'implantation de la réforme des services destinés aux adultes dans le département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal en termes politiques et structurels. Les auteurs démontrent l'émergence de mécanismes qui ont eu un impact sur la facilitation ou le ralentissement de la mise en oeuvre de la réforme. Farand *et al.* (1999) notent que les facteurs, donnant du poids politique à

certains individus, sont l'importance relative de leur charge clinique et l'efficacité de leur travail (vu ici comme un faible taux de retour des patients à l'urgence). Les sources de pouvoir, sur lesquelles les médecins favorisant la réforme ont pu s'appuyer, ont été identifiées comme : leurs connaissances scientifiques, leur crédibilité comme clinicien, leur productivité (nous entendons ici l'atteinte des résultats), leur utilisation de méthodes de gestion quantitatives, leur contrôle de certaines composantes stratégiques et leur position de responsabilité dans le nouveau dispositif.

Cette analyse détaille de manière plus précise les sources de pouvoir des médecins. Ainsi, l'expertise n'est pas que clinique, mais comprend également la connaissance des dispositifs administratifs. La légitimité dépend de la réputation clinique, mais aussi de la productivité, ce qui est une donnée qui n'avait pas été relevée jusque là. Enfin, la position organisationnelle n'est pas que fonctionnelle; elle doit être reliée au contrôle des aspects critiques et démontrer la persistance dans l'avenir, malgré les transformations, et est donc partiellement reliée à la légitimité.

3.5.5 Le cas du matériel à usage unique en anesthésie

Currie *et al.* (2009) utilisent une approche narrative afin de démontrer comment les professionnels de la santé s'approprient la régulation sur l'utilisation du matériel à usage unique en anesthésie. Currie *et al.* soulignent tout d'abord l'importance de l'utilisation unique du matériel disposable. En effet, la réutilisation du matériel peut avoir des effets néfastes potentiels sur le patient et sur la sécurité des équipements. De plus, le non-respect de la législation par les professionnels peut être sanctionné. Pourtant, 10-38% des hôpitaux outrepassent cette régulation. En fait, même si l'ensemble des professionnels comprennent la rationnelle ayant conduit à son introduction, ils résistent à son application. Différentes raisons sont mises en évidence par les auteurs dont l'allusion au manque d'alternatives de qualité, mais aussi à l'urgence des situations cliniques, dont les risques immédiats en l'absence d'équipement sont bien plus grands que les risques de contamination par la réutilisation du matériel. Les données collectées par les auteurs démontrent aussi que le manque de conformité à la législation est en partie causé par le fait que les médecins questionnent l'impact économique d'une telle disposition. La résistance semble provenir de la volonté de respecter les coûts, la préoccupation pour le patient et l'importance de faire preuve de jugement clinique. D'ailleurs, les autres professionnels acceptent que le clinicien (l'anesthésiste) soit le mieux placé pour juger du risque clinique. L'anesthésiste, quant à lui, utilise son droit de veto clinique pour imposer son jugement :

> « We're not using it. I won't give anybody an anesthetic unless you get rid of these (OPD 9) » (Currie et al., 2009: p. 130).

Les auteurs identifient ainsi des enjeux stratégiques expliquant ces réactions: le désir de maintenir l'autonomie professionnelle, plus particulièrement en conservant la possibilité de participer à la prise de décision clinique ; et le besoin de légitimité. Les sources de pouvoir, dont disposent les anesthésistes pour imposer leur vision, proviennent du partage d'idéologies professionnelles, concernant les enjeux soulevés par la législation, et de la valorisation du jugement clinique. D'ailleurs, les stratégies politiques, empruntées par les anesthésistes, sont l'utilisation du véto clinique, l'obtention d'un consensus clinique partagé par les autres groupes de professionnels et la représentation de la « voix » du patient. Ce dernier élément est rapporté par Currie *et al.* (2009) dans les dialogues qu'entretiennent les anesthésistes pour défendre leur position :

> « In the cool light of day you ask, 'if I was the patient or this way my loved one, would I use a single use item or would I want something that had been washed and sterilised ?'…" (Currie et al. 2009: p.128)

Il se dégage donc quelques constats face à ce premier volet de la littérature sur la dimension politique appliquée à la « crozienne » au secteur hospitalier. Le premier est que la littérature a démontré, en étudiant plus en profondeur, avec des techniques empiriques, ethnographiques et narratives, que les éléments du microcontexte jouent un rôle important dans les interactions entre les différents acteurs et n'ont pas été suffisamment investigués en utilisant une analyse stratégique des enjeux politiques, malgré l'importance qu'on lui attribue dans le succès ou l'échec de l'implantation des initiatives d'amélioration des processus. Le deuxième est que l'analyse de ces expériences rapportées dans la littérature nous permettent de dégager un premier aperçu des sources de pouvoir, des enjeux stratégiques et des stratégies politiques émanant de l'analyse du microcontexte dans les établissemements de santé.

Les tableaux 10, 11 et 12 présentent un résumé qui permet de mieux comprendre certains constituants potentiels du microcontexte politique propre aux établissements de santé.

Tableau 10. Sources de pouvoir identifiées dans la littérature permettant l'approfondissement stratégique des établissements de santé

Sources de pouvoir	Explications et sources de la littérature
Jugement professionnel	Il s'agit pour les professionnels de la possibilité de choisir leurs activités et leurs actions sur la base des objectifs qu'ils se donnent eux-mêmes, grâce au statut que leur confère leur appartenance à un ordre (Currie et al., 2009; Kellogg, 2009)
Expertise	Ce sont les connaissances spécialisées propres à des groupes ou à des individus et que d'autres groupes ou individus ne peuvent obtenir facilement. Elle peut être clinique, c'est-à-dire en lien avec les aspects reliés directement aux soins (Kellogg, 2009; Farand et al., 2009), ou administrative, en lien avec les aspects d'organisation des soins et d'utilisation des ressources (Farand et al., 2009)
Position organisationnelle	L'obtention d'un rôle dans l'organisation qui confère la capacité de disposer des ressources (McNulty et Ferlie, 2002; Kellogg, 2009; Farand et al., 2009) ou qui permet de contrôler les éléments stratégiques, les informations et/ou les outils nécessaires pour prodiguer les soins (McNulty et Ferlie, 2002; Kellogg, 2009; Gemmel et De Raedt, 2009; Farand et al., 2009)
Légitimité	Statut obtenu par la reconnaissance par les pairs sur la base de l'expérience (Kellogg, 2009), de l'expertise (Currie et al., 2009) ou de l'importance de la charge clinique et de la productivité (Farand et al., 2009)

Tableau 11. Enjeux stratégiques identifiés dans la littérature permettant l'approfondissement stratégique des établissements de santé

Enjeux stratégiques	Explications et sources de la littérature
Définition de l'identité professionnelle	Il s'agit de la volonté pour un groupe de faire reconnaître des activités ou des rôles qu'ils revendiquent comme étant propres à sa profession, puisqu'ils sont au cœur de son appartenance au groupe (McNulty et Ferlie, 2002; Kellogg, 2009)
Respect de l'autonomie professionnelle	Il s'agit pour un groupe professionnel d'établir un lien avec l'organisation qui confirme que son statut professionnel est celui qui lui confère les règles de conduite qu'il désire respecter dans le cadre de ses activités professionnelles (McNulty et Ferlie, 2002; Currie et al., 2009)
Nomination des leaders	La reconnaissance de l'importance de la distribution de certains rôles et de l'attribution de certains postes organisationnels sur la structuration et l'organisation du travail (McNulty et Ferlie, 2002; Farand et al., 2009)

Tableau 12. Stratégies politiques identifiées dans la littérature permettant l'approfondissement stratégique des établissements de santé

Stratégies politiques	Explications et sources de la littérature
Représentation des patients	Se servir de sa capacité de comprendre l'état du patient (Currie et al., 2009) ou utiliser l'état du patient (Kellogg, 2009) pour convaincre certains membres de l'organisation que ses propres objectifs correspondent aux buts également visés par le patient ou permettent de mieux répondre aux besoins de l'ensemble des bénéficiaires de soins
Démonstration d'un risque clinique	Se servir d'une expertise clinique pour faire croire qu'un manque de ressources met la vie du patient en danger (Currie et al., 2009; Kellogg, 2009; Gemmel et De Raedt, 2009) ou que les particularités reliées à son état de santé nécessitent l'attribution exceptionnelle de ressources (Gemmel et De Raedt, 2009)
Manipulation du discours	Utiliser la même information, mais en adapter le sens selon les acteurs à qui on s'adresse, selon la vision que veut donner l'interlocuteur à chaque groupe pour en arriver à ses fins (Kellogg, 2009)
Utilisation des privilèges et limites de la profession	Échange d'arguments cliniques pour convaincre plusieurs groupes professionnels du bien-fondé de ses propres objectifs pour le patient, grâce à l'utilisation de ses connaissances privilégiées, dans le but d'obtenir un consensus partagé avec ces groupes, qui permettra de privilégier la conduite choisie auprès de l'administration ou d'autres groupes professionnels (McNulty et Ferlie,

	2002; Currie et al., 2009; Kellog, 2009; Gemmel et De Raedt, 2009)
Engagement organisationnel	Don de son temps ou de son expertise clinique à l'organisation dans le but de mieux s'informer et de mieux positionner son groupe au sein de l'organisation (McNulty et Ferlie, 2002)
Ajustement du rythme du travail	Augmentation ou diminution de la rapidité avec laquelle les activités d'un groupe sont effectuées en fonction des gains potentiels formels (temps supplémentaire) ou informels (appréciation) qu'il envisage (McNulty et Ferlie, 2002; Gemmel et De Raedt, 2009)

3.6 La notion de microcontexte politique: un cadre théorique préliminaire basé sur la revue de littérature

Dans leur interprétation de leur expérience du Leicester Royal Infirmary (LRI), McNulty et Ferlie (2002), estiment que les approches de changement doivent être étudiées en tenant compte du fait que les organisations sont contextuellement ancrées. L'identification des différents niveaux de contextualisation par les auteurs nous permet de relier les constatations faites par les auteurs à l'analyse « crozienne » que nous proposons.

McNulty et Ferlie (2002) divisent ce besoin de compréhension du contexte organisationnel en trois niveaux : le macrocontexte, le mésocontexte et le microcontexte. Le macrocontexte comprend l'environnement social, politique, économique et technologique extérieur à l'organisation, mais dont l'impact peut être conséquent sur les possibilités de transformation organisationnelle. Le méso-contexte est expliqué comme étant les mouvements dynamiques touchant certains secteurs ou groupes d'organisations. Les auteurs donnent en exemple les « recettes » managériales qui naissent de certaines problématiques et qui se généralisent. Enfin, ils considèrent le microcontexte comme *« these broader forces play out within particular local sites »* (McNulty et Ferlie, 2002 :p.47). Cette dernière division de l'environnement organisationnel revêt la forme des particularités structurelles propre à chaque organisation (divisions cliniques et managériales locales). McNulty et Ferlie (2002) se limitent au contexte structurel et analysent cette transformation en utilisant la théorie de la structuration de Giddens (1987). Toutefois, d'autres dimensions du microcontexte peuvent

avoir une influence sur la réalisation d'un changement des routines de travail. Parmi celles-ci, ils citent eux-mêmes la dimension politique comme étant critique :

> « Rather than being organization free, BPR is laden with politics » (Mc Nulty et Ferlie, 2002:p.31).

En se basant sur les divisions du contexte proposés par McNulty et Ferlie (2002) et les concepts émanant de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977), nous définissons le microcontexte politique comme l'ensemble des stratégies de jeux de pouvoir entre les acteurs interdépendants d'un système d'action concret particulier. De plus, le microcontexte reçcoit l'influence du macrocontexte et du mésocontexte et il existe de nombreuses interrelations entre ces dimensions.

La figure 6 utilise le cadre générique émanant des propositions de Crozier et Friedberg (1977) pour résumer les quelques éléments relevés dans cette littérature et qui pourraient potentiellement faire partie du microcontexte politique de l'établissenent de santé.

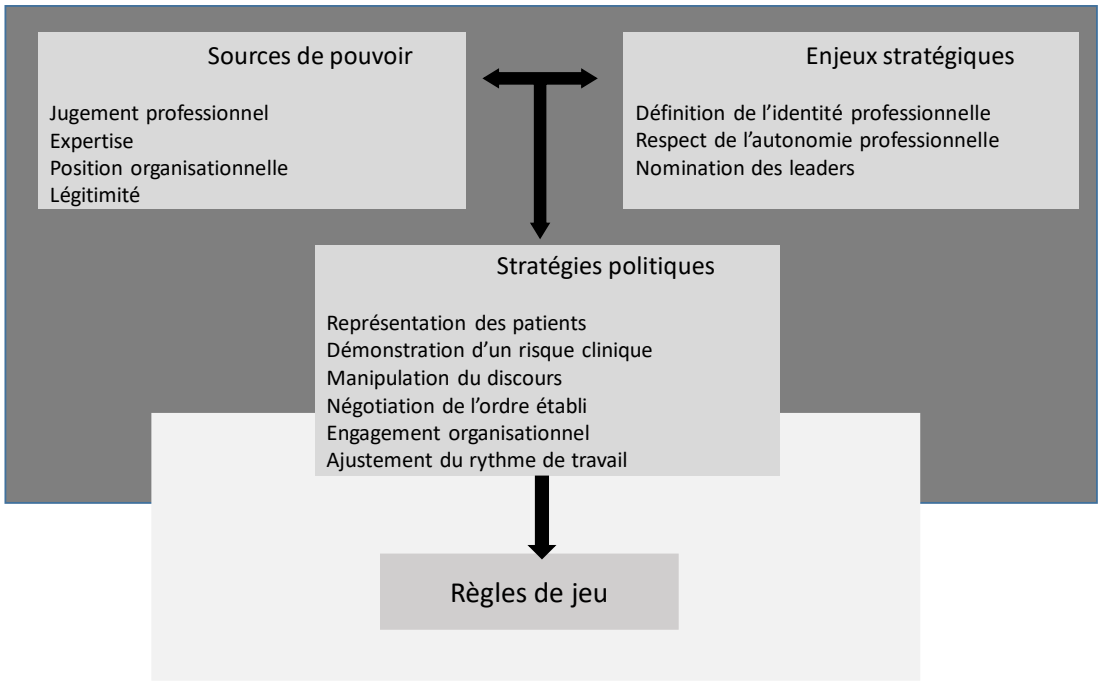


Figure 6. Cadre conceptuel préliminaire du système d'action concret propre aux établissements de santé

La littérature présentée dans cette section permet de contribuer à l'ébauche préliminaire de notre cadre conceptuel. En effet, l'analyse de la littérature nous permet de relever des enjeux stratégiques, des sources de pouvoir et des stratégies politiques existantes au sein des établissements de santé. Toutefois, il n'existe aucune étude dans la littérature qui permet de valider empiriquement les liens entre ces éléments et d'identifier l'intensité et

l'importance relative de chacun. Il reste que la littérature ne permet pas de comprendre ce qui donne naissance aux interactions qui permettent la naissance de cet univers informel. De plus, il serait intéressant de préciser le lien entre ces éléments politiques et leur intégration à la structure de travail construite socialement dans la pratique. Cette démarche peut avoir un impact direct pour les gestionnaires, plus particulièrement lorsque vient le temps de comprendre le remaniement de ces structures, afin d'expliquer les différences de succès des approches d'amélioration des processus. Nous proposons une démarche méthodologique (l'analyse stratégique) ancrée dans la pratique afin d'être en mesure de mieux comprendre le microcontexte politique propre aux établissements de santé. Notre recherche vise à mieux comprendre l'influence du microcontexte politique sur le changement des routines de soins dans le cadre des différentes initiatives d'amélioration des processus. Notre cadre conceptuel préliminaire se fonde sur les éléments théoriques que nous avons proposés dans les chapitres précédents.

Dans les paragraphes suivants, nous résumerons les grands constats émanant des fondements théoriques présentés dans les sections précédentes. Puis, nous présenterons nos questions de recherche principales et secondaires et préciserons le cadre d'analyse privilégié pour appuyer le déroulement de notre recherche.

La littérature présentée dans les chapitres précédents nous permet de faire plusieurs constats qui clarifient la pertinence de notre question de recherche.

Premièrement, plusieurs éléments relevés dans la littérature permettent d'abord de confirmer que le contexte, dans lequel s'inscrit notre recherche, est particulier et combine des aspects formels, mais aussi informels, et doit donc être investigué empiriquement afin de cerner les défis particuliers qu'il pose. Les éléments principaux que nous retenons des particularités de l'établissement de santé sont les suivants. Tout d'abord, la complexité des interactions et la multiplicité des acteurs donnent naissance à une structure professionnelle particulière : une bureaucratie multiprofessionnelle ambiguë stratégiquement, c'est-à-dire qu'elle se caractérise par un pouvoir limité de la hiérarchie et des buts et technologies imprécis. Cette structure implique un pouvoir clinique collectif dont les limites se négocient à travers la définition identitaire des professions. Puis, issue de ce contexte, il se développe une puissance clinique qui transforme les relations de la hiérarchie, divise la structure de gouvernance, et implique des jeux de pouvoir entre les différents professionnels qui influencent à leur tour la structure. Enfin, le contexte organisationnel se crée dans l'incertitude qui reste nécessaire pour l'ajustement des actions professionnelles face aux différents états cliniques. Il implique des mécanismes de coordination particuliers et une standardisation adaptée à la complexité clinique qui est de facto variable. De plus, l'établissement de santé doit composer avec des impératifs propres à sa condition de prestataire de services : l'intangibilité et la simultanéité du service qui le rend difficilement mesurable; l'impossibilité de son entreposage et son impact sur la gestion de la capacité; la participation du patient dans la prestation; l'écart de connaissances entre le patient et les professionnels, le fait de devoir

être hautement fiable; et l'urgence de la prestation dans plusieurs cas. Ces éléments complexifient la gestion du processus de soins. Finalement, le secteur hospitalier intègre des activités dont les conséquences ont un impact humain et émotionnel. Ces différents éléments définissent un contexte de recherche qui nous permettra d'illustrer les éléments de complexité pratique et politique qui nous intéressent.

Deuxièmement, un autre constat est celui des défis rencontrés dans les établissements de santé, émanant des problématiques d'implantation de stratégies d'amélioration des processus. En effet, la littérature sur les trois approches spécifiques que nous avons choisies (TQM, Lean et BPR) démontrent que leurs problèmes d'implantation dans la pratique sont survenus très souvent au moment de remettre en question le travail des cliniciens, plus particulièrement des médecins. Puis, nous notons que la majorité des études effectuées pour mieux comprendre cet état des choses se limitent à identifier et à nommer cette problématique, posant un regard rationnel sur l'implantation des différentes approches. Peu d'auteurs présentent une analyse détaillée du contexte, plus particulièrement en ce qui concerne les aspects humains, politiques et sociologiques du changement, de même que les enjeux microcontextuels. Enfin, la littérature ne permet pas de mieux comprendre l'impact des multiples perspectives des acteurs sur l'amélioration des processus. La majorité des auteurs soulignent les limites du consensus mais permettent rarement de mettre en évidence le caractère complexe du secteur et la dimension pluraliste des perspectives.

Ces deux premiers constats, émanant de notre revue de la littérature, nous ont amenée à proposer deux cadres théoriques afin d'approfondir notre compréhension du changement touchant les processus dans le secteur hospitalier. Le caractère complexe et la dimension pluraliste des perspectives nous ont amenée à solliciter un cadre théorique qui nous permet d'aprofondir la dimension politique propre à la présence des multiples interactions. L'analyse de cette dimension politique à travers les routines organisationnelles nous permet de comprendre comment se construit le lien entre ces interactions et le changement des comportements dans la pratique.

Le cadre théorique, permettant d'aborder notre recherche avec une approche politique, est basé principalement sur l'œuvre de Crozier et Friedberg (1977); Crozier (1963) Crozier et Friedberg (1995) et Friedberg (1994). De cette littérature, nous retenons que les individus sont interdépendants et il existe divers jeux de pouvoir, des contraintes et des stratégies. Ces jeux sont fonction de la zone d'incertitude (créée par l'absence de règles formelles) et permettent au pouvoir de s'y exercer. Cette zone d'incertitude augmente à mesure que la différence entre ce qui est voulu et ce qui est vécu se creuse. Le pouvoir est relationnel et se construit dans la relation de négociation entre des individus interdépendants dans une zone d'incertitude et constitue le microcontexte politique que nous définissons sur cette base comme étant l'ensemble des stratégies de jeux de pouvoir entre les acteurs interdépendants d'un système d'action concret particulier. L'analyse stratégique de la littérature sur les différentes initiatives dans le secteur hospitalier nous a permis de mettre en

évidence que les acteurs, qui se retrouvent face à certains enjeux stratégiques émanant de la transformation des règles, évaluent leurs sources de pouvoir et déterminent leur capacité à reprendre le pouvoir. Ces actions se manifestent à travers une stratégie politique qui déterminera la résistance ou l'intégration du changement dans la pratique. Nous avons relevé plusieurs sources de pouvoir, enjeux et stratégies politiques que nous avons présentés dans un premier cadre conceptuel préliminaire (Figure 7).

L'analyse des routines organisationnelles nous permet d'affiner notre compréhension empirique des phénomènes organisationnels et de comprendre l'influence des aspects humains sur la structuration de la pratique et de son changement. La littérature que nous avons présentée démontre que les routines mettent en évidence l'interaction continuelle et constructive entre ce qui est vécu et ce qui est voulu à travers une performance qui est critiquée et adaptée par les acteurs eux-mêmes. Cette littérature est basée principalement sur les travaux de Bourdieu (1991) et de Giddens (1984). Cette approche a été reprise par Feldman et Pentland (2003), Feldman (2000), Pentland et Feldman (2008), ainsi que par Edmondson *et al.* (2001) avec la notion de « routines ». Nous retenons que les routines sont définies par ces auteurs comme étant «A repetitive, recognizable pattern of interdependent actions, involving multiple actors» (Feldman et Pentland, 2003: p.96). Deux dimensions des routines coexistent : la dimension ostensive et la dimension performative. La dimension ostensive correspond à l'aspect idéal ou schématique conçu par les acteurs organisationnels (ce qui devrait être fait). La dimension performative, quant à elle, correspond à l'aspect spécifique et contextualisé de la routine dans la pratique (ce qui est réellement fait). L'autre élément important que nous retenons émane de Feldman (2000) qui a démontré que l'acteur organisationnel joue lui-même un rôle d'évaluation sur la qualité de sa performance en utilisant un modèle semblable à celui suggéré par Deming, une forme de « plan-do-check-act ». En fait, l'acteur prévoit un plan qu'il compare à ses idéaux et agit, puis, évalue les résultats obtenus. Les liens entre ces différentes interactions cognitives et pratiques déterminent si l'acteur modifiera sa routine.

La littérature indique donc que les routines reflètent les idéaux des acteurs et leurs plans d'action. Elle permet donc d'ouvrir la boîte noire du changement et de comprendre les mécanismes d'analyse des acteurs dans le cadre d'un changement touchant la pratique. Théoriquement, la performance qui est associée aux perturbations de la routine et aux résultats qu'elles engendrent peut donc varier d'un individu à l'autre puisqu'elle dépend de la mémoire qu'en ont les acteurs touchés. Ainsi, même si les perturbations créent de nouvelles opportunités pour transformer les actions, l'évaluation que chaque acteur en fait, par rapport à l'histoire qu'il détient sur les résultats passés, influence donc la modification de sa routine. Ceci est d'autant plus vrai si l'individu doit réagir rapidement par rapport à la perturbation qu'il rencontre dans sa routine ou si l'environnement n'est pas propice au partage des informations et aux communications entre les acteurs. D'ailleurs, lorsque l'acteur évalue la performance générée par une perturbation rencontrée, il est aussi possible qu'il tienne compte de l'impact

de la performance spécifique qu'il a réalisé sur l'augmentation de la marge de manœuvre dont il dispose dans son organisation. En effet, si les résultats de la survenue d'une perturbation ont permis à un acteur, voire même à un groupe d'acteurs, de faire valoir ses compétences, il sera plus en mesure de répéter ses gestes lorsque la même perturbation surviendra. Plus cette perturbation sera présente, plus le geste sera répété (ayant plus de chance d'être retenu à cause de la répétition de la perturbation et ayant donné des résultats favorables dans son positionnement politique) et plus il pourra être intégré à la routine.

Nous avons finalement démontré que cet impact potentiel, joué par les éléments politiques dans l'analyse de la performance des routines par les acteurs et le rôle de ces éléments dans le changement des routines, n'a pas encore été étudié dans la littérature spécialisée. La seule étude publiée dans le contexte que nous désirons étudier, soit le secteur hospitalier (Edmondson *et al.*, 2001), impute cette responsabilité à la forme que prend l'apprentissage, même si des éléments politiques semblaient impliqués.

Nous avons donc identifié un besoin d'étudier le microcontexte politique pour mieux comprendre l'amélioration des processus au sein des établissements de santé. Dans cette optique, nous proposons de nous intéresser aux routines, puisqu'elles se transforment dans la pratique et sont le fruit d'une analyse du microcontexte par les acteurs.

3.7 Les composantes du cadre conceptuel

Nous proposons le cadre conceptuel illustré ci-bas dans la figure 7 afin de refléter les liens que nous désirons faire entre l'analyse des pratiques à travers les routines et l'analyse stratégique des jeux de pouvoir qui influencent le changement de ces routines. Nous intégrons donc les concepts soulevés dans les deux cadres théoriques que nous désirons utiliser.

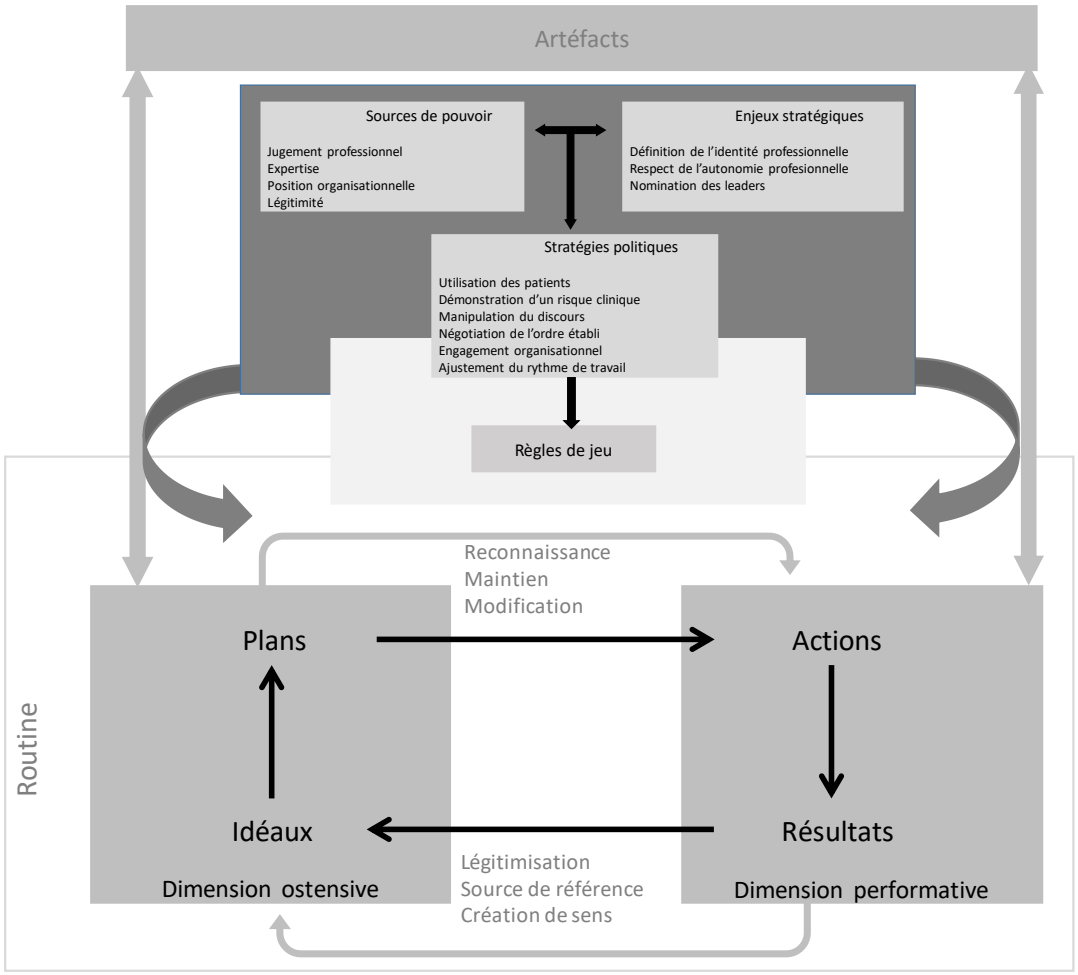


Figure 7. Cadre conceptuel préliminaire de l'analyse des routines de Feldman et Pentland intégrant les éléments pertinents de l'analyse stratégique de Crozier

Nous allons étudier les liens entre les différents éléments présentés dans le cadre conceptuel : artéfacts, dimensions performative et ostensive des routines, règles et microcontexte politique (comprenant le lien entre les enjeux stratégiques, les sources de pouvoir, les stratégies politiques et les jeux qui en découlent). Nous voulons ainsi mieux comprendre les éléments constitutifs du microcontexte politique au sein d'un établissement de santé. Nous validerons empiriquement la présence des éléments du microcontexte décrit dans un premier cadre conceptuel préliminaire présenté dans les paragraphes précédents (Figure 6. Cadre conceptuel préliminaire du système d'action concret propre aux établissements de santé, p.73). Nous préciserons également les jeux qui émanent des stratégies politiques des acteurs. Ceux-ci ne peuvent s'observer que dans la pratique et en lien avec la performance des routines. Puis, nous chercherons à comprendre le lien entre les stratégies politiques des acteurs et leur interprétation des résultats obtenus de la performance de leur routine. En effet, comme Feldman (2000) a démontré que l'acteur modifie sa routine en réponse à l'évaluation de sa performance et en comparaison aux idéaux qui le guident,

nous voulons valider empiriquement si l'acteur tient compte de ses stratégies politiques pour modifier ses idéaux ou ses plans et enfin ces actions et jeux. Finalement, nous explorerons les éléments du microcontexte politique qui sont remis en question dans le cadre d'une initiative d'amélioration des processus et nous validerons les réactions manifestées au niveau des routines.

3.8 Questions de recherche

Considérant la revue des particularités propres aux établissements de santé, les résultats des expériences d'amélioration des processus conduites jusqu'à maintenant dans ce secteur et la mise en évidence de cadres théoriques qui offrent une nouvelle opportunité d'exploration, nous visons à répondre à la question de recherche principale suivante :

Comment le microcontexte politique influence-t-il l'amélioration des processus dans un établissement de santé?

Afin de répondre à notre question de recherche principale, nous proposons de cibler une routine particulière, soit la routine chirurgicale.

Nous optons pour la routine chirurgicale puisqu'il s'agit d'une routine qui est bien circonscrite, qui se répète souvent et qui a lieu dans un environnement assez fermé physiquement et culturellement (le bloc opératoire). Ces éléments, qui, a priori, devraient favoriser l'inertie des routines, mettent en évidence de manière plus évidente les facteurs conduisant aux changements des routines. De plus, comme la chercheure principale est elle-même chirurgienne, il est possible d'enrichir le contenu de la réflexion de cette expérience, car les délais requis pour comprendre ethnographiquement le milieu sont réduits.

Nous viserons donc à explorer la dimension stratégique de la dynamique de la routine chirurgicale pour comprendre l'influence de cette dynamique sur l'implantation d'un changement planifié afin d'améliorer les processus. Nous proposons de répondre aux trois sous-questions suivantes afin d'y arriver.

La première sous-question nous permettra de déterminer les caractéristiques de la dimension ostensive et performative de la routine chirurgicale, ainsi que le rôle des artéfacts sur la dynamique de la routine, afin d'élaborer un cadre conceptuel préliminaire sur cette dynamique de la routine chirurgicale. Elle se pose ainsi :

Quelle sont les éléments qui caractérisent la dynamique de la routine chirurgicale (microcontexte)?

La deuxième sous-question nous permettra d'effectuer l'analyse stratégique de la routine chirurgicale afin d'identifier les problématiques d'interactions contribuant aux

perturbations récurrentes, de déterminer les sociogrammes d'interactions, d'enjeux et de stratégies expliquant la dynamique des comportements dans la réalisation de la routine et d'élaborer des cadres conceptuels préliminaires sur le système d'action concret et le microcontexte politique. Cette deuxième sous-question se pose comme suit :

> ***Comment les groupes d'acteurs stratégiques contribuent-ils à la dynamique de la routine chirurgicale (microcontexte politique)?***

Notre dernière sous-question de recherche nous permettra d'analyser le changement et d'utiliser nos cadres conceptuels construits au préalable pour interpréter la persistance ou non des changements reliés à l'implantation d'un projet Lean au sein du bloc opératoire de l'établissement de santé étudié. Cette dernière question se pose comme suit :

> ***Comment le microcontexte politique influence-t-il l'adoption de changements imposés par l'organisation, dans le cadre d'un projet Lean, sur la routine chirurgicale?***

Dans le cadre de notre projet de recherche, nous proposons donc d'étudier le microcontexte politique au sein d'un établissement de santé à travers la routine chirurgicale afin de mieux comprendre la dimension informelle du changement. Nous définissons le microcontexte politique comme l'ensemble des stratégies de jeux d'influence entre les acteurs interdépendants d'un système d'action concret particulier. Notre étude est exploratoire, mais nous croyons qu'il existe un lien entre le succès des initiatives d'amélioration des processus et la gestion et la prise en compte des enjeux micropolitiques qui existent dans le contexte local où se déroule le changement. En effet, nous émettons l'hypothèse que le processus se dessine comme un « modèle » d'activités et que les routines de travail reliées à ce processus apparaissent lorsque le modèle est intégré, adapté et négocié entre les différents travailleurs, en fonction des règles de jeu qu'ils se sont données de manière informelle. Il semble donc pertinent d'étudier comment l'introduction d'un nouveau modèle de processus, suite à une initiative d'amélioration des processus, modifiera l'équilibre des routines de travail dans la pratique.

PARTIE 2 : LE PROCÉDÉ DE RECHERCHE

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE ET DESIGN DE RECHERCHE

4.1 Positionnement de la recherche

Nous nous positionnons dans le paradigme constructiviste de la recherche au sens de Guba et Lincoln (1988) pour ce qui est de l'ontologie et de l'épistémologie de notre recherche. En effet, nous supposons que la réalité est socialement construite et que les phénomènes sont interprétables. La construction de la connaissance nous apparaît être le fruit d'un travail subjectif basé sur l'expérience et l'interprétation qui en découle (Burrell et Morgan, 1979). Notre thèse démontre l'importance d'entreprendre une étude qualitative et exploratoire sur le lien entre le microcontexte politique et l'amélioration des processus au sein des établissements de santé. Nous utiliserons une méthodologie de recherche empirique et exploratoire. La méthode de recherche que nous proposons, afin de réaliser notre projet, est congruente avec notre paradigme, puisqu'elle vise à comprendre la perspective des acteurs sur l'amélioration des processus et à interpréter comment la mise en œuvre de ces processus contribue au maintien et/ou à la transformation de la routine chirurgicale. De plus, elle cherche à mettre en évidence la nature socialement construite du microcontexte politique et son importance dans le contexte du changement.

4.2 Choix de la méthodologie: arguments théoriques

Notre désir de mieux comprendre empiriquement la routine chirurgicale mérite que nous fassions le point sur quelques éléments d'ordre méthodologique relevés dans la littérature sur le sujet. Ces éléments nous permettent d'identifier précisément certains aspects que nous retiendrons de cette littérature et d'autres qui nous permettrons de modifier notre cadre méthodologique afin de mieux répondre aux limites de ce type d'étude.

Pentland et Feldman (2005) présentent plusieurs recommandations pour l'étude empirique des routines. Ils définissent d'abord les particularités méthodologiques des phénomènes à l'étude, concernant les dimensions ostensives et performatives des routines ainsi que des artéfacts.

Selon eux, la dimension performative des routines est difficile à évaluer, car elle se disperse dans le temps. En effet, la description d'une routine, impliquant plusieurs activités de la part de différents acteurs qui ne se trouvent pas toujours au même endroit ou bien agissent de manière simultanée, demeure plus complexe qu'il n'y paraît. En recherche, l'observation des activités successives de la routine n'est donc pas toujours possible, puisqu'une portion

est réalisée simultanément ou en dehors du champ d'observation. Pour faciliter l'observation, Pentland et Feldman (2005) suggèrent de prendre l'analyse en fonction d'un point de vue (celui d'un acteur, le temps, le client, etc.). La dimension ostensive des routines varie également selon la perception de chacun des acteurs et il n'existe pas nécessairement de consensus. Selon le point de vue retenu, la description sera différente. Pentland et Feldman (2005) suggèrent donc de présenter le point de vue extérieur de la routine, basé sur l'observation (l'interprétation du chercheur), puisque, de toute façon, les routines font l'objet d'un point de vue externe, celui du chercheur ou celui de l'acteur interrogé. Cet élément est pertinent et sera pris en compte dans le cadre de notre recherche, puisque nous avons également démontré que la littérature suggérait que les perspectives de différents acteurs sur leurs activités soient teintées de leurs stratégies politiques (Buchanan, 1998; Buchanan, 2003a; Simon, 1999; Allen, 2009; McDonald et Harisson, 2004; Addicott et Ferlie, 2007).

La comparaison des routines est l'autre étape importante selon Pentland et Feldman (2005). Pour y arriver, il semble que l'adoption d'un point de vue permette effectivement, selon les auteurs, de linéariser notre interprétation du phénomène qui, en réalité, est complexe et produite de manière concurrentielle avec d'autres événements appartenant ou non à d'autres routines.

Ils proposent deux types de comparaisons : longitudinale-diachronique (la même routine dans le temps) ou transversale-synchronique (différentes routines à un moment donné).

Pour ce qui est de la chronologie d'étude, Pentland et Feldman (2005) suggèrent toutefois d'identifier d'abord les dimensions ostensives des routines, et ce, en ciblant les résultats attendus. Par exemple, un des résultats attendus de la routine d'attribution des chambres dans un hôtel est de loger le client. Deux approches sont donc possibles : émique ou étique. L'approche émique permettra de faire émerger les intentions des participants reliées à cette routine en investiguant les éléments pertinents donnant la possibilité d'arriver au but selon les participants. Le chercheur cible par la suite son analyse en fonction de l'identification de la routine par les participants (deux niveaux d'interprétation). L'approche étique laisse le chercheur identifier les aspects pertinents en se faisant lui-même une conceptualisation de la routine qui répondra aux intentions de résultats des participants.

Ces recommandations nous ont également permis de guider notre démarche de recherche. Dans notre cas, la réalisation d'un projet-pilote nous a d'abord permis de préciser la routine à étudier pour notre projet de recherche. Le projet-pilote visait la modélisation du processus chirurgical par les acteurs du bloc opératoire. Au terme des premiers documents obtenus et suite aux entrevues, nous avons mis en évidence que les acteurs centraient leurs observations en fonction des différentes étapes vécues par le patient : l'arrivée au bloc opératoire, l'évaluation du patient, l'entrée en salle d'opération, l'opération, la sortie de la salle d'opération, le séjour à la salle de réveil et le départ du patient. La complexité des activités

entourant la prise en charge du patient a démontré que le seul moment où plusieurs acteurs étaient réunis ensemble était le moment entre l'entrée et la sortie du patient dans la salle d'opération. Cette étape, qui correspond à la réalisation de la chirurgie, nous permettait de maximiser le partage des conceptions sur les routines entre les acteurs. De plus, nous avons constaté que l'étude plus large du processus ne permettait pas de cibler des activités précises et donc d'éliciter des enjeux stratégiques reliés directement aux activités décrites. Nous avons toutefois appris que certains éléments politiques étaient surtout présents lors du premier cas de la journée, moment où les acteurs préparent le début des activités et où certains délais surviennent et ramènent sur la table de négociation certains enjeux stratégiques. Le projet pilote nous a également permis de relever le fait que les anesthésistes utilisent un certain « véto clinique » pour négocier avec les chirurgiens la réalisation de leur dernier cas de la journée. Ce dernier point est mis en évidence dans les propos suivants émanant d'une infirmière :

« C'est ça qui est difficile, c'est que le chirurgien c'est toujours dans le but d'opérer le patient. Pour lui il a l'impression (je pense que ça peut être discutable) que c'est la meilleure façon de traiter le patient. C'est là, je pense, que les différentes façons de penser entrent en conflit entre ces gens-là (l'anesthésiste et le chirurgien) qui ont un rôle majeur au bloc opératoire. Souvent pour gagner leur point, ils vont trouver une faille au niveau du bilan du patient ou au niveau des choses qui n'ont pas été faites : « il aurait dû être vu en médecine interne » ou « tel processus n'a pas été fait » et décident « je refuse de faire la chirurgie », « je veux que ça soit fait », « je veux un MIBI », etc. Des fois, je ne vois pas nécessairement la pertinence de ces examens pour ce type de chirurgie, mais tu sais il y a des raisons (médicales) qui sont trouvées ».

Nous avons également constaté que la représentation des acteurs correspondait à une vision « idéalisée » de la réalité. Cette vision nous a permis de conclure qu'en questionnant les acteurs sur leur perception des activités réalisées, nous obtenions effectivement la description de la dimension ostensive de la routine, plutôt que de la dimension performative.

Nous pouvons donc dire que le projet pilote que nous avons réalisé nous a permis de procéder de manière émique afin d'identifier la routine que nous désirons étudier : celle de réalisation de la chirurgie.

Une dernière recommandation de Pentland et Feldman (2005) qui est pertinente pour notre projet est la distinction entre la dimension ostensive d'une routine et l'artéfact. En effet, les routines s'expriment à travers des matérialisations que Pentland et Feldman (2005) qualifient d'artéfacts. Les artéfacts sont décrits par les auteurs comme les structures qui viennent contraindre la réalisation des routines. En contexte de chirurgie, deux dimensions d'une routine sont liées à des artéfacts : des règles et procédures pour la dimension ostensive et des journaux de bord ou des bases de données pour la dimension performative. Ces

artéfacts ne se transforment pas nécessairement au même rythme que les routines elles-mêmes et peuvent même servir le pouvoir émergent ou dominant (Pentland et Feldman, 2005). Les approches d'amélioration des processus peuvent être conçues comme des artéfacts qui jouent un rôle dans ces interactions entre l'acteur, sa performance et les stratégies d'action et jeux de pouvoir.

Pentland et Feldman (2005) soulignent que les artéfacts, qui représentent les preuves documentées des routines, seraient plus faciles à capter et à obtenir que la dimension ostensive des routines, mais ne doivent pas être confondus avec elles qui restent conceptuelles. Les artéfacts peuvent inclure autant d'éléments physiques que procéduraux.

Notre projet actuel comporte donc deux parties permettant de comparer, grâce à des observations et des entrevues, la dimension idéalisée des routines (ostensives) et la dimension réalisée des routines (performatives) des acteurs du bloc opératoire ; d'analyser comment elles se reflètent ou se font influencer matériellement par la production d'informations documentées (artefacts) comme des modélisations des processus ou des protocoles; d'étudier l'influence de changements imposés ou émergents émanant des initiatives d'amélioration des processus en déploiement dans l'établissement (standardisation, normes, apprentissage) ; et de vérifier les enjeux stratégiques qui conduisent à des jeux de pouvoir qui à leur tour influencent ces mêmes routines, la production de documentation qui y est reliée et l'implantation de l'initiative d'amélioration des processus.

Sur un plan théorique, deux études inspirent également le cadre méthodologique que nous retenons.

La première est celle d'Edmondson *et al.* (2001) qui consistait à étudier la performance des routines par des acteurs du bloc opératoire de différents hôpitaux. Edmondson *et al.* (2001) considèrent que l'étude des routines de travail au bloc opératoire peut se faire en utilisant plusieurs sous-unités d'analyse, puisqu'il s'agit d'une culture relativement semblable d'un endroit à l'autre :

> « Across hospitals of varying size, location, history, and academic status, the structure of cardiac surgery departements-especially as manifested in roles and relationships in the operating room (OR) team-are remarkably consistent » (Edmondson et al., 2001: p.690).

Il est donc possible de faire une étude de cas (embedded) et d'inclure dans chaque site les différents éléments à analyser. Dans le projet effectué par Edmondson *et al.* (2001), des entrevues ont été réalisées afin de comprendre comment les résultats, découlant des actions des acteurs soumis à l'introduction d'une nouvelle technologie (ici les cas de chirurgies cardiaques minimalement invasives), ont conduit ou non à la modification des routines de chacun des acteurs et à la compréhension des facteurs expliquant cette modification. Le focus de l'analyse, dans ce cas, était le lien entre l'ajustement des routines et le type

d'apprentissage collectif vécu dans différentes situations. De notre côté, nous désirons mettre en évidence le lien entre l'ajustement des routines et les stratégies d'action des acteurs sur le plan politique. D'un point de vue méthodologique, le guide d'entrevue de l'étude d'Edmondson *et al.* (2001) a été conçu de façon à évoquer une situation problématique survenant durant la chirurgie et permettant d'éliciter le type de réaction qu'auraient les participants dans un tel cas. Cette technique d'entrevue a permis de recueillir des informations sur les interactions entre les membres de l'équipe et le climat interpersonnel (Edmondson *et al.*, 2001). Nous utiliserons une technique semblable dans notre guide d'entrevue afin d'obtenir des informations sur le microcontexte politique dans l'établissement que nous visiterons.

La deuxième étude qui nous inspire est celle de Currie *et al.* (2009). Ces auteurs utilisent une approche narrative afin de démontrer comment les professionnels de la santé s'approprient la régulation sur l'utilisation unique du matériel à usage unique en anesthésie et montrent l'influence du jugement clinique sur le succès de l'implantation de la réforme. Ils réalisent une étude empirique basée sur des entrevues qui avaient été précédées d'un questionnaire pour cibler les éléments-clés à retenir dans le guide d'entrevue. Nous désirons souligner ces éléments méthodologiques. En effet, les auteurs analysent le discours des acteurs du bloc opératoire au lieu d'observer leurs comportements afin de comprendre les éléments stratégiques qui ont influencé leur adoption du changement. En effet, l'observation seule peut laisser place à une interprétation de la part du chercheur sur les éléments qui seront retenus comme étant importants dans le déroulement de l'action. Toutefois, une des limites de l'approche méthodologique utilisée par Currie *et al.* (2009) est d'arriver à faire parler les différents acteurs sur le déroulement précis de la routine telle que réalisée réellement dans la pratique, sans que celle-ci ne soit idéalisée. Ces auteurs y arrivent en identifiant au préalable, avec un questionnaire, les principaux éléments à faire ressortir et à valider en entrevue. Dans cette étude, les auteurs arrivent, grâce à cette méthode, à comprendre ce qui conduit à l'inertie au niveau des routines performatives : le pouvoir du jugement clinique (Currie *et al.*, 2009).

Dans les deux études que nous venons de présenter, le contexte d'inertie des routines existantes est renforcé respectivement par la technologie et par l'effort collectif d'acteurs interdépendants qui ne planifient pas les actions nécessaires pour le changer, malgré des résultats objectifs qui démontrent que le contraire serait bénéfique. Ces études démontrent que les enjeux stratégiques qui poussent les différents acteurs à agir de la sorte peuvent être mis en évidence empiriquement par des observations et des entrevues ciblées. De plus, elles démontrent que le contexte culturel est peu variable d'un établissement à l'autre, la culture du bloc opératoire étant en soi le contexte particulier. Mais surtout, ces deux études posent les bases de notre cadre méthodologique. Elles nous permettent de définir notre design de recherche. En effet, une étude de cas nous permettra de mieux comprendre les différents éléments constituant le microcontexte politique à travers une observation des routines en salle d'opération, puis, par la suite, de comparer ces éléments avant et après l'introduction d'un

projet d'amélioration des processus à la manière d'Edmondson *et al.* (2001). Nous complèterons toutefois les observations avec des entrevues ciblées qui nous permettront d'étudier le discours des acteurs et de relever les enjeux stratégiques et leurs stratégies d'action en effectuant une analyse ancrée à la manière de Currie *et al.* (2009). Nos travaux de recherche seront appuyés par les deux cadres théoriques que nous avons présentés afin de construire l'analyse de nos données.

L'analyse ou le raisonnement stratégique proposé par Crozier et Friedberg (1977) est la démarche de recherche empirique et inductive qui nous permettra de mettre en évidence les relations de pouvoir, la stratégie des acteurs et de comprendre les interdépendances à travers lesquelles se créent les mécanismes de régulation du système d'action (Friedberg, 1994; Crozier et Friedberg, 1995). Brousselle et Champagne (2009) résument l'analyse stratégique comme *« une conceptualisation de l'action collective qui permet d'interpréter les relations entre acteurs dans un contexte donné »* (Brousselle et Champagne, 2009 : p.7). La démarche est hypothético-inductive et implique un mode de raisonnement autour de certains concepts : stratégie, capacité, zone d'incertitude, nature et règles du jeu dont les éléments plus critiques seront identifiés par le chercheur expérimenté dans ce champ (Crozier et Friedberg, 1977) :

> « Une démarche en somme qui se sert de l'expérience vécue des participants pour proposer et vérifier des hypothèses de plus en plus générales sur les caractéristiques de l'ensemble » (Crozier et Friedberg, 1977 : p. 454).

Différents éléments permettent de faire cette analyse selon Crozier et Friedberg (1977). Le premier est la capacité pour le chercheur de faire abstraction de ses jugements et d'adopter une position d'extériorité afin de comprendre le sens des actions observées qui en apparence sont irrationnelles. Foudriat (2007) suggère d'identifier les comportements récurrents qui apparaissent dans des situations problématiques et qui ne sont pas prévus par le cadre formel de l'organisation. La découverte de ces situations problématiques, selon Foudriat (2007), permet de réfléchir sur les intérêts qui poussent les acteurs à agir de cette façon et à développer les interactions avec d'autres acteurs qui caractérisent le contexte. Puis le chercheur doit être en mesure de faire un raisonnement sur les écarts observés en établissant des hypothèses basées sur la compréhension des différentes rationalités et en comparant celles-ci à la réalité des pratiques observées selon Crozier et Friedberg (1977). Ensuite, le chercheur doit investiguer les possibilités et capacités d'action des acteurs dans le champ étudié. Crozier et Friedberg (1977) suggèrent les questions suivantes :

> « Quels objectifs sont poursuivis par l'acteur? Quelle perception et anticipation a-t-il des possibilités de les atteindre dans la structure qu'il connaît? Quelles ressources possède-t-il? De quelle marge de liberté il dispose? De quelle façon, à quelles

conditions et dans quelles limites peut-il les utiliser? » (Crozier et Friedberg, 1977 : p. 458).

Enfin, Crozier et Friedberg (1977) démontrent que l'attitude des acteurs a une composante stratégique : elle découle du bilan que les acteurs font de la relation entre leurs capacités et ressources (situation) et le jeu qu'ils peuvent se permettre afin d'adopter une « stratégie ». Crozier et Friedberg (1977) concluent donc que les attitudes peuvent servir d'outil pour l'étude des jeux. Les auteurs suggèrent donc de recueillir les informations suivantes auprès des acteurs :

> « -sur leurs activités telles qu'ils les perçoivent et telles qu'ils les conduisent sur les contraintes qui s'imposent plus particulièrement à eux et sur les difficultés qui en découlent;
> -sur leurs relations les uns avec les autres, sur l'importance qu'elles revêtent à leurs yeux, sur ce qu'ils en attendent, sur les conflits qui se produisent le plus fréquemment et les solutions qui généralement y sont apportées;
> -sur l'évaluation qu'ils font de leurs activités, de leurs situations, de leurs relations, sur les sujets de satisfaction et/ou d'insatisfaction qu'ils éprouvent à cet égard, sur leurs espoirs et leurs déceptions;
> -enfin, sur la façon dont, à partir de là, ils voient leurs possibilité d'action, et celles des autres. » (Crozier et Friedberg, 1977 :p. 473).

Finalement, Crozier et Friedberg (1977) concluent que le chercheur doit procéder à la comparaison des contenus afin de dégager la rationalité expliquant la relation entre les stratégies en présence et les contraintes définissant les zones d'incertitudes critiques, grâce à des hypothèses sur les règles de jeu qu'il confirmera en regardant différents groupes interdépendants afin de découvrir la structure de pouvoir du champ étudié. Nous avons donc tenu compte de ces éléments théoriques afin de construire les guides de notre collecte de données, structurer et organiser l'alternance des périodes de collecte et d'analyse, ainsi que l'analyse elle-même.

4.3 Stratégie de recherche et échantillonnage

Les éléments méthodologiques issus de la littérature et notre positionnement épistémologique nous permettent de privilégier une méthode de recherche inductive fondée sur des cas. Notre recherche n'est pas complètement inductive, puisque nous avons présenté deux cadres conceptuels préliminaires construits à partir de la littérature. Toutefois, ces cadres ne sont pas limités et pourront être adaptés aux constatations que nous ferons sur le terrain. La recherche par cas permet effectivement d'investiguer les phénomènes dans leur

contexte spécifique, plus particulièrement lorsque les liens entre le phénomène à l'étude et le contexte ne sont pas bien définis (Yin, 2003).

Nous avons opté pour l'analyse d'un seul cas particulièrement propice à la compréhension de la dynamique micro-politique en salle d'opération, ainsi que ses effets sur les initiatives d'amélioration de processus. Les objectifs reliés à notre cas sont, en effet, de rendre compte empiriquement des éléments propres au microcontexte politique et de son lien avec la perception et la réalisation de la routine chirurgicale. Le cas nous permettra également d'explorer le microcontexte politique dans le cadre d'un changement formel émanant d'une initiative d'amélioration des processus à travers l'étude de la même routine chirurgicale. La richesse des données obtenues en maintenant notre présence dans cet établissement avant et après le changement, la multiplicité des sources de données, ainsi que la collection des multiples perspectives sur notre objet d'étude nous permettent de considérer que ce cas unique nous donne la possibilité de générer des hypothèses plausibles et de répondre à nos questions de recherche.

Nous présenterons d'abord nos unités d'analyse, puis définirons ce que nous entendons par cas.

Langley (1999) souligne la difficulté en recherche qualitative d'identifier précisément les limites des unités d'analyse. Nous connaissons cette difficulté dans le cadre de notre projet. Nous proposons donc d'étudier le microcontexte politique et l'amélioration des processus en ciblant un changement de type Lean survenant dans la routine chirurgicale d'un bloc opératoire. Les initiatives que nous désirons cibler et qui sont reliées au projet d'amélioration des processus sont par exemple : la standardisation, l'introduction d'une nouvelle méthodologie de travail, le redesign des espaces, la modification des formulaires, l'introduction d'un « check-list » ou d'une autre méthodologie émanant directement du projet d'amélioration des processus. Nous considérons, dans notre analyse, la perspective de six acteurs les plus importants dans les routines chirurgicales, soit celle du chirurgien, de l'anesthésiste, de l'inhalothérapeute, de l'infirmière, du préposé et du gestionnaire. Le choix de ces groupes d'acteurs émane plus précisément de notre projet-pilote sur la modélisation du processus par les différents groupes d'acteurs du secteur hospitalier (effectué en 2009) et également de l'étude de Currie *et al.* (2009) qui suggéraient des enjeux stratégiques prépondérants entre les anesthésistes, le personnel soignant et les chirurgiens. Toutefois, nous devons souligner qu'au départ, les groupes des inhalothérapeutes et des préposés n'avaient pas été choisis, mais que, dès nos premières entrevues, ceux-ci ont été identifiés comme en faisant partie intégrante, contribuant de façon significative au micrcocontexte politique du bloc opératoire.

Nous considérons comme cas : « un site spécifique d'étude ». Le cas que nous avons étudié est un établissement de santé de soins aigus (hôpital). Le critère de sélection du cas était de nous permettre de recruter au moins trois chirurgiens dans deux spécialités

différentes. Le cas a aussi été choisi en fonction de la présence de certaines démarches d'amélioration des processus dans le bloc opératoire. Le premier niveau d'analyse concerne l'analyse et l'observation de la routine chirurgicale. Le cas nous permet de mieux comprendre le microcontexte politique et son influence sur la routine chirurgicale. Par la suite, dans le deuxième temps, soit après l'implantation du projet d'amélioration des processus, nous avons été en mesure de mieux comprendre le microcontexte politique et le changement de la routine suite à l'implantation d'une initiative d'amélioration des processus. Un troisième niveau de comparaison concerne les acteurs stratégiques. Pour la réalisation de chaque routine chirurgicale, nous avons évalué la stratégie des acteurs principaux que nous avons sélectionnés. Nous avons élicité ces stratégies en questionnant les situations problématiques qui nécessitent une amélioration du processus. Puis, nous avons observé et questionné directement les participants sur leur expérience et leur comportement en lien avec l'initiative d'amélioration des processus.

Les deux spécialités identifiées pour la réalisation de l'étude sont l'urologie et la chirurgie générale. Ces deux spécialités ont été retenues pour différentes raisons. La première est l'avantage que possède le chercheur dans la compréhension des routines chirurgicales de ces deux spécialités, ayant été immersé dans la première depuis dix ans et dans la deuxième pendant deux ans. La deuxième raison expliquant ce choix est la possibilité qu'offrent ces spécialités d'observer des chirurgies de courte durée, électives et impliquant une technologie qui multiplie les interactions entre les différents groupes d'acteurs (technique endoscopique et laparoscopique). Le critère de sélection du cas est aussi basé sur la présence d'une démarche d'amélioration des processus au bloc opératoire dans un établissement où au moins deux chirurgiens généraux et un urologue ont accepté de participer.

La sélection de la routine « de réalisation de la chirurgie » découle de nos observations lors de notre projet-pilote et correspond donc à une stratégie de « purposeful sampling » selon Patton (2002). Nos observations sont concentrées sur les dimensions ostensives et performatives des routines chirurgicales et les artéfacts performatifs et ostensifs reliés à la réalisation de la chirurgie. Cette sélection est basée sur les recommandations de Pentland et Feldman (2005) pour l'étude des routines et correspond à une stratégie de sélection « theory-based sampling » selon Patton (2002). Enfin, la sélection des chirurgies observées permettra de concrétiser une approche « sampling politically important cases » selon Patton (2002). Le projet-pilote que nous avons effectué nous a suggéré que le début de la journée chirurgicale et l'appel du dernier cas de la journée (qui se fait durant l'avant-dernière chirurgie) soient plus enclins à susciter des négociations entre nos différents groupes d'acteurs. Finalement, la sélection des acteurs de six groupes (anesthésistes, chirurgiens, infirmières, inhalothérapeutes, préposés et gestionnaires) correspond à une stratégie de sélection par « critère » selon Patton (2002), puisqu'il s'agit des groupes d'acteurs principaux évoluant en salle d'opération.

Ainsi, nous avons effectué des observations et des entrevues qui nous ont permis de mettre en évidence les enjeux stratégiques, les sources de pouvoir, les règles (de jeux et formels) et les stratégies politiques caractérisant les interdépendances entre les acteurs principaux du bloc opératoire. Ces observations et entrevues nous ont également permis de connaître l'évaluation que les acteurs font de leur performance, des éléments qu'ils retiennent comme étant importants pour changer leur routine et des éléments qu'ils identifient comme remettant potentiellement en cause l'équilibre du pouvoir. Les données recueillies nous ont permis de réaliser une analyse stratégique des acteurs telle que décrite par Crozier et Friedberg (1977). Toutefois, cette capacité d'élargir notre analyse afin d'y intégrer toutes les composantes décrites par Crozier et Friedberg (1977) dépendait de l'ouverture que nous obtiendrions de la part des participants sur l'ensemble des enjeux, ce que nous n'avons pas réussi à obtenir dans toutes nos entrevues. Nous avions prévu l'occurrence de ces situations et nous avions prévu de multiples sources pour notre collecte de données afin de pallier à une telle problématique. En effet, dans certains cas, le seul fait de mentionner qu'une action existait véritablement pouvait nuire au jeu que font les acteurs ou révéler la stratégie du groupe.

Afin de compléter la collecte de données, nous avons aussi recueilli la documentation reliée à la réalisation de chacune des chirurgies réalisées. Ces éléments comprennent les notes des infirmières, le protocole opératoire, les notes anesthésiques, qui devraient refléter la routine de réalisation de la chirurgie par les acteurs principaux du bloc opératoire et correspondent aux artéfacts performatifs. Dans ce volet d'échantillonnage par la documenation, nous avons fait produire des modèles par tous les acteurs des groupes ciblés afin de documenter également la dimension ostensive de réalisation de la chirurgie. Ces derniers éléments nous ont permis de déterminer l'influence de ces artéfacts sur la routine et vice versa.

4.4 Sources et collecte de données

Nous avons utilisé plusieurs sources de données. Celles-ci sont résumées dans le tableau 13, mais elles seront détaillées dans les paragraphes subséquents.

Tableau 13. Inventaire des données

Type de données		Quantité	Source originale des données
Verbatims (provenant des entrevues)	Pré-changement	34	Participants
	Post-changement	32	
	Total	**66**	
Vidéos (Intégraux et extraits)	Pré-changement	4	Films réalisés durant les cas observés en salle d'opération
	Post-changement	6	
	Total	**10**	
Rapports vidéos	Pré-changement	7	Descriptifs intégraux des événements observés par la chercheuse
	Post-changement	6	
	Total	**10**	
Rapports d'observation	Pré-changement	9	Notes prises par la chercheuse
	Post-changement	6	
	Total	**10**	
Dessins (schématisation de la dimension ostensive)	Pré-changement	13	Participants
	Post-changement	12	
	Total	**25**	
Notes infirmières, Notes anesthésiques, Protocoles opératoires	Pré-changement	4	Dossiers médicaux
	Post-changement	6	
	Total	**10**	
Documents organisationnels (organigrammes, …)		**5**	Documents provenant des participants et de l'organisation
Documents institutionnels		**14**	Internet et mosaïque
Journal de bord		**2**	Notes personnelles de la chercheuse
Documents de gestion (statistiques de performance, matériel, répartition des priorités)		**18**	Documents provenant des participants et de l'organisation
Documents internes du projet (présentations, communications, plans d'action)		**159**	Documents provenant de l'agent Lean et de l'organisation

La première source d'information qui nous a permis de réaliser notre recherche sont les entrevues que nous avons effectuées avec les principaux acteurs du bloc opératoire. La collecte de ces données nous permet d'approfondir les enjeux stratégiques, les sources de pouvoir, les stratégies politiques des acteurs afin de préciser la nature du microcontexte politique. Ces entrevues nous permettent également de comprendre les idéaux visés par les acteurs à travers la réalisation de la routine et l'impact de l'évaluation que l'acteur fait de la

performance de cette routine (influencé ou non par les enjeux stratégiques et le pouvoir qu'il détient) sur le changement qu'il y apportera.

Pour l'élaboration du guide d'entrevue, nous nous sommes inspirée de la démarche d'Edmondson *et al.* (2001), qui suscitait, par la description des liens entre les différents groupes d'acteurs, une meilleure compréhension des enjeux stratégiques relatifs aux changements des routines.

L'entrevue comprenait les thèmes suivants:

- La représentation et la compréhension des activités de la dimension ostensive de la routine, des rôles et liens entre les acteurs et des stratégies de jeux sous-jacentes à la représentation officielle de cette routine.
- La description des raisons de l'inertie ou du changement de la routine et des enjeux impliqués.
- La configuration du microcontexte en ce qui a trait aux influences générales acceptées par les acteurs, la description de leur groupe professionnel, de l'autorité, des communautés de pratiques émergentes et de leur impact sur l'inertie ou le changement de leurs routines dans le cadre de l'amélioration des processus.
- L'identification des enjeux stratégiques, des sources de pouvoir et des jeux entourant la mise en place du changement de la routine.
- L'impact de l'évaluation de la performance de la routine par l'acteur et par les autres acteurs sur les stratégies de jeux et le changement de cette routine.

Les guides étaient réajustés et adaptés en cours de projet afin de mieux adapter nos questions en fonction de nos objectifs. Nous avons réalisé des entrevues avant et après le projet d'amélioration des processus. Nous avons aussi réalisé des entrevues avant les observations en salle d'opération et après celles-ci. Les entrevues que nous avons réalisées avant les observations étaient elles-mêmes effectuées après que les participants eurent complété la modélisation de leur perspective sur la réalisation de la chirurgie sur graphique. Ainsi, ces premières entrevues comprenaient une section qui détaillait la dimension ostensive de la routine, selon la perspective de chaque acteur, en plus des éléments généraux de notre guide. Les secondes entrevues, réalisées suite aux observations, comprenaient une section qui permettait de préciser la dimension performative de la routine.

Des rencontres ciblées avec des acteurs-clés, tels que le chef du bloc opératoire ou l'assistante-infirmière chef, le chef médical du bloc opératoire, un chirurgien ou anesthésiste et une infirmière en place depuis plusieurs années et la réceptionniste (formelles et informelles) nous ont permis de récolter des informations générales sur les aspects

historiques, politiques, financiers, réglementaires et généraux, reliés au fonctionnement du bloc opératoire pour l'établissement, ainsi que sur les principaux enjeux relationnels, de même que toute la documentation pertinente.

Afin de trianguler nos données d'entrevues, nous avons utilisé deux autres sources d'information. La première provenait des observations filmées que nous avons obtenues durant la réalisation des cas ciblés en salle d'observation avant et après le projet d'amélioration des processus. Les observations sont limitées aux activités qui sont perceptibles de l'intérieur de la salle d'opération et comprennent toutes les activités réalisées par les acteurs, ciblées à partir de leur moment d'entrée dans la salle jusqu'à leur sortie définitive. La perspective de la caméra, en fond de salle, permet également de relever les interactions entre les acteurs. Les films récupérés ont été regardés et décrits dans leur intégralité par la chercheuse afin d'identifier les activités effectuées et les communications engagées par chacun des acteurs présents dans la salle et ce, en fonction du déroulement du temps. Ces rapports ont été complétés par les rapports d'observation que la chercheuse a rédigés, témoignant simultanément de ces événements et du contexte réel en salle au même moment. Par la suite, des extraits des vidéos, avec les éléments les plus pertinents pour éliciter les éléments stratégiques, ont été préparés. Ces extraits vidéos servaient de stimulateurs lors des entrevues effectuées avec les participants par la suite afin de leur demander des explications sur leurs comportements durant la chirurgie. L'ensemble des données recueillies durant ces observations permettaient donc de questionner les acteurs sur leurs activités et sur les enjeux reliés aux problématiques rencontrées durant la réalisation de la chirurgie. Elles permettaient également de recueillir des informations objectives sur la dimension « performative » de la routine et de comparer ces informations à celles obtenues de la part des acteurs sur leurs perceptions de la routine (dimension ostensive).

La seconde source d'information qui nous permettait d'appuyer nos données d'entrevues était la préparation d'une modélisation de la perspective des participants sur la réalisation de la chirurgie. Les participants recevaient un document leur expliquant la participation attendue, c'est-à-dire comment représenter graphiquement la portion visée du processus chirurgical (explication vulgarisée). La technique utilisée se base sur les recommandations émises par Rivard et Talbot (2003). La première étape impliquait une description de toutes les activités qui devraient être effectuées par les acteurs qu'ils jugeaient pertinentes. La modélisation à l'aide des symboles ANSI n'était pas effectuée par les acteurs, étant trop complexe à réaliser par un investissement de temps restreint. Ils ne faisaient que positionner les activités et les liens sur un graphique simplifié tel que le suggérait la notice explicatrice qui leur était fournie. Le document était recueilli, lors d'une deuxième rencontre, afin de vérifier la compréhension de l'exercice. Nous avons opté pour cette démarche afin d'être en mesure d'objectiver les perceptions des groupes d'acteurs tout en leur laissant une liberté suffisante pour éliciter les enjeux stratégiques qui teintent leur perception.

La documentation que nous avons obtenue par la suite inclut, entres autres, une copie des dossiers médicaux des patients observés. Dans ces dossiers, nous avons recueilli les notes des infirmières, les notes des anesthésistes et les protocoles opératoires afin de valider les informations qui étaient notées et de les comparer aux réelles activités qui avaient été effectuées dans la salle durant le déroulement des cas. Nous avons également obtenu les organigrammes de l'établissement, le descriptif des tâches et les horaires des effectifs, les politiques et procédures reliées à la gestion du bloc opératoire et aux aspects cliniques, les programmes opératoires, la répartition des priorités, les statistiques et les manuels de gestion. En plus des entrevues, modélisations et observations qui ont été effectuées, suite au projet d'amélioration des processus, nous avons rassemblé des informations sur la nature et l'envergure du projet, les moyens pris afin de favoriser son implantation, les enjeux identifiés localement, les plans d'action, les données recueillies pendant le projet, les informations transmises, les résultats présentés, etc., de la part de l'agent « Lean » engagé pour gérer le projet. Des questions intégrées à nos guides d'entrevue nous ont aussi permis de recueillir le point de vue de chacun des participants sur les aspects spécifiques du changement. Nous avons complété notre collecte de données, suite à une recherche dans Internet, avec des documents et pages disponibles sur l'établissement et avec des photographies des mosaïques murales, présentes dans l'établissement et expliquant l'évolution du développement stratégique de l'établissement.

Notre dernière source de données a été d'utiliser les deux journaux de bord, rédigés par la chercheuse et expliquant les démarches nécessaires pour réaliser le projet, soit : les personnes rencontrées, la présence nécessaire sur place pour permettre au projet de se réaliser, les explicatifs des observations et les éléments pertinents retenus lors de celles-ci.

La collecte de données que nous avons effectuée s'est faite à quatre moments principaux que nous avons résumés comme suit :

La collecte des données comprend donc un premier moment où nous avons étudié la dynamique de la routine chirurgicale par le biais de la compréhension qu'en ont les acteurs. Nous avons ainsi effectué une première portion de rencontres pour expliquer l'exercice attendu avec la modélisation de la perspective des acteurs sur la routine (dimension ostensive), puis nous avons procédé à des entrevues suite à cet exercice. Celles-ci intégraient les questions sur la dimension ostensive et sur le microcontexte politique en général. Nous avons par la suite effectué nos observations en salle d'opération et nous avons effectué les

rencontres avec les participants filmés afin de leur présenter les extraits pertinents de la chirurgie et de réaliser une seconde portion de rencontres. Ces entrevues intégraient les questions sur la dimension performative de la routine, mais aussi sur le microcontexte politique en général, à moins que le participant ait déjà été questionné au préalable. Il semble qu'un délai d'un à cinq mois après l'introduction d'un projet d'amélioration des processus affectant les activités de la routine de réalisation de la chirurgie soit suffisant pour noter des changements significatifs. En effet, en cinq mois, les routines démontrent des changements significatifs, même lorsqu'il n'y a aucune intervention (Pentland *et al.*, 2011). Dans l'établissement que nous avons ciblé, l'implantation d'un projet Lean était prévue quelques mois plus tard. Nous avons donc effectué notre collecte de données en tenant compte de cet élément tel que représenté dans la chronologie de notre projet.

Afin de faciliter la compréhension du design de ce projet, vous retrouverez dans la figure 8, la description générale du design.

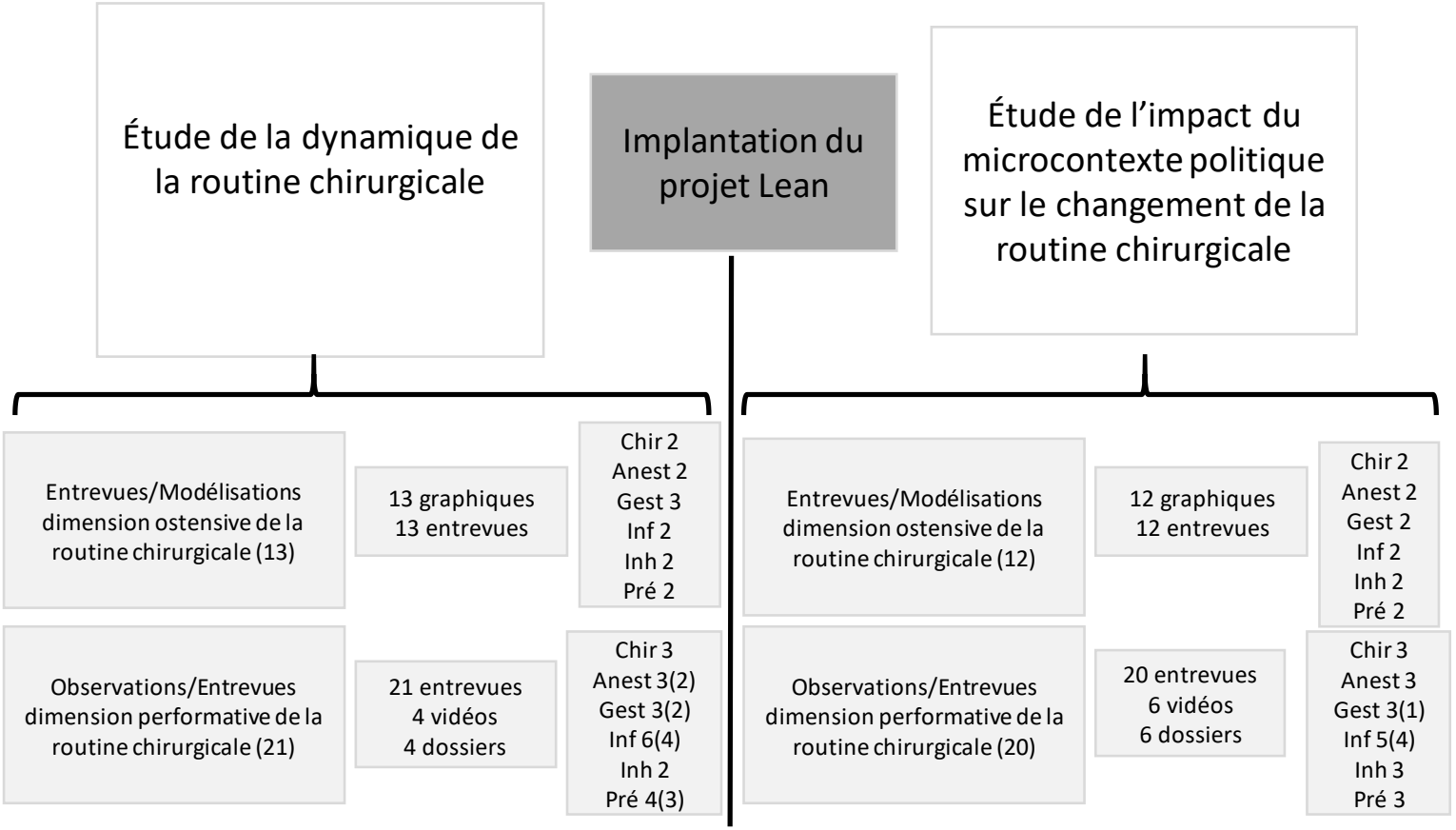


Figure 8. Design général de la recherche proposée

La démarche que nous avons effectuée est la suivante. Les chirurgiens de l'établissement dans les spécialités ciblées (soit en chirurgie générale et en urologie) ont été contactés afin de valider leur intérêt. Par la suite, une rencontre avec la direction a été planifiée afin d'expliquer le projet. Les autorisations ont été obtenues par tous les niveaux de direction requis. Puis, des rencontres ont été organisées de manière individuelle avec les médecins, puis en groupe avec le personnel du bloc opératoire afin de présenter le projet et de favoriser le recrutement. Les volontaires ont été rencontrés dans le but de leur présenter le projet. Par la suite, les rencontres ont été programmées, une fois les modélisations de chaque participant complétées. Les dates de l'observation, elles, ont été sélectionnées en fonction de l'obtention d'un consentement éclairé de la part des patients, préalablement identifiés par le chirurgien. Les patients ont par la suite été contactés par téléphone pour leur expliquer le projet et ils ont tous été rencontrés par le chercheur principal le matin de leur chirurgie en vue de valider que leur consentement était maintenu et qu'il était bien libre et éclairé. Les infirmières, les inhalothérapeutes, les préposés et les anesthésistes participants ont été avisés de la date sélectionnée pour l'étude pour que ceux, ayant donné leur accord, puissent choisir cette salle le jour venu. Les autres professionnels, présents dans la salle durant l'observation, ont tous été contactés afin d'obtenir leur consentement à être filmés. Par contre, ce ne sont pas toutes les personnes présentes dans la salle qui ont participé aux entrevues. Le consentement permettait cette distinction. Nous avons effectué des entrevues avec les six groupes de participants sélectionnés (anesthésistes, chirurgiens, infirmières, inhalothérapeutes, préposés et gestionnaires) jusqu'à saturation des informations récoltées.

4.5 Analyse des données

Nous avons recueilli de multiples sources de données. Nous avons donc effectué une analyse progressive et simultanée à notre collecte de données. De plus, l'analyse, tout comme la collecte, s'est effectuée en plusieurs phases. Nous avons réalisé simultanément l'observation des routines organisationnelles et l'analyse stratégique du microcontxete politique au sein du bloc opératoire. Puis, nous avons effectué l'analyse du changement, suite au déploiement d'un projet Lean dans le même bloc opératoire.

Pour le développement de notre système d'analyse des données, nous utilisons un schéma de codification que nous appliquons dans le système d'analyse du logiciel Atlas TI. Les premiers codes que nous identifions à la révision de nos résultats sont basés sur trois éléments : les questions de notre guide d'entrevue, notre revue de littérature et la première lecture de nos résultats.

La première tâche que nous avons effectuée a été de relire l'ensemble des transcriptions et d'identifier les passages du texte qui nous permettaient de caractériser tous d'abord les liens entre les différents acteurs. Nous avons utilisé une codification nous permettant de

relever les liens les plus significatifs entre les groupes d'acteurs émergeant de nos données afin de mieux cibler notre analyse stratégique. Par la suite, nous avons identifié et codé de manière ouverte toutes les problématiques mentionnées par les participants. Nos codes initiaux répartissaient les problématiques suivantes :

- *gestion des pauses et dîners, organisation du travail, gestion des urgences;*
- *non respect des normes, mauvaises habitudes, partage des rôles;*
- *gestion des imprévus, gestion du matériel;*
- *communications, manque de connaissances et de formation, manque de préparation.*

Cette première codification de nos données nous a permis de relever des problématiques concernant quatre grands thèmes : la gestion du programme opératoire, le respect des normes, la gestion des incidents et perturbations et les communications générant l'échange d'information.

Nous avons, par la suite, codé l'ensemble des entrevues effectuées avant l'implantation du projet afin de relever les éléments définissant le microcontexte politique, en se basant sur notre cadre conceptuel, mais en utilisant des codes supplémentaires de manière émergeante lorsque des éléments significatifs se répétaient. Nous avons ainsi codé les données qui nous permettaient de mieux comprendre le contexte général (*description du contexte*), les sources de pouvoir et leurs limites (*ressources/atouts, rémunération, règles professionnelles, règles organisationnelles, rôles, coordonnateur, décideur, contraintes/capacité de mise en oeuvre*), les enjeux stratégiques (*enjeux, disponibilité du personnel, expérience, importance du jugement clinique, importance du temps, disponibilité du personnel, valeurs professionnelles, aversion à rapporter les erreurs*), les stratégies (*stratégies, activités stratégiques, utilisation du mensonge clinique, alliances, valorisation d'un autre professionnel ou employé, aide à un autre professionnel ou employé et délégation des tâches).* La codification nous a également permis de constater que les acteurs relevaient spontanément les *règles informelles* qui caractérisent le fonctionnement du bloc opératoire.

L'analyse des routines a suivi la première collecte de données et concerne l'analyse des modélisations produites par les participants. Ces données permettaient d'abord de valider les acteurs que chaque participant considérait comme significatifs. En effet, le participant déterminait lui-même les acteurs qu'il jugeait comme étant ceux qui avait un rôle et déterminait les activités effectuées par chacun de ces acteurs qu'il avait identifiés. Il déterminait également les acteurs qui effectuaient les activités dites principales et ceux qui avaient des activités de support. Ces informations nous ont permis de recueillir les perspectives de chaque participant. Comme le nombre de participant par groupe était limité, nous n'avons pas été en mesure de construire des concepts propres à chaque groupe d'acteurs. Toutefois, nous avons effectué une catégorisation de nos données, suite à la comparaison des graphiques fournis. Nous avons identifié deux éléments qui nous permettaient de catégoriser nos données, soit : le positionnement que chaque acteur faisait de son travail par rapport aux autres acteurs et la

capacité pour chaque acteur d'avoir une perception de la routine dans sa globalité. Cette multiplicité et difficulté d'analyser les perspectives nous a également permis de relever que cette multitude des perceptions était un élément significatif du contexte observé. Cette première phase d'analyse est présentée dans le chapitre six.

La seconde phase d'analyse de nos données concerne les observations que nous avions réalisées. Nous avons effectué une comparaison des observations que nous avons recueillies en recherchant les éléments communs. Nous avons ainsi pu catégoriser ces éléments sous quelques thèmes qui ont émergé de cet exercice : le mécanisme de communications, les brèches dans la continuité des soins, la présence de perturbations à la routine et la documentation des activités. Cette seconde phase d'analyse est présentée dans le chapitre sept.

Les analyses effectuées avec les données graphiques et les observations comme telles nous ont également permis de modifier notre guide d'entrevue en y intégrant des questions en regard des thèmes qui se sont dégagés de nos premières analyses. Ceux-ci sont repris dans notre analyse des verbatims des entrevues.

L'identification des problématiques et l'analyse contextualisée du système d'action concret, propre au bloc opératoire de l'établissement, nous a permis de trianguler nos données afin de mieux intégrer les constats, émanant de l'analyse de la perception des acteurs et de nos observations que nous avions faites parallèlement.

L'analyse stratégique a été effectuée en utilisant les principes sommaires d'analyse, décrits par Rouleau (2007), et grâce à la structure proposée par Foudriat (2007). Les principaux éléments permettant d'arriver à un raisonnement stratégique sont résumés dans les paragraphes qui suivent.

Les analyses que nous avons effectuées ont débuté par l'identification et la caractérisation du contexte d'étude. En effet, l'étude des routines nous a permis de présenter ce contexte, mais aussi le lien entre les artéfacts et les acteurs. Puis, l'analyse de nos entrevues a précisé le détail du fonctionnement du bloc opératoire, les particularités de l'établissement et les problématiques, enjeux et stratégies résultant des interactions entre les acteurs. La suite de notre démarche méthodologique comprend d'identifier, par une analyse inductive, les situations problématiques récurrentes émergentes de nos observations et de les utiliser pour émettre des hypothèses qui expliquent les comportements observés. Les principales problématiques ont été relevées et elles ont fait l'objet d'une première analyse lors de la codification de nos données. La démarche que nous utilisons nous conduit, par la suite, à utiliser tous les éléments que nous avons relevés et analysés (à partir de la documentation, des observations effectuées et des entrevues réalisées au bloc opératoire) et à les utiliser pour contextualiser les comportements, sur la base des caractéristiques décrites au sujet des différents acteurs et groupes d'acteurs impliqués dans les situations problématiques récurrentes que nous avons identifiées.

Nous y parvenons en construisant un sociogramme présentant les modalités d'interactions et de relations entre les acteurs et groupes d'acteurs significatifs pour chacune des situations récurrentes problématiques. À mesure que nous effectuons cette analyse, nous nous apercevons qu'il existe deux dynamiques (interne et externe) et nous regroupons donc notre argumentaire autour de celles-ci. Tel que le suggère Foudriat (2007), c'est l'analyse des argumentaires et des comportements récurrents qui nous permettront de déduire les enjeux et les stratégies des groupes d'acteurs. L'enjeu se définit comme « la valorisation qu'il (*l'acteur*) accorde à certains objectifs » (Foudriat, 2007 : p.321). En effet, l'acteur représente dans ses arguments les objectifs informels qu'il se fixe et qu'il souhaite maintenir en priorité, au-delà des fonctions qu'il assume de manière formelle. La résolution de problèmes, parce qu'elle implique de se justifier, permet de faire émerger certains enjeux des individus. Les « stratégies » se définissent comme les comportements récurrents « liés aux ressources qui paraissent pertinentes pour l'acteur et qu'il pense pouvoir mobiliser pour atteindre ses enjeux » (Foudriat, 2007 : p.323). Elles sont influencées par la marge de manœuvre, que possède l'acteur, et les actions des autres acteurs. Pour émettre ces hypothèses explicatives, nous effectuons une déduction qui permet une explication contextuelle des comportements, c'est-à-dire prenant en compte les ressources dont disposent les acteurs, les interactions informelles décrites dans les sociogrammes des modalités de relations et les contraintes formelles qui restreignent les options comportementales. Ces hypothèses mènent à l'identification des enjeux et des stratégies expliquant les situations récurrentes. L'analyse de ces enjeux et stratégies permet ensuite d'émettre une hypothèse sur la zone d'incertitude et sur les règles de jeu et de décrire le système d'action concret. Les résultats, émanant de cette analyse et de nos déductions, sont présentés dans le chapitre huit, qui y résume le récit de nos observations, en mettant en scène les acteurs, leurs sources de pouvoir, les enjeux et contraintes auxquels ils font face. Le chapitre présente également une description des stratégies des uns et des autres dans ce contexte particulier, explique comment se crée un jeu et comment les négociations, les arguments et la recherche d'alliances finissent par établir les règles informelles de ce jeu. Les constats, qui émanent de notre analyse stratégique, nous ont permis de modifier le cadre conceptuel de départ, concernant la structure du système d'action concret. Celui-ci est toutefois propre au microcontexte que nous avons étudié.

Nous reprenons donc la même approche méthodologique d'analyse pour ce qui est des graphiques, des observations et des entrevues, en mettant l'accent sur les changements pour effectuer notre prochaine phase d'analyse qui s'effectue suite au déploiement du projet Lean au sein du bloc opératoire.

Cette portion de l'analyse vise la compréhension des changements concrets implantés, mais aussi l'impact de ces changements sur la routine et le microcontexte politique. Ainsi, la codification des verbatims nous permet d'abord de faire émerger de nos entrevues les changements perçus par les acteurs. Nous relevons, sous une première codification des données, les éléments suivants : *accompagnement du patient, accueil et identification du*

patient en salle, appel du chirurgien, arrivée des chirurgiens à l'heure, balancement des tâches-transport du patient, balancement des tâches-travail d'équipe, changements Lean-général, description du projet Lean, définition du Lean, gestion visuelle des préposés, intégration du préposé à l'équipe, organisation du matériel, réunion d'équipe-planification journalière, vérification des tests par l'inhalothérapeute. Nous procédons parallèlement à une codification des changements, que les acteurs ont notés, dans les liens entre les différents groupes, les rôles perçus, les décideurs et les coordonnateurs reconnus. Enfin nous effectuons une codification en utilisant des thèmes qui nous permettent de relever la réaction au changement : *adaptation du Lean par les acteurs, facteurs-clés de succès, facteurs limitant le succès, persistance des changements, perspectives sur le changement, résistance, perceptions négatives du Lean, perception positive du Lean, résultats du Lean.* Nous catégorisons ensuite les changements qui ont été maintenus et ceux qui ne l'ont pas été. Nous utilisons le cadre conceptuel modifié que nous avons dégagé de nos analyses précédentes et les réactions pertinentes de chaque groupe d'acteur à chacun de ces changements, afin de déduire des hypothèses explicatives sur le maintien ou la disparition de ces changements. Nous démontrons ainsi l'utilité de mieux comprendre le lien entre le microcontexte politique et le changement de la dynamique de la routine chirurgicale, afin d'expliquer l'échec de changements, en apparence bénéfiques pour l'organisation et ses membres, aux yeux de ceux qui gèrent l'amélioration des processus.

4.6 Validité et fiabilité de la recherche

Nous utiliserons les critères de Lincoln et Guba (1985) afin de juger de la validité de notre projet. En effet, les éléments de validité qu'ils valorisent correspondent à notre paradigme de recherche qui se veut plus constructiviste que post-positiviste. Selon Lincoln et Guba (1985), trois critères principaux déterminent la validité d'une recherche qualitative : la crédibilité, la transférabilité et l'authenticité. En fait, une recherche qualitative de qualité, selon ces auteurs est une recherche qui est « worth paying attention to » (Lincoln et Guba, 1988, p.290).

Selon Lincoln et Guba (1985), le chercheur doit répondre à deux impératifs afin de s'assurer de la crédibilité de sa recherche : conduire la recherche de manière à augmenter les probabilités que les conclusions qui en émanent soient reconnues comme étant fiables et faire approuver les constats qui en émanent par les différents participants, construisant les multiples réalités étudiées. Afin d'y arriver, Lincoln et Guba (1985) suggèrent des activités qui augmentent les chances de produire des constats crédibles : être immiscé dans le milieu suffisamment longtemps afin de comprendre la culture (étendue); être capable de faire preuve de « persistent observation » afin de dégager les éléments les plus pertinents émanant de

l'immersion (profondeur); et de trianguler les sources de données, les méthodes et les observateurs (concordance).

Un des avantages qui favorise la crédibilité de la recherche proposée est la connaissance du milieu par le chercheur principal, ce qui augmente les chances de produire des résultats crédibles, en réduisant la période d'observation initiale habituelle d'un chercheur qui serait naïf et devrait d'abord se familiariser avec le contexte. En effet, le chercheur principal est chirurgienne urologique depuis 13 ans. L'observation persistante émane de son intérêt pour les processus et de son implication dans des projets d'amélioration des processus au sein de sa propre organisation. Enfin, la triangulation des sources de données vient appuyer les éléments précédents : la documentation, les entrevues, les observations et enfin la perspective de plusieurs groupes d'acteurs soutiennent la crédibilité du projet.

L'approche d'analyse doit fournir les détails nécessaires pour situer la recherche dans son contexte. Selon Lincoln et Guba (1985), la responsabilité du chercheur au niveau de la transférabilité se limite à fournir les données nécessaires pour que le lecteur puisse appliquer ou non les conclusions à d'autres contextes. La répétition de l'observation de la routine chirurgicale dans plusieurs cas nous permettra d'obtenir une validité externe. Nous obtiendrons également la perspective de plusieurs acteurs dans chaque fonction afin d'assurer cette validité pour chacun des groupes observés. Cette étude de cas «embedded» (par les unités d'analyse) nous a permis d'étudier le microcontexte politique dans un cadre formel et informel, à travers la réalisation de la routine chirurgicale, et du point de vue de plusieurs acteurs.

Lincoln et Guba (1985) proposent cette notion de confirmabilité (dependability) afin de rendre disponible la démarche de recherche, permettant de valider le processus conduisant aux constats présentés. Ils suggèrent d'abord l'utilisation de deux équipes de recherche ou d'un audit. Ceci est difficilement réalisable dans le cadre d'une recherche de doctorat. Puis, ils suggèrent de documenter les données, les méthodes et les décisions. Cette dernière suggestion est applicable à notre projet. Nous avons tout d'abord documenté notre démarche de recherche dans une proposition de thèse. Puis, nous avons construit des guides d'entrevues, des guides pour la modélisation de la routine de réalisation de la chirurgie. De plus, nous avons opté pour une observation vidéographique et nos entrevues ont été enregistrées et transcrites verbatim. Ensuite, nos observations et les modélisations ont été validées avec les participants lors des entrevues. Enfin, toutes nos analyses sont documentées, datées et validées et des journaux de bord ont été rédigés afin de tenir compte du déroulement des activités de recherche.

Puis, le critère d'authenticité rejoint globalement le besoin de réaliser une analyse en profondeur (Lincoln et Guba, 1985). La combinaison des observations, des entrevues, de la révision des dossiers et de la fabrication graphique de modèles nous permet de maximiser nos chances de bien refléter la réalité organisationnelle à l'étude.

Finalement, certaines limites doivent être soulevées. D'abord, il pourrait y avoir une influence des différences individuelles sur les résultats recueillis. Par contre, nous avons constaté qu'il existait une certaine homogénéité dans les microcontextes, qui nous permettait de regrouper les acteurs. De plus, nous avons mis l'accent sur les éléments communs qu'il nous était possible de retenir. Puis, l'autre limite que nous désirons aborder est celle de la transférabilité. Bien entendu, il est difficile de prétendre que nos résultats sont transférables à un autre établissement. Par contre, notre méthodologie, elle, est généralisable. De plus, comme certains enjeux sont communs, les patterns que nous avons identifiés peuvent être similaires à ceux d'autres contextes. Toutefois, ce qui détermine cette capacité de transférabilité, c'est la profondeur de notre description qui permet au lecteur d'avoir suffisament de détails pour juger de celle-ci. Nous avons également utilisé de multiples sources de données afin de pallier à cette limite.

4.7 Enjeux éthiques de la recherche et biais potentiels

Les enjeux éthiques d'un tel projet sont reliés à deux éléments : l'intégrité du chercheur et la nature du secteur à l'étude.

Aucune appartenance à un groupe ne peut garantir l'intégrité du chercheur, même s'il s'agit d'un ordre professionnel qui exige la soumission à des règles strictes. Toutefois, des principes émanant de ce groupe peuvent guider la conduite du chercheur. Celle de la chercheuse principale, dans ce cas-ci, se base sur son groupe professionnel dont les valeurs sont décrites dans le code de déontologie du Collège des médecins du Québec, auquel elle a adhéré il y a quelques années. En ce qui concerne la recherche, elle respecte les principes suivants issus de ce code :

> « que chaque sujet soit informé des objectifs du projet de recherche, des avantages, risques ou inconvénients pour le sujet, des avantages que lui procureraient des soins usuels s'il y a lieu, ainsi que du fait, le cas échéant, que le médecin retirera des gains matériels de l'inscription ou du maintien du sujet dans le projet de recherche;
>
> qu'un consentement libre, éclairé, écrit et révocable en tout temps, soit obtenu de chaque sujet avant le début de sa participation à la recherche ou lors de tout changement significatif au protocole de recherche » (Collège des médecins du Québec, 2010a : section III, 30, p.4).

L'appartenance à ce groupe confère à la chercheuse principale un avantage pour ce projet de recherche : celui d'être une « native ». Toutefois, de cet état de « natif » émerge également un biais de perception et un biais d'appartenance. Nous avons pris donc toutes les précautions nécessaires afin de réduire l'effet de ces biais dans notre collecte de données.

D'abord, en ce qui concerne le biais de perception, la transcription verbatim des entrevues et la réalisation de vidéos sur les observations permettent de réduire l'effet de l'interprétation par la chercheuse tout en conservant la valeur reliée à la compréhension du contexte par le « natif ». Puis, le relevé des observations et entrevues, plus particulièrement en début de projet, ont été discutés avec une autre chercheuse « non native » (ma directrice de thèse), afin de relever dès le départ les éléments qui ne sont pas suffisamment approfondis à cause de ce biais. Le biais d'appartenance est celui qui correspond à son affiliation à un des groupes d'acteurs. Ce biais est à la fois un avantage en ce qui concerne les possibilités de confidences, émanant des acteurs du secteur hospitalier qui le reconnaissent comme un des leurs, surtout en ce qui concerne le groupe des chirurgiens. Par contre, il s'agit potentiellement d'un désavantage en ce qui concerne le groupe des infirmières, des préposés, des inhalothérapeutes, des anesthésistes et des gestionnaires qui pourraient aussi limiter leurs confidences et réduire leur partage d'informations stratégiques, le voyant comme un membre des chirurgiens avec qui ils jouent des jeux politiques. Ce biais a été réduit en mettant en confiance les participants du désir de la chercheuse de mieux comprendre leur perspective, le contexte particulier auquel ils sont confrontés et en les rassurant sur ses attributs de chercheuse indépendante et responsable. À noter que la chercheuse n'a jamais œuvré comme chirurgienne dans l'établissement visé par la recherche. Le fait d'effectuer le projet de recherche au bloc opératoire présentait donc certains avantages. Le premier est l'accessibilité aux données, aux participants et au milieu. Un chercheur qui ne fait pas partie de ce milieu aurait eu des difficultés à réaliser des observations puisqu'il fallait savoir comment s'y prendre pour avoir accès aux participants, obtenir les autorisations nécessaires et s'imposer dans ce milieu fermé. De plus, le participant qui permettait l'entrée auprès du milieu était le chirurgien. Le fait d'être une collègue conférait un net avantage. Par ailleurs, les participants prenaient la chercheuse au sérieux (crédibilité), sachant bien qu'ils ne pouvaient pas étayer leurs histoires d'éléments non pertinents, mais aussi qu'ils n'avaient pas besoin d'expliquer le fonctionnement général d'un bloc opératoire. Les entrevues ont donc pu être focalisées sur les éléments précis de la recherche. Par contre, il est possible que certains acteurs se soient retenus dans leurs commentaires, sachant que la chercheuse faisait elle-même partie d'un des groupes dont ils auraient voulu parler. Par contre, le texte des entrevues permet de démontrer que plusieurs participants ne se sont pas gênés pour critiquer les chirurgiens, même dans ce contexte. Ceci est peut-être le fruit de relations positives qui ont été développées avec les participants durant le projet. Bien entendu, les résultats de ce projet de recherche pourraient être différents si le même travail de recueil de données avait été effectué par un autre chercheur, mais ceux-ci reflètent peut-être mieux la réalité.

La nature du secteur à l'étude soulève également certains enjeux de nature éthique. Le premier est la présence d'une personne vulnérable, le patient. Toutefois, notre projet ne présente aucun risque pour ce dernier, s'il consent de façon libre et éclairé à participer. En fait, le patient est certainement le participant le plus motivé à voir le système de soins s'améliorer. Le deuxième enjeu est d'obtenir la participation des acteurs du secteur hospitalier

dans un contexte de pénurie d'effectifs dans les établissements de santé. Nous sommes arrivés à minimiser les impacts de notre recherche en présentant un design qui maximise les informations collectées et réduit le temps investi par les professionnels de la santé pour y arriver. De plus, ce design permet une flexibilité en ce qui concerne le temps que les participants devront consacrer, en dehors de leurs heures de travail, pour les entrevues et les modélisations. Nous avons perçu également un grand besoin pour les acteurs du secteur hospitalier d'être écoutés en ce qui concerne leurs perceptions de l'amélioration des processus. Notre échange a donc été bénéfique pour chacune des parties.

PARTIE 3 : L'ANALYSE STRATÉGIQUE D'UN BLOC OPÉRATOIRE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Les particularités des établissements de santé, mentionnées dans le premier chapitre de cette thèse, permettent de mettre en évidence l'influence des dynamiques entre les professions et leur impact au niveau de la structure organisationnelle; l'organisation collective du pouvoir et l'importance de la structure clinique; et la gestion complexe des opérations, dont les impacts ont des considérations humaines et émotionnelles, reposant en partie sur le jugement clinique. Ces particularités entraînent le développement de multiples réseaux de relations informelles, qui se créent avec le temps dans la pratique et dépendent des dynamiques organisationnelles. Notre projet de recherche permet de rendre compte de la manière dont fonctionne ce microcontexte. Nous présenterons les résultats de notre projet de recherche dans les chapitres qui suivent.

Le premier chapitre décrit le contexte organisationnel et professionnel que nous avons étudié et le chapitre suivant permettra de comprendre comment les routines contribuent également à la construction des zones d'incertitude. En effet, nous présenterons d'abord notre analyse de la dimension ostensive de la routine et nous démontrerons comment les règles, les références de pratique qui s'appliquent distinctivement à chacun des groupes influencent leur manière de percevoir la routine. À cela s'ajoutent les sanctions quasi inexistantes et la documentation qui favorisent le développement des zones d'incertitude. Puis, nous présenterons notre analyse de la dimension performative de la routine et nous démontrerons comment les perturbations (éléments qui entravent la réalisation de la routine perçue), les brèches (périodes de discontinuité dans la réalisation de la routine), les mécanismes de communication et leurs documentations influencent, elles aussi, les zones d'incertitude. Nos observations des routines nous permettront également d'identifier les principales problématiques récurrentes qui résultent de la formation des zones d'incertitude.

Dans le chapitre suivant, nous présenterons notre analyse stratégique. Nous utiliserons les problématiques récurrentes survenant dans la production de soins, les sources de pouvoir de chacun des groupes et les enjeux stratégiques pour en induire le microcontexte politique existant au sein du bloc opératoire de l'établissement observé. Nous identifierons les règles de jeu, propres à ce microcontexte politique, permettant d'influencer la sélection de stratégies politiques par chacun des groupes.

Le dernier chapitre de nos résultats fait état de notre analyse du changement. Nous introduisons d'abord le projet d'amélioration des processus qui a eu un impact sur la production des soins au bloc opératoire et sur les routines. Cela nous permettra de déterminer comment le changement influence la construction de la zone d'incertitude en affectant les règles, les références de pratique, les perturbations et les brèches influençant ainsi la dynamique des groupes. Puis, nous examinerons ce changement en précisant comment la

persistance ou la disparition de certains aspects de ce changement tient compte des impacts sur la reconstruction du microcontexte politique que nous avons décrit.

CHAPITRE 5 : LA CONTEXTUALISATION ORGANISATIONNELLE ET PROFESSIONNELLE DE LA PRODUCTION DES SOINS AU BLOC OPÉRATOIRE

L'organisation et la production des soins dans un établissement de santé, plus particulièrement au bloc opératoire, dépend de modalités propres au milieu, qui permettent aux acteurs d'exercer leurs professions au sein de l'organisation. Ainsi, dans le chapitre cinq, nous présenterons les acteurs et nous décrirons la production de soins typiques qui structurent leurs interactions. Le chapitre cinq portera donc sur le contexte organisationnel et professionnel.

Tout d'abord, en ce qui concerne le contexte organisationnel plus large, il y a lieu de spécifier ce qui caractérise l'environnement organisationnel. L'établissement dans lequel nous avons effectué notre projet de recherche est peu âgé et jouit d'une excellente réputation dans la région. Il a été sélectionné par le Ministère de la santé et des services sociaux parmi seulement trois établissements au Québec pour être le siège de projets-pilotes en amélioration des processus grâce à sa performance. Le financement de l'établissement est dans un mode de transition entre le financement budgétaire historique, le financement basé sur la population et le financement de certaines activités qui favorisent la réalisation de chirurgies spécifiques (chirurgies de la cataracte et chirurgies orthopédiques pour les prothèses de genou et de hanche). Tel que nous le détaillerons dans les paragraphes qui suivent, les médecins oeuvrant au bloc opératoire de l'établissement sont rémunérés par un organisme gouvernemental indépendant, mais il est important de spécifier qu'ils n'ont pas de « pool » administratif qui regroupe leurs revenus. En effet, cette forme d'organisation du travail pourrait avoir un impact sur la facilitation de l'implantation des démarches de changement (Côté, 2007). Nous ferons également peu allusion à la technostructure, puisqu'il s'agit d'un élément dont la présence ne semblait pas significative au moment de notre présence dans l'établissement.

Ainsi, dans ce chapitre, nous introduirons surtout les acteurs qui sont en interactions et qui permettent l'installation des dynamiques politiques de l'établissement de santé. Dupuis et Kuzminski (1998) distinguent les groupes d'acteurs au sein d'une organisation selon le degré d'autonomie dont ils disposent dans l'établissement, puisque cette autonomie influence la possibilité pour chaque groupe de se fixer des buts propres qui ne s'orientent pas nécessairement en fonction d'objectifs organisationnels communs. Nous décrirons donc les buts visés par chacun des groupes d'acteurs que nous présenterons. L'atteinte de ces buts que se fixent les acteurs dépend des ressources dont ils disposent. Toutefois, l'importance relative des ressources joue un rôle moins grand que leur pertinence dans une situation spécifique, puisque c'est cette dernière qui leur confère plus d'autonomie (Dupuis et Kuzminski, 1998). Nous détaillerons, selon la pertinence pour le groupe, les ressources matérielles (argent), symboliques (prestige, statut), relationnelles (alliances, position), communicationnelles (disposition et transmission efficace des informations),

situationnelles (règles organisationnelles avantageuses) et les expertises (compétences spécialisées difficilement remplaçables) auxquelles ils ont accès. Certaines de ces ressources ne seront identifiables que dans l'analyse plus approfondie des interactions (chapitres suivants). Afin d'illustrer comment se déploient les buts et les ressources des différents acteurs dans un bloc opératoire, nous présenterons un récit narratif de la réalisation typique d'une chirurgie afin de fournir au lecteur une mise en situation, permettant de comprendre ce qui caractérise l'univers stratégique de ces acteurs qui évoluent au sein du bloc opératoire de l'établissement de santé.

Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons une analyse descriptive de chacun des groupes d'acteurs, impliqué dans la réalisation d'une chirurgie. Nous nous intéressons ainsi aux groupes des chirurgiens, des anesthésistes, des infirmières, des préposés, des gestionnaires, du chef du bloc opératoire, des assistants-chefs et du coordonnateur médical. L'analyse des entrevues que nous avons effectuées avec les groupes d'acteurs nous permet de présenter les ressources et/ou les atouts dont ils disposent, les contraintes et/ou les handicaps qui limitent leur liberté d'action et les objectifs formels qu'ils doivent remplir. Les ressources et/ou les atouts comprennent tous les éléments qui donnent un avantage ou distinguent chacun des groupes. Les contraintes et/ou les handicaps font référence aux facteurs qui limitent l'utilisation des ressources et/ou des atouts. Quant aux objectifs, ils comprennent les activités nécessaires pour atteindre les résultats prévus dans les rôles formels de chacun des groupes. De plus, une recherche documentaire nous a permis de détailler les fonctions et les règles qui sont reliées à leurs rôles professionnels, dont leurs conditions de travail, leurs rémunérations, la structure de maintien de leurs compétences et d'évaluation de la qualité de leurs actes, ainsi que leurs lieux d'exercice principal.

5.1 Les acteurs

5.1.1 Les chirurgiens

Au Québec, les chirurgiens sont des travailleurs autonomes. Leur association à l'établissement se fait par l'obtention de privilèges liés à leur pratique. Leur rémunération n'est pas octroyée par l'établissement. En effet, la majorité des chirurgiens sont payés à l'acte et selon les conventions collectives négociées par leur association syndicale provinciale (FMSQ)[2]. La répartition par acte est attribuée par chaque association de spécialité (AUQ, AQC)[3]. L'assurance de la qualité de leur pratique est basée sur la formation qu'ils ont obtenue, l'obtention du permis de pratique délivré par le Collège des médecins (CMQ) et le maintien des compétences qu'ils démontrent de manière individuelle[4]. Toutefois, l'évaluation de leur

[2] http://www.fmsq.org/fr/profession/organisation-de-la-profession.
[3] http://www.fmsq.org/fr/profession/organisation-de-la-profession.
[4] http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Dpc.a.

pratique au niveau local se fait par le CMDP et le chef de département (qui, soulignons-le, obtiennent leur statut par nomination par les pairs)[5]. Deux éléments leur permettent de continuer à pratiquer dans un établissement. Le premier est le renouvellement de leur permis qui est géré par l'obligation de se conformer à un programme de maintien des compétences et qui est validé par des inspections aléatoires par l'ordre professionnel (CMQ)[6]. Le second est le renouvellement des privilèges qui est octroyé ou non par le conseil d'administration, en fonction du maintien des compétences, du comportement, des plaintes et du respect des obligations (dont la participation aux réunions et comités de l'établissement)[7]. Le non-respect de ces conditions doit avoir été documenté, ce qui complexifie le processus de non-renouvellement, le cas échéant[8]. En général, les chirurgiens ne disposent pas de temps dédié pour accomplir les fonctions administratives et associent celles-ci à une punition.

> *«Moi, je suis un docteur et je fais de la médecine et je m'occupe de mes patients. Après ça, je m'en vais chez nous, je m'occupe de ma famille. Être sur des comités et aller à des réunions, brasser des nuages et écouter le monde s'écouter parler…Et en plus, tu n'es pas payé. Tout le monde est payé sauf toi, la tarte…»* (Chirurgien)

L'intérêt pour l'administration peut même être vu comme un manque d'intérêt pour la clinique. Par exemple, durant les approches effectuées auprès des chirurgiens pour participer à ce projet de recherche, plusieurs chirurgiens m'ont interrogée sur mon avenir en tant que chirurgienne et me croyait retirée de la pratique à cause de mon intérêt pour la gestion.

Les activités principales des chirurgiens sont effectuées en majorité en dehors du bloc opératoire (consultations, prise en charge des patients hospitalisés, endoscopies). Les objectifs que visent les chirurgiens sont de faire les cas comme prévu au programme, de ne pas annuler de patient durant la journée opératoire.

> *« Des chirurgiens, c'est très individualiste. Me, myself and I. Je viens faire ma journée chirurgicale, arrange-toi pour qu'elle soit bien bookée, loadée pour que je finisse à 4h. Tu me cancelles un cas, je vais te faire chier. »* (Chirurgien)

Ils s'assurent également de valider les éléments délégués à d'autres (positionnement du patient, disponibilité des équipements et du matériel nécessaire pour la chirurgie) et de réaliser la chirurgie de manière sécuritaire et avec qualité.

> *« Je suis responsable, mais c'est pas moi qui va installer le patient. »* (Chirurgien)

> *«Nos valeurs professionnelles? Soigner des patients, éviter de causer du tort, et puis le faire avec intégrité et respect. »* (Chirurgien)

---

[5] http://aldo.cmq.org.
[6] http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Dpc.aspx.
[7] Loi sur les Services de santé et sur les Services sociaux du Québec, Gouvernement du Québec, chapitre S-4.2 .
[8] http://www.acmdp.qc.ca/DATA/DOCUMENT/60~v~Renouvellement_des_privileges_-_retard.pdf, consulté le 2 janvier 2014.

Les chirurgiens ont beaucoup de ressources et d'atouts. En effet, ce sont eux qui amènent la clientèle.

> *« Tu ne peux pas opérer si tu as pas d'anesthésiste et tu peux pas faire l'anesthésie si tu as pas de chirurgien. »* (Gestionnaire)

Puis, ils sont les seuls à posséder les connaissances chirurgicales et le droit de les utiliser (actes réservés)[9]. Ils sont donc les seuls à pouvoir déterminer l'urgence de la chirurgie sur le plan médical.

> *« Si le chirurgien insiste, on ne peut rien faire. On ne peut pas se mettre à la place d'un chirurgien et examiner un patient comme lui il le fait. »* (Anesthésiste)

De plus, de par la structure qui les encadre, ils sont protégés au niveau professionnel et syndical par une association puissante (la FMSQ) et ils sont soumis à peu de sanctions en cas de non-respect des règlements, des politiques et des procédures dans l'établissement, puisqu'ils élisent leurs propres chefs qui sont délégués par le conseil d'administration pour juger et décider des aspects cliniques, de leur règlementation et de leur surveillance[10].

> *« Le bloc opératoire, c'est une entité distincte qui est utilisée par les chirurgiens, qui est utilisée par les anesthésistes, qui est utilisée par les gynécologues, qui est gérée par des infirmières au niveau personnel/fonctionnement, mais c'est qui le patron du bloc? Il y en a pas réellement de patron du bloc. »* (Chirurgien)

La transmission de leurs connaissances et des informations privilégiées qu'ils détiennent sur la condition du patient est également un de leurs atouts qu'ils négocient avec les autres professionnels et le personnel. Nous expliquerons cette constatation plus en détail dans les chapitres suivants.

Toutefois, les chirurgiens sont restreints par leur besoin d'un plateau technique (une salle d'opération, des instruments, des équipements, du matériel prêts à être utilisés) pour être en mesure de faire leur travail. De plus, ils ne peuvent réaliser la chirurgie seuls. Ils ont besoin des connaissances et de la collaboration des autres professionnels. Et, bien qu'ils leur procurent un avantage, leur contrat thérapeutique et leur lien privilégié avec le patient les contraignent, puisque les chirurgiens sont responsables (au nom de l'équipe) de l'état des patients et doivent assurer le suivi de ces patients en post-opératoire et après l'épisode de soins.

> *«C'est quand même le chirurgien qui est redevable envers le patient. S'il arrive un pépin par après, c'est pas l'infirmière ou l'anesthésiste qui vont être tenus responsables, c'est le chirurgien, légalement. »* (Infirmier)

---

[9] http://www.opq.gouv.qc.ca/lois-et-reglements/lois-professionnelles .

[10] http://aldo.cmq.org/frCA/Partie%201/AspectOrganisationnels/ExerciceProf/ExerciceEtablissement/OrganisationMedicoAdmin.aspx.

5.1.2 Les anesthésistes

Les anesthésistes sont aussi des travailleurs autonomes et leur association à l'établissement se fait par l'obtention de privilèges liés à leur pratique, tout comme les chirurgiens. Leur rémunération n'est pas non plus octroyée par l'établissement.[11] Toutefois, à la différence de la majorité des chirurgiens, les anesthésistes, eux, sont souvent payés en rémunération mixte, ce qui implique une certaine forme de salaire en fonction des heures de présence et non en fonction des cas effectués.[12] Bien sûr, ils reçoivent des suppléments en fonction du nombre de cas qui s'additionnent à leur salaire de base (l'équivalent d'un bonus à la performance). Ils sont soumis à la même forme de surveillance de la qualité que les chirurgiens. Toutefois, ils disposent de temps dédié pour accomplir les fonctions administratives lorsqu'ils reçoivent une rémunération mixte.[13] Leurs activités principales sont effectuées presqu'entièrement au bloc opératoire.

Leurs objectifs sont tout d'abord d'avoir du travail, donc d'obtenir un programme opératoire bien rempli.

> *« L'anesthésiste qui dit : «Ah, moi je suis dans la salle où il y a juste trois cas aujourd'hui, pas payant. Changez-moi de salle. »* (Préposé)

Ils s'assurent donc de veiller au déroulement et à la gestion des cas de la journée opératoire, de concert avec l'assistante (priorisation et annulation). Ils veulent aussi débuter les urgences à l'heure prévue (16h), puisqu'ils travaillent avec le personnel de garde et veulent maintenir un bon climat de travail.

> *« Il y a des listes d'urgences* (cas à opérer) *qu'il faut faire, c'est plus important que les listes électives. Le chirurgien, il doit se limiter de 8h jusqu'à 4h de l'après-midi. Le chirurgien met des cas réguliers et il se dit qu'en mettant un cancer à la fin, on sera obligé de le faire… Donc, si tu lui donnes tout, bien sûr que chaque chirurgien va rester jusqu'à 6h dans sa salle. »* (Anesthésiste)

Ils sont également responsables de s'assurer que les examens pré-opératoires requis ont été demandés afin d'éviter d'avoir à annuler des patients mal préparés.

> *« Bien, c'est eux qui voient le patient en préopératoire, ils ne font pas de la médecine interne, mais quasiment, ça fait qu'ils évaluent l'état de santé du patient; puis, par exemple, si le patient n'a pas arrêté d'être anticoagulé et si l'INR est élevé, il dit : «On ne peut pas l'opérer, il faut remettre la chirurgie ...» C'est l'anesthésiste qui fait toute cette consultation avant la chirurgie... »* (Inhalothérapeute)

---

[11] http://www.fmsq.org/fr/profession/organisation-de-la-profession.
[12] http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-specialistes/manuels/Pages/brochure-5.aspx.
[13] http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-specialistes/manuels/Pages/brochure-2.aspx.

Ils veulent avoir du temps pour faire leur travail, afin de réaliser l'anesthésie de manière sécuritaire et avec qualité.

> *« L'anesthésie, elle protège le patient des chirurgiens. C'est gros ce que je dis, mais pratiquement le chirurgien, il fait l'incision, donc il fait de la douleur. L'anesthésiste, lui, il donne des choses contre la douleur. C'est juste de ce point de vue. »* (Anesthésiste)

Les anesthésistes, tout comme les chirurgiens, sont partie prenante d'une structure professionnelle et syndicale qui limite les sanctions applicables. Bien qu'ils ne soient pas les seuls à posséder les connaissances anesthésiques (ils les partagent avec les inhalothérapeutes), ces actes leur sont encore réservés[14] et ils restent les seuls à pouvoir déterminer les contre-indications anesthésiques à la chirurgie. Ce partage de connaissances leur donne un autre atout important, celui de pouvoir se libérer durant leur travail pour effectuer d'autres tâches (puisqu'ils peuvent être remplacés par les inhalothérapeutes). Au niveau clinique, leur responsabilité est limitée et les anesthésistes effectuent occasionnellement un suivi en post-opératoire, mais très exceptionnellement un suivi des patients après le congé de l'hôpital. Finalement, les anesthésistes ont l'avantage de choisir la salle dans laquelle ils veulent travailler chaque jour. En effet, il semble que cette répartition aléatoire dans les salles dépende de la lourdeur des cas de chirurgies de chaque salle, ce qui est disponible seulement le matin de la chirurgie, vu les changements possibles de dernière minute au programme. Ce choix permet à l'anesthésiste, qui est de garde et qui joue le rôle de coordonnateur, d'être dans la salle la plus à risque de dépasser le temps et facilite ainsi l'ordonnancement des cas d'urgence et les coupures dans le programme électif. Les anesthésistes font aussi face à des contraintes significatives. En effet, ils dépendent du volume chirurgical pour travailler à temps plein et ne peuvent pas effectuer beaucoup d'activités en dehors du bloc opératoire.

5.1.3 Les infirmières

Les infirmières sont des professionnelles employées par l'hôpital et rémunérées selon les conventions collectives négociées par leur syndicat avec le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (CPNSSS)[15]. Il s'agit d'un groupe hétérogène composé d'infirmières auxilliaires, de techniciennes, de bachelières, de conseillères et de cliniciennes dont les rôles, les conditions de pratique, les avantages sociaux et la rémunération réfèrent à différentes conventions. La qualité des soins qu'elles prodiguent est basée sur leur formation, l'obtention d'un permis de pratique[16] et, plus récemment, sur le maintien des compétences. La régulation de la pratique au niveau local se fait surtout par

---

[14] http://www.opq.gouv.qc.ca/lois-et-reglements/lois-professionnelles .

[15] http://www.cpnsss.gouv.qc.ca/index.php?tout-sur-le-cpnsss.

[16] http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/diplomes-si/inscription-au-tableau.

l'assistante-chef de leur département et la chef de leur département[17]. Elles maintiennent toutefois leur permis selon l'adhésion au programme de la norme professionnelle[18] de la formation continue de l'OIIQ[19] ou l'OIIAQ[20] et en fonction des visites d'inspection de l'OIIQ[21] ou de l'OIIAQ[22]. Les infirmières maintiennent des liens avec plusieurs instances dans l'établissement : avec le représentant local des syndicats pour gérer les demandes qu'on leur fait, avec la direction des ressources humaines pour la gestion des horaires et des vacances, avec le CII (Conseil des infirmiers et infirmières) lorsqu'il s'agit de discuter de qualité de l'acte sans que leur supérieur hiérarchique soit impliqué. En effet, le CII est élu par les pairs et relève directement du conseil d'administration. Les infirmières de la salle d'opération disposent de temps dédié si nécessaire pour effectuer les tâches administratives. Leurs activités principales sont effectuées presqu'entièrement au bloc opératoire.

Leurs objectifs sont de s'assurer de connaître la localisation et le fonctionnement des équipements et du matériel chirurgical; de préparer les équipements, le matériel et le patient en vue de la chirurgie; et de ramasser les équipements et le matériel en fin de chirurgie.

> *« « Où est-ce qu'on trouve ce matériel-là, cet instrument-là? », « Qu'est-ce qu'il veut dire le médecin? ». Tu sais, parce que souvent, les médecins, ils savent pas toujours où sont les instruments ou ils ne savent pas nécessairement toujours comment les instruments fonctionnent dépendant de certaines choses qu'on va faire, donc… »* (Infirmière)

Elles doivent aussi assurer la stérilité dans la salle et assister le chirurgien durant l'intervention. Elles sont souvent celles qui coordonnent les activités reliées à la réalisation de la chirurgie (arrivée du patient, entrée en salle, début de l'anesthésie, début de la chirurgie, time-out) et gèrent les heures de pauses, de dîner et les remplacements des infirmières et souvent des préposés[23]. Les infirmières sont celles qui détiennent le plus d'informations de la part de tous les professionnels et employés (incluant les anesthésistes et les chirurgiens), sur les activités à faire, le matériel et son utilisation.

> *« Ça prend du temps acquérir beaucoup d'expérience parce qu'on a beaucoup de médecins, beaucoup de différentes spécialités et différentes façons de faire d'un médecin à l'autre pour la même opération »* (Infirmière)

Elles possèdent des atouts non négligeables dont celui d'être en mesure de résoudre les problématiques d'équipement et de matériel, survenant en urgence durant la chirurgie. Elles

---

[17] Loi sur les Services de santé et sur les Services sociaux du Québec, Gouvernement du Québec, chapitre S-4.2.
[18] http://www.oiiq.org/sites/default/files/270NS-Norme-professionnelle-WEB.pdf.
[19] http://www.oiiq.org/formation-continue.
[20] https://membres.oiiaq.org/fr/membres/formation-continue.
[21] http://www.oiiq.org/lordre/comites/comite-dinspection-professionnelle.
[22] http://www.oiiaq.org/fr/public/inspection-professionnelle.
[23] Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (2009). Normes, lignes directrices et énoncés de position pour la pratique en soins infirmiers périopératoires, 9ème édition, Missisauga, 421p.

font aussi partie du plus grand groupe de professionnels. Cette appartenance à un ordre professionnel leur confère des actes qui leur sont réservés[24].

Par contre, les infirmières sont limitées par le fait qu'elles n'ont pas beaucoup d'expertise qui ne soit pas partagée par un autre groupe professionnel. Et de plus, leur grande polyvalence leur cause un désavantage majeur. En effet, le fait qu'elles soient capables de travailler dans toutes les spécialités réduit leurs compétences dans chaque spécialité.

> *« Le champ de pratique de l'infirmière, c'est un peu tout. Tu es pas spécialiste dans rien, mais en fin de compte tu as touché à tout. »* (Gestionnaire)

5.1.4 Les inhalothérapeutes

Les inhalothérapeutes sont, comme les infirmières, des professionnels employés par l'hôpital et rémunérés selon les conventions collectives négociées par leur syndicat avec le CPNSSS[25]. Par contre, à la différence des infirmières, les inhalothérapeutes constituent un groupe homogène, mais dont la reconnaissance comme professionnel autonome ne remonte qu'à 1984 seulement[26]. Comme les autres professionnels, la qualité de leur pratique est basée sur leur formation et sur l'obtention d'un permis de pratique. Toutefois, comme ils ne sont qu'un nombre restreint dans chaque hôpital, ils font partie de la même structure de régulation que les infirmières et se retrouvent souvent sous la direction de l'assistante-chef infirmière, mais aussi de la chef infirmière du bloc opératoire. Dans certains cas, leur direction est complètement jumelée avec les directions de soins infirmiers.

> *« Jamais on aurait pu penser que l'infirmière, que le chef du bloc puisse gérer les inhalothérapeutes. Et depuis qu'on a fusionné en CSSS, c'est moi le chef du bloc qui est responsable des inhalos dans l'établissement et on a une très belle atmosphère. »* (Gestionnaire)

Comme les infirmières, ils réfèrent aussi à leur représentant syndical et aux ressources humaines. Ils disposent de temps dédié si nécessaire pour effectuer les tâches administratives. Leurs activités principales sont effectuées au bloc opératoire, mais également en inhalothérapie générale sur les unités de soins, selon la demande.

> *« Dans la majorité des hôpitaux, les inhalothérapeutes travaillent dans un champ particulier, tandis qu'ici, on couvre tous les champs. Donc, que ce soit la salle d'opération, l'inhalothérapie comme telle, les étages de soins, on touche à tous les champs»* (Inhalothérapeute)

---

[24] http://www.opq.gouv.qc.ca/lois-et-reglements/lois-professionnelles.
[25] http://www.cpnsss.gouv.qc.ca/index.php?tout-sur-le-cpnsss.
[26] http://www.opiq.qc.ca/inhalotherapeute/profession.htm.

Les objectifs que visent les inhalothérapeutes sont d'assister l'anesthésiste dans ses fonctions, en plus de préparer, entretenir et connaître la localisation et le fonctionnement des équipements et du matériel anesthésique.

> *« Ils nous aident beaucoup, beaucoup, beaucoup dans notre travail. Quand l'anesthésiste doit sortir de la salle, c'est un peu l'inhalo qui prend la relève. Des fois, l'anesthésiste est sorti longtemps et l'inhalo, souvent, il va travailler fort.»* (Anesthésiste)

Les atouts que possèdent les inhalothérapeutes sont leur grande disponibilité, leur ouverture à effectuer des tâches connexes et leur capacité de remplacer l'anesthésiste.

> *« C'est sûr que nous, on est toujours avec les anesthésistes, tu sais, c'est comme être son chien de poche…»* (Inhalothérapeute)

Leur plus grande contrainte est qu'ils ne sont pas suffisamment nombreux pour faire le poids dans les négociations avec les autres professionnels.

5.1.5 Les préposés aux bénéficiaires

Les préposés forment un groupe dont les titres d'emplois et la formation ne sont pas homogènes. Plusieurs titres sont associés à l'emploi: aide-soignant, aide-infirmière, brancardier, auxiliaire familial[27]. La formation des préposés est également variable, allant des principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) et de la réanimation cardiorespiratoire (RCR), dispensés par des agences privées et d'une durée d'à peine quelques heures, au diplôme d'études professionnelles (DEP) reconnu de 750h[28]. Ils sont des employés de l'hôpital et leur salaire maximal peut atteindre 19$/h[29]. Ils ne sont pas reconnus comme des professionnels de la santé, même si leur association en a fait la demande à l'Office des professions du Québec (depuis la création de la FPBQ en 2003)[30]. La régulation de leur pratique se fait localement, par l'assistante-chef de leur département et la chef de leur département. Ils sont jumelés avec les directions de soins infirmiers. Ils entretiennent des liens avec le représentant local des syndicats et les ressources humaines. Ils disposent de temps dédié si nécessaire pour effectuer les tâches administratives. Les préposés effectuent leurs activités principales au bloc opératoire, mais ont également des contacts avec les étages et la chirurgie d'un jour, puisqu'ils effectuent le transport de patients entre le bloc opératoire et

---

[27] http://imt.emploiquebec.net/mtg/inter/noncache/contenu/asp/mtg122_descrprofession_01.asp?cregn=QC&lang=FRAN&prov=FPT&pro=3413&Porte=1&PT1=36&PT2=17&PT3=9.

[28] http://imt.emploiquebec.gouv.qc.ca/mtg/inter/noncache/contenu/asp/mtg122_descrprofession_01.asp?pro=3413&aprof=3413.

[29] http://avenirensante.com/fr/carrieres/prepose_aux_beneficiaires.

[30] http://www.fpbq.com/html/fpbq_qui_sommes_nous.php#federation.

les unités de soins. Dans leur travail, ils effectuent également une portion de maintenance (entretien ménager).

> *« Ils couraillent les patients en haut, ils couraillent les patients aux courts séjours, il faut qu'ils installent la salle, il faut qu'ils aillent nettoyer l'autre salle, il faut qu'ils aillent chercher l'autre patient... »* (Inhalothérapeute)

Les objectifs des préposés sont de transporter le patient, de le transférer et d'assister l'infirmière dans l'installation et le positionnement du patient et la préparation des équipements et du matériel. De plus, ils sont responsables de faire le ménage de la salle. Malgré leur statut de non professionnel, les préposés disposent de ressources importantes. En effet, ils ont souvent une meilleure connaissance des lieux d'entreposage des équipements et du matériel et de leurs fonctionnements, puisque ce sont eux qui sont chargés d'en disposer, de les entretenir et de les installer.

> *« Bien, souvent l'infirmière vient me chercher, parce qu'elle ne sait pas exactement tout ce que ça prend dans la salle. Je les connais tous par cœur, moi, les instruments... J'en connais 5,000 par cœur. »* (Préposé)

Aussi, les préposés contrôlent l'arrivée du patient et ses déplacements d'une étape à l'autre. En accomplissant le transport des patients et le ménage de la salle, ce sont eux qui déterminent le moment du début de la chirurgie.

> *« Après, il y a tout le côté… transport, c'est vraiment… très très très important, parce qu'il y a beaucoup beaucoup de délais quand le transport ne se fait pas dans les délais»* (Anesthésiste)

> *« Si j'amène pas le patient, le chirurgien, il va rester là en attendant. Il peut attendre longtemps parce que moi, j'ai pas été chercher le patient.* » (Préposé)

D'ailleurs, les préposés n'ont aucun acte réservé, mais ils effectuent les tâches qu'aucun autre groupe de professionnels ne veut faire (le ménage).

> *«Le préposé est aussi important que le chirurgien. Si on n'a pas de préposé, ce sont les infirmières, qui doivent se taper son travail. Ça fait qu'il est très, très important. Et c'est pour ça que je dis qu'on doit le respecter»* (Gestionnaire)

Les préposés sont handicapés par leur faible nombre et le fait qu'ils doivent répondre aux multiples demandes de tous les groupes professionnels.

> *« On me dit : «Va chercher le prochain patient à l'étage». J'étais trois pas sorti de la salle du bloc et on me rappelle: «Écoute, j'aurais une congélation (pathologie) à aller porter au labo». «Tu viens de m'appeler il y a 30 secondes, pas trois heures là, 30 secondes pour me dire d'aller chercher ton patient». Mais, tu revires de bord, tu vas chercher la pathologie. Puis, elle te rappelle et elle te demande où tu es et elle te dit : «Bien, laisse faire ça, va chercher le patient, l'anesthésiste l'attend dans la salle d'induction». »* (Préposé)

De plus, comme ils ne sont pas contraints au secret professionnel, leur accessibilité en salle durant l'intervention est souvent limitée.

> *« Tu n'as pas le droit de dire d'identité, tu n'as pas le droit de divulguer, mais on n'a pas de code de déontologie, ça fait que, tu sais, des fois…»* (Préposé)

5.1.6 Les gestionnaires (cadres supérieurs ou intermédiaires)

Les gestionnaires sont des salariés engagés par l'établissement pour gérer. Leurs activités principales sont effectuées en dehors du bloc opératoire. Ils n'ont pas toujours de l'expérience au bloc opératoire et peuvent n'avoir aucune connaissance du secteur clinique qu'ils administrent. Ils appartiennent sur une base volontaire à l'APER[31]. Ils peuvent être syndiqués ou non. Ils réfèrent à l'AQESSS[32] (au moment de l'étude) pour des conseils professionnels concernant le fonctionnement de l'établissement dans lequel ils exercent.

Leurs objectifs sont clairs et leurs responsabilités sont bien définies. Le gestionnaire dont la tâche correspond à un niveau d'encadrement supérieur ou intermédiaire « assume des responsabilités hiérarchiques, fonctionnelles ou conseil au regard des fonctions de planification, d'organisation, de direction, de coordination et de contrôle »[33].

Leurs atouts sont puissants. En effet, ils possèdent l'autorité officielle, le budget et ils ont le pouvoir hiérarchique pour modifier les règlements, les politiques et les procédures.

Toutefois, l'absence de résultats concrets, résultant de leurs actions, limite leur crédibilité auprès des professionnels et des employés sur le terrain.

> *« On dirait des fois, qu'ils repoussent, pour ne pas nous rencontrer ou pour ne pas régler les choses... On trouve ça un petit peu... ordinaire...»* (Inhalothérapeute)

> *« Je trouve qu'au niveau de la gestion, quand ça marche pas, il y a pas d'intervention…Il n'y a comme pas personne… La boss est dans son bureau, l'assistante est au poste et c'est comme si ça ne relève pas d'eux… »* (Infirmier)

5.1.7 Chef du bloc opératoire

Le chef du bloc opératoire est un cadre intermédiaire, presque toujours membre de l'OIIQ. Ses activités principales sont effectuées dans un bureau, à proximité du bloc opératoire.

Les objectifs du chef du bloc sont de gérer l'ensemble des ressources matérielles, financières, humaines et informationnelles, permettant la réalisation des activités du bloc

---

[31] http://www.aper.qc.ca/docs/_documentation/GuideMSSS.pdf.
[32] http://www.aqesss.qc.ca/409/Organisation.aqesss.
[33] Annexe 1, circulaire 02.01.22.01, Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des agences et des établissements de santé et de services sociaux Gouvernement du Québec - décembre 2011.

opératoire; et de s'assurer de la répartition des ressources dans les salles et de la planification du programme opératoire à court, moyen et long terme, en collaboration avec le coordonnateur médical et/ou les chefs de départements d'anesthésie et de chirurgie et/ou le comité du bloc opératoire[34].

Les atouts du chef sont qu'il possède l'autorité officielle et le budget; et il est responsable de la distribution de ces ressources matérielles et humaines. De plus, il détermine les rôles et les obligations des professionnels et des employés. Finalement, il détermine le nombre de priorités opératoires des chirurgiens avec le coordonnateur médical et/ou les chefs de départements et/ou le comité du bloc opératoire.

> *« Et c'est sûr que le fait de faire les priorités opératoires, je pense qu'ils font attention à moi. »* (Chef du bloc)

Mais le chef du bloc reste limité dans ce qu'il peut faire puisqu'il n'a pas d'autorité formelle sur les chirurgiens et les anesthésistes, il doit maintenir un bon climat de travail et être respectueux des conventions collectives. Il doit aussi assurer la performance du bloc opératoire.

> *« Quand je ne suis pas d'accord avec eux autres, même avec le chirurgien, je leur dit «Revenons à notre patient, qu'est-ce qu'on peut faire pour lui qui serait le mieux? C'est de le faire en urgence? Faites-le, oui, go, allez-y»… Parce que des fois tu as la pression de l'équipe qui ne veut pas le faire, tu as la pression de l'anesthésiste qui ne veut pas le faire non plus. »* (Chef du bloc)

5.1.8 Les assistants-chefs

Les assistants-chefs comprennent le groupe des gestionnaires cliniques. Cela inclut : stérilisation, bloc opératoire, formation. Ils sont membres de l'OIIQ ou de l'OPIQ et sont des salariés qui obtiennent un supplément pour leur fonction. Ils restent toutefois des membres du syndicat des professions correspondantes (infirmiers ou inhalothérapeutes) et y demeurent attachés.

> *« Oui, je suis assistant, mais je ne suis pas vraiment gestionnaire, je ne suis pas cadre…* » (Assistant-chef)

Leurs activités principales sont au bloc opératoire. Ils peuvent également être appelés à travailler en salle lorsqu'il manque du personnel.

Leurs objectifs sont de planifier et de gérer le programme opératoire chaque jour; gérer les problématiques de ressources ponctuelles et effectuer le suivi auprès des professionnels et

[34] http://www.aper.qc.ca/docs/_documentation/GuideMSSS.pdf.

des employés; ainsi que de décider des annulations de chirurgie, en collaboration avec le coordonnateur médical ou l'anesthésiste de garde[35].

Ils disposent de plusieurs atouts pour y parvenir. Le premier est qu'il dispose de l'autorité officielle. Le second est que ce sont eux qui déterminent la répartition du personnel dans les salles.

> *« Si je veux pas aller en gynéco par exemple…, tu as pas le choix, il faut que tu y ailles. Tu sais, si je veux pas y aller, c'est sûr que je peux demander et dire : «Aïe, j'ai pas le goût d'y aller. Est-ce qu'il peut y avoir d'autres personnes qui aimeraient plus y aller?».»* (Infirmier)

Ils déterminent également l'heure de fin de la journée pour le personnel et le personnel qui restera en temps supplémentaire. Ils gèrent aussi les heures de dîner et de pauses.

Les assistants-chefs sont limités par leur absence d'autorité sur les anesthésistes et les chirurgiens, leur besoin de respecter les conventions collectives et de maintenir un bon climat de travail.

5.1.9 Le coordonnateur médical

Il s'agit d'un anesthésiste ou d'un chirurgien qui occupe un poste de salarié payé par l'hôpital. Il s'agit habituellement d'un médecin expérimenté qui a de la légitimité auprès des autres médecins. Si un poste officiel n'est pas créé, le rôle du coordonnateur est alors effectué par l'anesthésiste de garde.

> *«Comme hier je ne savais pas si on faisait rentrer l'autre patient parce qu'il y a deux salles qui auraient dépassé, ça fait que là j'ai été voir l'anesthésiste de garde. C'est avec lui qu'on a parlé. »* (Assistant-chef)

Le coordonnateur doit avoir ses activités principales au bloc opératoire ou à proximité, dans l'hôpital.

Les objectifs du coordonnateur médical sont de s'assurer de la répartition des ressources dans les salles et de la planification du programme opératoire à court, moyen et long terme en collaboration avec les chefs de départements et le comité du bloc opératoire. Il gère aussi les problématiques ponctuelles de ressources et effectue le suivi auprès des médecins. Finalement, il décide des annulations de chirurgie en collaboration avec l'assistant-chef et les autres chefs.

> *« Les décisions sont toutes prises en accord avec l'anesthésiste (de garde), avec les médecins, avec l'assistant et l'infirmier-chef. »* (Assistant-chef)

[35] http://www.aper.qc.ca/docs/_documentation/GuideMSSS.pdf.

Ses atouts sont d'être celui qui détermine l'heure de la fin de la journée pour les chirurgiens et les anesthésistes de chaque salle. La légitimité dont il dispose dépend de son expérience et de son intégrité (sens de la justice). Ses décisions sont limitées par le fait qu'il doit tenir compte des demandes de l'assistante et des particularités du patient (provenance, chirurgie oncologique).

Cette première portion nous permet de comprendre qui sont les acteurs principaux et dans quel contexte ils agissent au sein du bloc opératoire. Grâce à nos observations, nous avons constaté que la qualité de l'exercice de ces acteurs du bloc opératoire, pour la plupart des professsionnels, relève de leurs ordres respectifs. Ils utilisent des systèmes de références professionnels pour tenter de standardiser les manières de faire de leurs groupes. Ces systèmes de références qu'ils utilisent sont propres à chacun de leurs groupes et les recommandations, pour leur pratique qui en émane, sont souvent méconnues par les autres groupes de professionnels ou par les autres travailleurs du bloc opératoire.

5.2 La prestation : un cas au bloc opératoire

La première section de ce chapitre nous a permis de mieux connaître les acteurs du bloc opératoire et de comprendre leurs liens avec les groupes professionnels auxquels ils appartiennent. Afin de faciliter la compréhension, il nous apparaissait pertinent de présenter aussi, en introduction à notre analyse, une description narrative générique des événements usuels, caractérisant la réalisation d'une chirurgie. Connaissant ainsi les acteurs principaux et les interactions entre les acteurs, qui se produisent durant le déroulement d'une chirurgie, le lecteur pourra se référer à cette illustration pour évaluer les événements subséquents qui seront présentés et les hypothèses qui seront émises dans nos analyses. Les paragraphes qui suivent présentent donc le fonctionnement général du bloc opératoire, les éléments organisationnels spécifiques d'un site étudié, ainsi que le déroulement, étape par étape, du premier cas d'une journée chirurgicale.

5.2.1 Le bloc opératoire

Le bloc opératoire est un secteur d'activité de l'établissement de santé. Son fonctionnement varie peu d'un établissement à l'autre et repose sur le savoir-faire. Ce qui distingue un bloc opératoire d'un autre, c'est la marge de manœuvre dont disposent les professionnels et les employés.

Le bloc opératoire que nous avons étudié présente certaines particularités qui influencent le développement des enjeux et des stratégies d'actions des acteurs. Nous résumons ici les quelques éléments particuliers qui contraignent le développement de cette structure informelle qui caractérise l'établissement, présenté en exemple.

Le bloc opératoire étudié accueille entre 5 et 10 spécialités chirurgicales. Il est caractérisé par une culture familiale, entretenue par la présence d'un personnel qui provient majoritairement de l'établissement même. En effet, la plupart des infirmières ont été formées localement et ont été recrutées à l'urgence ou aux soins intensifs de l'organisation. Plusieurs collègues ont travaillé ensemble au préalable et il n'est pas rare qu'ils entretiennent des relations personnelles entre eux. Les infirmières du bloc ont peu d'expérience dans d'autres établissements et elles ont en moyenne seulement quelques années d'expérience en salle d'opération. Le chef du bloc opératoire est en place depuis de nombreuses années, ce qui a conservé le même style de gestion au fil du temps. Les infirmières du quart de jour contribuent à la garde à partir de minuit. L'établissement est doté de personnel pour le quart de travail du soir. Le bloc a connu un haut taux de roulement des anesthésistes en place, comme bien des établissements au Québec, mais la plupart des chirurgiens y sont presqu'exclusivement depuis le début de leur carrière. Les inhalothérapeutes partagent leurs activités entre le bloc et les unités de soins et ont, eux aussi, accompli la majorité de leur carrière dans l'établissement.

Nos observations effectuées durant six journées opératoires, ainsi que lors des entrevues qui y ont été réalisées, nous ont permis d'être en mesure de présenter une description détaillée de l'ensemble, constitué des acteurs et des artefacts (matériel, procédures) qui interagissent pour produire une routine (Pentland et *al.*, 2012); et des interdépendances stratégiques entre les acteurs. Afin de présenter les résultats de nos observations, nous décrirons la réalisation d'une chirurgie, telle que nous l'avons observée et telle qu'expliquée par les participants que nous avons interrogés. Cette description permettra au lecteur de mieux comprendre les liens que nous ferons par la suite entre les différents groupes d'acteurs, les éléments matériels utilisés pour interagir entre eux et les stratégies d'actions qui se développeront grâce à la construction de ce contexte d'activités.

5.2.2 Le déroulement typique d'une chirurgie au bloc opératoire

A. Contexte

Le bloc opératoire observé permet la réalisation de chirurgies électives durant ses heures d'ouverture normales, qui sont de 8 h à 16 h. Les chirurgies électives sont celles qui sont planifiées par l'admission de manière élective. Les employés de l'admission et de la préadmission se basent sur les informations notées sur la requête opératoire, déposée par le chirurgien pour organiser la préparation de la chirurgie. La demande d'un cas électif ou urgent

dépend du jugement du chirurgien qui évalue la capacité du patient à retourner sécuritairement ou non à la maison dans l'attente de sa chirurgie. Même si une demande, qui transige par le processus habituel d'admission, peut être traitée rapidement et permettre la réalisation de la chirurgie dans un délai relativement court (autour de 48 h), ce mécanisme d'accès à la chirurgie ne permet pas de préparer un patient qui nécessite des soins urgents ou semi-urgents, surtout s'il doit être hospitalisé à cause de son état pour recevoir des traitements ou faire des examens complémentaires urgents, dans l'attente de cette chirurgie. Si tel est le cas, la chirurgie se fait donc en urgence et est ajouté au programme régulier. Selon le degré d'urgence, un cas annoncé pourrait toujours se faire à la place d'un cas électif, mais, habituellement, tous les cas d'urgence débutent après la fin du programme électif vers 16h. L'organisation des horaires de travail du personnel, permet de poursuivre les programmes électifs dans deux salles jusqu'à 17 h. Le bloc opératoire est fermé le soir et la nuit, sauf pour la réalisation des urgences qui varient donc d'un jour à l'autre et qui s'accumulent en cours de journée. À partir de 23 h 30, le personnel de garde (celui qui a travaillé le jour et qui assure cette garde à tour de rôle) termine les cas de la soirée, réalise les nouvelles urgences survenant après 23 h 30, puis retourne à la maison avant d'entamer une nouvelle journée qui recommence à 8 h le lendemain.

Le bloc opératoire comprend quatre salles d'opération qui ont, chacune, un programme de cas qui se font sous anesthésie générale (ou régionale), avec anesthésiste. Une salle d'opération est réservée pour permettre la réalisation de chirurgies sous anesthésie locale, sans la présence d'un anesthésiste.

B. L'arrivée du personnel et l'organisation de la journée

La journée opératoire débute officiellement à 7 h 30. À cette heure, les préposés s'affairent déjà au remplissage des salles et s'assurent que le matériel stérile, nécessaire dans chaque salle, a été remis à niveau, suite à l'utilisation qui aurait eu lieu au cours de la soirée et de la nuit. Ils vérifient l'emplacement et replacent les équipements qui pourraient être nécessaires durant la journée à venir et attendent l'arrivée de l'assistant-chef pour connaître l'ordre des patients qu'ils devront aller chercher en chirurgie d'un jour ou à l'unité de soins. Certains anesthésistes peuvent déjà être sur place et être prêts à commencer. Il arrive donc que les anesthésistes interrompent les préposés afin de leur demander d'aller chercher leur premier patient. Selon le succès qu'ils auront eu auprès du préposé, ils pourront débuter la journée plus tôt, mais au détriment du travail des préposés qui sera alors interrompu (causant des pénuries éventuelles de matériel durant la journée) ou retardé (affectant alors les activités dans les salles des autres anesthésistes).

La plupart du temps, ce sont les anesthésistes qui choisissent la salle dans laquelle ils prodigueront leurs services. Comme certaines chirurgies ou spécialités chirurgicales permettent aux anesthésistes d'obtenir une meilleure rémunération, le premier choix revient habituellement à l'anesthésiste qui est de garde pour la journée. Ainsi, comme chaque anesthésiste est de garde à tour de rôle, la répartition devient plus juste. Cette méthode permet également de s'assurer que les anesthésistes ne créent pas d'alliances avec certains chirurgiens (selon leur rapidité respective et la rémunération des cas). Pour compléter la sélection des autres salles ou même débuter la sélection des salles que prendra chacun des anesthésistes, il faut donc que tous les anesthésistes soient arrivés, ce qui n'est pas toujours le cas vers 7 h 45-8 h. Les combinaisons d'anesthésistes et de chirurgiens qui en découleront auront une influence sur la durée de chaque salle et l'assistant-chef devra en tenir compte pour effectuer la répartition du personnel et prévoir l'organisation de la journée.

Sans cette information primordiale, l'assistant-chef commence quand même à regarder le programme opératoire et s'assure au moins qu'il n'y aura pas de problèmes entre les besoins en équipements partagés des différentes salles. Car le choix des anesthésistes n'est pas le seul élément qui influencera l'organisation des équipes. En effet, l'assistant-chef doit aussi tenir compte des absences du matin (maladie, erreur dans l'horaire, formations, réunions, etc.) pour distribuer les salles en fonction des capacités, des titres d'emploi (auxiliaire versus technicienne, chefs de salle) et des préférences et conflits potentiels. Dans l'intérim d'un plan définitif, l'assistant-chef envoie les préposés chercher les premiers patients et rajuste cet ordre au fur et à mesure, en fonction de l'arrivée des patients et du personnel, de la disponibilité de l'anesthésiste et du chirurgien et des besoins en installation dans les salles. Les expériences vécues et la réputation des arrivées de chacun jouent un rôle dans l'ordre établi par l'assistant-chef pour amener les premiers patients. En débutant leur quart de travail (elles arrivent vers 7 h 45 pour commencer à 8 h), les infirmières qui ont reçu leur répartition dans chacune des salles, prennent connaissance du programme de la journée et établissent entre elles un ordre pour les dîners, les pauses et le rôle qu'elles joueront dans la salle, en tenant compte des compétences et des préférences de l'équipe avec laquelle elles passeront la journée, ainsi que de leur nombre (deux ou trois, selon l'état de l'absentéisme). Elles s'assurent de la disponibilité des équipements et du matériel pour les cas de la journée et communiquent les problématiques potentielles à l'assistant-chef. L'inhalothérapeute entre dans la salle au même moment et identifie le matériel anesthésique nécessaire pour la journée, fait la vérification des appareils anesthésiques et s'assure d'obtenir les médicaments et le matériel en quantité suffisante pour la journée.

C. L'arrivée du patient et son évaluation

Vers 8 h-8 h 10, selon le cas, les infirmières confirment le premier patient et font entrer le chariot d'instruments. Elles commencent ainsi à préparer les tables d'instruments en fonction de la chirurgie. Une première infirmière sera en charge de donner le matériel et une deuxième infirmière se préparera de manière stérile afin de recevoir ce matériel. Dans le cas étudié,

l'ensemble des instruments nécessaires pour chaque chirurgie est préparé dans un chariot par un préposé à la stérilisation la veille de la chirurgie, en fonction d'une liste-type pour chaque intervention. Ce n'est pas le même processus dans tous les établissements, puisque ce sont souvent les infirmières qui montent leurs cas (cherchent les caissons d'instruments dans la réserve) et effectuent cette tâche la veille ou le matin de la chirurgie.

Au poste (c'est-à-dire au comptoir d'accueil où se trouvent le commis et l'assistant-chef à l'entrée du bloc), l'anesthésiste qui, à cette heure, a choisi sa salle, attend son patient afin de lui faire son évaluation pré-opératoire, puisqu'il ne l'a jamais rencontré au préalable. À l'arrivée du patient, il sera nécessaire pour le commis ou l'assistant-chef d'identifier le patient et de s'assurer qu'il arrive au bloc opératoire avec toute la documentation nécessaire (dossier, bracelet, etc.). C'est à cette étape que l'anesthésiste, qui voit le patient pour la première fois, l'interroge et l'examine, peut juger que son état n'a pas été suffisamment bien évalué pour qu'il soit apte à recevoir une anesthésie générale ou régionale. Il peut donc demander des examens supplémentaires (laboratoires ou radiographies) ou des consultations plus spécialisées (cardiologie, médecine interne) afin d'étayer la capacité du patient à réagir à certains types d'anesthésie ou à en subir.

Mais l'anesthésiste et le poste ne seront pas les seuls à vouloir interagir avec le patient à ce moment même, car une des infirmières de la salle doit également questionner le patient pour confirmer son identité, son état et sa préparation pour l'intervention.

Si l'anesthésiste donne son accord et que l'infirmière a complété son questionnaire, l'assistant-chef demande au préposé d'entrer le patient dans la salle. Si l'anesthésiste demande d'autres évaluations, le patient est retourné en chirurgie d'un jour ou à l'unité de soins, le poste appelle un autre patient et avise l'équipe en salle du changement. Il arrive que les informations ne se transmettent pas instantanément, car l'équipe en salle n'est pas toujours disponible pour répondre à l'appel du poste.

Avant que ne se fasse l'entrée du patient dans la salle, il arrive qu'on débute les procédures en installant l'intraveineuse du patient de manière simultanée à l'évaluation qu'en fera un des professionnels avec son questionnaire et/ou son examen. Cette façon de faire a souvent lieu lorsque le patient attend devant la porte de la salle, mais rarement lorsqu'il se trouve devant le poste.

D. L'entrée du patient dans la salle

Lorsque le patient entre en salle, l'équipe doit procéder à son transfert sur la table d'opération. Comme le patient est bien éveillé, il collabore habituellement au transfert, aidé du préposé. L'inhalothérapeute supervise le processus et l'infirmière en externe (non stérile) interrompt occasionnellement la distribution du matériel à l'infirmière en interne afin de valider le patient qui est amené et la technique utilisée par le préposé, et lui porte assistance au besoin.

E. La préparation anesthésique et l'induction

L'inhalothérapeute et/ou l'anesthésiste débute ensuite les explications concernant les prochaines étapes de l'anesthésie et installe sur le patient les capteurs qui permettront le monitoring cardiorespiratoire durant la chirurgie. C'est le moment où le rôle du patient devient passif. Lorsqu'une anesthésie générale est prévue, l'inhalothérapeute donne de l'oxygène au patient (avec un masque) et, à mesure que se font l'induction anesthésique (période de transition entre l'état d'éveil et l'inconscience) et l'injection de la médication, le patient est informé des réactions qu'il devrait avoir par l'inhalothérapeute ou l'anesthésiste. Finalement, lorsque le patient ne réagit plus, l'inhalothérapeute ou l'anesthésiste procède à l'intubation ou à l'installation d'un masque laryngé, connecte et ajuste le ventilateur, les gaz et la médication qui maintiendront le patient dans cet état. Lorsqu'une anesthésie régionale est prévue (épidurale ou rachidienne), l'anesthésiste fait appel au préposé afin qu'il assiste le patient dans son positionnement. L'épidurale (mais non le rachis) peut être réalisée dans une salle d'induction, qui est, en fait, une section de la salle de réveil. Dans la salle d'induction, l'aide du préposé n'est pas nécessaire et le positionnement se fait par l'inhalothérapeute. Au moment de réaliser l'anesthésie régionale, l'anesthésiste prépare son matériel stérile, assisté de l'inhalothérapeute. Puis, il procède à la désinfection de la région dorsale (badigeonnage), installe des champs stériles et identifie le site de ponction. Enfin, il insère son aiguille, en validant les sensations que le patient ressent, et injecte les médicaments. L'inhalothérapeute met ensuite un pansement en place et le patient est rapidement recouché par l'inhalothérapeute, puisqu'il perdra l'usage de ses membres quelques instants plus tard.

Une fois le patient anesthésié, le personnel fera abstraction de la présence de celui-ci jusqu'à la fin de l'intervention.

F. La préparation chirurgicale du patient et de la salle

Afin de préserver l'intimité du patient, une couverture sera déposée sur le patient et un écran sera créé, isolant la tête du patient et l'équipe d'anesthésie du reste du personnel, de même que des autres activités qui se poursuivent dans la salle.

Les infirmières s'affairent toujours à préparer le matériel et les instruments et complètent l'installation de la salle en demandant au préposé d'aller chercher les équipements requis pour l'intervention, entreposés en dehors de la salle. Il y a souvent du va-et-vient entre la salle, les intersalles (espace entre les salles qui sert de rangement) et la réserve (de matériel et d'instruments), où les infirmières vont aussi chercher les items manquants.

En attendant que la préparation soit terminée par les infirmières, le préposé installe les pièces de la table d'opération (jambières, appui-bras, coussins protecteurs) afin de préparer et de procéder au positionnement du patient. Selon le cas, le préposé installe lui-même le

patient ou se fait assister par une des infirmières, l'anesthésiste ou le chirurgien. L'inhalothérapeute ne s'occupe que de positionner les bras du patient et la tête.

G. L'arrivée du chirurgien

L'arrivée du chirurgien est variable. Elle se produit de manière improviste, mais il est rare qu'il soit présent avant que le patient soit positionné. Dès son entrée, le chirurgien révise le dossier du patient, valide le positionnement, l'installation des équipements, la disponibilité du matériel, inspecte le site chirurgical et complète la préparation (infiltration, rasage), puis sort pour se brosser (lavage chirurgical des mains en préopératoire).

Les infirmières complètent toujours la préparation des instruments, habille le chirurgien (blouse chirurgicale et gants stériles) et l'occupe en lui donnant ce qu'il faut pour qu'il procède au badigeonnage du patient (désinfection chirurgicale du site à opérer).

H. Le temps d'arrêt

C'est le moment où l'infirmière externe (non stérile) demande à l'équipe de s'arrêter quelques instants. Cette période correspond au moment où l'anesthésiste, l'inhalothérapeute, le chirurgien et l'infirmière devraient arrêter leurs activités afin de s'assurer que l'intervention et la préparation planifiées sont bien celles qui sont en cours de réalisation. C'est par ce mécanisme que l'on confirme l'identité du patient, le site de l'intervention (droite ou gauche), lorsqu'elle ne se fait que d'un côté, l'administration pré-opératoire des antibiotiques et de la thromboprophylaxie (prévention de la formation de caillots par l'administration de médication en préopératoire), la disponibilité en salle des examens radiologiques et des prothèses nécessaires pour l'intervention et la confirmation de l'état médical du patient (non enceinte, non anticoagulé).

I. L'installation chirurgicale

Finalement, lorsque le temps d'arrêt est complété et que les corrections ont été apportées, le chirurgien et l'infirmière en interne (stérile) procède à l'installation des champs (draps) stériles, des instruments et des équipements afin d'avoir à proximité de main tout ce qu'il leur sera nécessaire durant la chirurgie.

L'infirmière externe procède à l'installation et au branchement de la portion externe de tout le matériel et des équipements installés de manière stérile par le chirurgien et l'infirmière.

J. Le temps principal (chirurgical)

C’est à ce moment que débute enfin l’incision faite par le chirurgien, qui correspond au temps principal ou chirurgical. Dans la plupart des cas, celui-ci demande l’autorisation au préalable à l’anesthésiste. Cette autorisation sert d’avertissement pour indiquer le début des activités invasives sur le corps du patient, afin que chacun soit attentif à la réaction du patient.

Durant le temps chirurgical, le chirurgien devient le centre de décisions et toutes ses demandes sont répondues dans les plus brefs délais sans opposition: instrument manquant, ajustement de la table ou des lumières, matériel imprévu, radiographie peropératoire, décompte, compte rendu de l’état du patient ou des pertes sanguines, etc. L’infirmière interne sert d’assistante chirurgicale, prépare et donne tous les instruments et le matériel au chirurgien durant l’intervention. L’infirmière externe gère les demandes de l’infirmière interne ou du chirurgien, cherche le matériel ou les instruments demandés et les donne à l’infirmière interne. L’infirmière externe s’occupe aussi des contacts avec le poste, du décompte, du dossier, des requêtes externes (demande d’analyse, acheminement du spécimen), de la gestion des équipements et de la résolution de toutes les problématiques imprévues qui pourraient survenir durant la chirurgie.

Peu de contacts ont lieu entre l’inhalothérapeute et l’anesthésiste et le reste de l’équipe durant tout le temps chirurgical. L’anesthésiste et l’inhalothérapeute discutent entre eux, rangent et préparent leur matériel, se remplacent mutuellement durant de longues périodes tout en assurant la surveillance des paramètres hémodynamiques du patient. C’est le chirurgien qui décide de terminer ou non l’intervention, occasionnellement de manière prématurée. Dans ce cas, il peut demander l’opinion de l’infirmière (surtout si elle est expérimentée) afin de confirmer son intention.

K. La fermeture de la plaie

Le moment de la fermeture de la plaie indique à l’équipe que la chirurgie est terminée et transforme le rythme en salle. L’infirmière externe avise le poste, ouvre les lumières (si elles avaient été tamisées pour le temps principal de la chirurgie), approche les drains, prépare le pansement et procède au décompte des compresses et des instruments. L’anesthésiste et l’inhalothérapeute réduisent l’administration des gaz et de la médication progressivement en fonction du temps résiduel qu’ils estiment à l’intervention. L’infirmière en interne commence à ranger et à compter ses instruments, compresses et aiguilles et sépare le matériel de fermeture du reste du matériel.

L. La désinstallation et le réveil du patient

Lorsque le chirurgien retire sa blouse et ses gants, il considère que la chirurgie est terminée. Il prend le dossier et sort. Pourtant le reste de l’équipe est toujours en activité. L’infirmière interne termine le pansement et retire tous les instruments et sépare le matériel souillé, dangereux, recyclable et jetable. L’infirmière externe débranche les équipements, aide l’infirmière interne à retirer le matériel et appelle le préposé qui sera bientôt nécessaire pour

transférer le patient et compléter le nettoyage de la salle. Une des infirmières repositionne le patient sur la table. L'inhalothérapeute surveille la réaction du patient pendant qu'il (ou l'anesthésiste) donne de la médication pour renverser l'état de sommeil et de sédation du patient (lorsqu'il est sous anesthésie générale). Le préposé entre dans la salle lorsque les champs stériles ont été retirés et que le patient a été recouvert avec sa jaquette. Il valide les besoins immédiats des infirmières, tel que la sortie de certains instruments permettant de libérer le passage, l'ajout de couvertures ou le changement de la jaquette si elle a été souillée. Après avoir répondu à ces demandes, le préposé retire les étriers, les appuis-bras et les jambières, entre la civière et l'approche de la table. Il attend l'autorisation de l'anesthésiste ou de l'inhalothérapeute pour débuter le transfert. L'inhalothérapeute ou l'anesthésiste extube le patient (s'il était sous anesthésie générale), l'aspire au besoin et le contient sur la table, avec l'aide du préposé, s'il s'agite au réveil. Lorsque l'inhalothérapeute ou l'anesthésiste confirme la stabilité de l'état du patient, le préposé et les infirmières préparent le transfert du corps du patient sur le rouleau pendant que l'inhalothérapeute ou l'anesthésiste supporte la tête du patient.

M. La sortie de salle

Le patient est réinstallé dans la civière, les couvertures sont ajustées par un membre de l'équipe, les solutés et les drains sont transférés, les côtés de la civière sont relevés et le transport est assuré par l'inhalothérapeute ou l'anesthésiste à la tête et une infirmière ou le préposé au pied de la civière. Ils se dirigent vers la salle de réveil et assure le transfert des informations pertinentes aux infirmières de la salle de réveil.

Pendant ce temps, l'infirmière restée en salle remet les caissons d'instruments souillés dans le chariot et sort celui-ci de la salle.

N. Le ménage

Le préposé revient dès le transport terminé pour sortir les sacs de poubelles (matériel dangereux, déchets usuels, lingerie souillée). Par la suite, il asperge le sol de désinfectant, nettoie toutes les surfaces horizontales avec du désinfectant et identifie les autres sites visiblement souillés pour les essuyer. Il passe la vadrouille sur le plancher en déplaçant, au besoin, la table d'opération. Finalement, il change les récipients de la succion et remet des sacs de poubelles propres.

Le préposé se procure également des draps propres et les installe sur la table.

Les infirmières font entrer le prochain chariot dans la salle au moment où le préposé termine son ménage.

À ce moment, c’est le deuxième cas qui est en train de débuter.

5.3 Conclusion

Ce premier chapitre de présentation de nos données se voulait descriptif. En effet, chaque groupe d’acteurs, jouant un rôle stratégique au sein du bloc opératoire, y a été présenté. En identifiant les conditions de pratique des chirurgiens, des anesthésistes, des infirmières, des inhalothérapeutes, des préposés, des cadres intermédiaires et supérieurs (assistants-chef, chef, coordonnateur médical), nous avons pu y faire ressortir les différents objectifs que visait chacun d’eux, ainsi que leurs ressources et contraintes générales. Dans une situation où des objectifs distincts doivent donner des résultats qui impliquent une synchronisation des activités, nous avons démontré les interactions existantes entre les acteurs. Finalement, nous avons fourni une illustration qui servira de référence au lecteur afin de comprendre dans quel contexte professionnel et organisationnel se déroule notre recherche. Bien entendu, à travers la présentation de ces données descriptives, l’émergence de certains enjeux n’a pu être évitée. Les prochains chapitres permettront de comprendre ces enjeux et la distribution du pouvoir entre les groupes.

CHAPITRE 6 : L'ÉTUDE DES ROUTINES : LA DIMENSION OSTENSIVE

La dimension ostensive est la conception des actions qui constituent la routine. Elle reflète les idéaux des acteurs, mais aussi leur mémoire organisationnelle des combinaisons d'activités qui ont été utilisées dans le passé dans le même contexte. Les entrevues que nous avons effectuées et les documents que nous avons recueillis auprès des participants nous ont démontré que solliciter la perception des acteurs sur la routine de réalisation de la chirurgie est un défi. En effet, leur perception est souvent influencée par les références de pratiques auxquelles ils devraient se soumettre et aux règles organisationnelles qu'ils devraient respectées. Ainsi, les acteurs se retrouvent à discuter de manière amalgamée de ce qu'ils voudraient faire, de ce qu'ils devraient faire, de ce qu'ils peuvent faire et de ce qu'ils considèrent comme un choix émanant de leur répertoire. De plus, les documents qui décrivent cette routine ajoutent de la complexité. Entre autres, les procédures, les politiques, les normes de pratique, les recommandations des ordres professionnels, les descriptions de tâches, les rôles attribués à chacun dans les formations, les listes de vérification viennent également se confondre et multiplier les variantes entourant la dimension ostensive. Nous présenterons, dans ce chapitre, les informations pertinentes que nous pouvons tirer des entrevues, que nous avons effectuées auprès des groupes d'acteurs, pour décrire en quoi consiste cette dimension et ensuite, nous présenterons les autres sources existantes de documentation de la routine au sein de l'organisation, qui nous serviront pour compléter notre investigation.

6.1 La perception des groupes d'acteurs sur la routine

Nous avons demandé aux acteurs du bloc opératoire de nous décrire leur perception de la routine de réalisation d'une chirurgie au bloc opératoire et nous avons recueilli la liste des activités qu'ils attribuent à chacun des membres de l'équipe. Nous leur avons aussi demandé de s'inspirer de ces activités pour construire un graphique résumant les activités principales (et l'acteur qui les réalise), les activités de support et les liens entre ces activités.

En analysant les données que les participants nous ont fournies, nous sommes en mesure de présenter leur perception de la réalisation de la routine chirurgicale. Cette perception concerne la chirurgie comme telle, mais aussi les activités principales, les acteurs qui sont les plus souvent mentionnés et ceux qui font le plus d'activités principales. Chaque groupe d'acteurs a une perception différente de cette routine que nous détaillerons dans les paragraphes qui suivent.

6.1.1 Les chirurgiens

Les éléments retenus de l'analyse faite par les chirurgiens qui ont participé à cet exercice démontrent qu'ils perçoivent les activités de la routine en fonction des différentes

étapes chronologiques. Les activités de support et de chacun s'organisent autour des principaux moments de la chirurgie (accueil, poste, salle d'opération pour l'un ou les différentes étapes de la chirurgie pour l'autre).

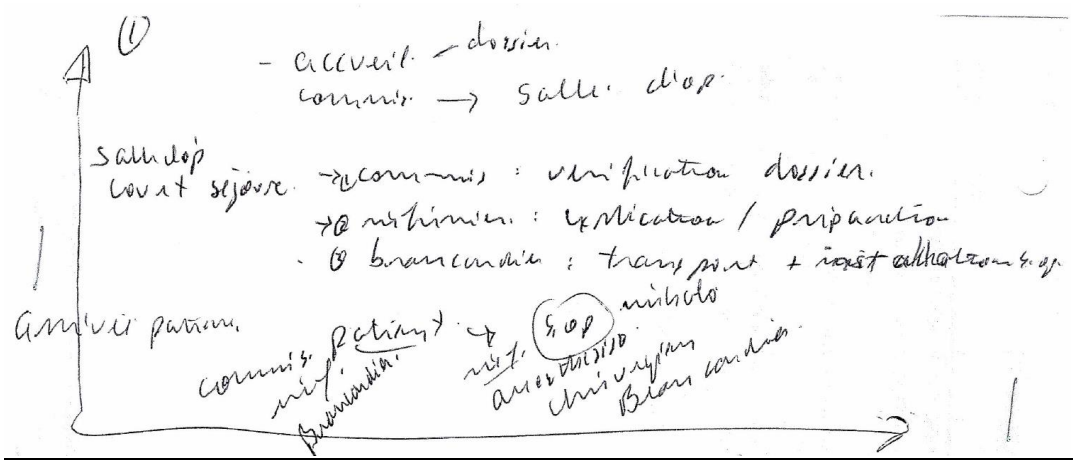


Figure 9. Extrait de la représentation de la routine de réalisation de la chirurgie telle que décrite par un chirurgien

Les chirurgiens ont décrit en détail plusieurs activités, mais leur préoccupation sur l'identification des activtiés principales les mettaient mal à l'aise. Ainsi par exemple, un chirurgien ne voyait aucun autre moment plus important que la chirurgie et l'anesthésie. Un deuxième chirurgien ne voulait pas se prononcer sur l'importance relative des activités et a préféré retenir l'activité la plus importante pour chaque groupe d'acteur qu'il a mentionné. Il a par la suite centré les activités de tous les autres acteurs autour des activités principales du chirurgien. D'ailleurs, l'entrevue avec ce dernier chirurgien était caractérisée par une négation volontaire des différents enjeux du bloc opératoire (évidente par des rires qui permettaient de comprendre que ceux-ci existaient bien, mais ne seraient pas révélés).

Les chirurgiens se perçoivent eux-mêmes au centre de l'action, malgré la description des activités que chaque autre groupe d'acteurs effectue. Pour les chirurgiens, les acteurs qui effectuent les activités principales sont le chirurgien, l'anesthésiste et les infirmières en interne et en externe. Par contre, d'autres acteurs sont mentionnés par les chirurgiens : le préposé, l'inhalothérapeute, l'assistant-chef, le commis au bloc, le commis à l'admission, le patient, le technicien en radiologie et le représentant médical des équipements.

6.1.2 Les anesthésistes

Les éléments retenus de l'analyse faite par les anesthésistes démontrent une préoccupation pour l'expérience du patient et la sécurité de celui-ci. En effet, les anesthésistes

considèrent le patient comme un acteur et lui attribue plusieurs activités principales. Leur préoccupation se reflète dans des éléments comme : ajuster l'anesthésie en fonction de la douleur, contrôler les nausées et les vomissements, accueillir le patient, offrir au patient d'aller aux toilettes avant de se faire opérer, s'assurer qu'il soit apte à se mobiliser et qu'il soit accompagné pour le retour à domicile, lui donner les consignes, etc.. Plusieurs éléments décrits dans la routine concernent le traitement des problématiques particulières du cas (discuter avec l'anesthésiste ou le chirurgien si des difficultés sont prévues, donner un coup de main dans les salles en situation d'urgence). Les anesthésistes ont effectué une véritable réflexion sur le fonctionnement du bloc opératoire. Un des anesthésistes a même inclus la prise des pauses dans la description de sa routine.

Les activités sont réparties par les anestésistes de manière assez égale entre les différents groupes d'acteurs et ils sont en mesure de détailler le travail de l'ensemble des acteurs dans les moindres détails.

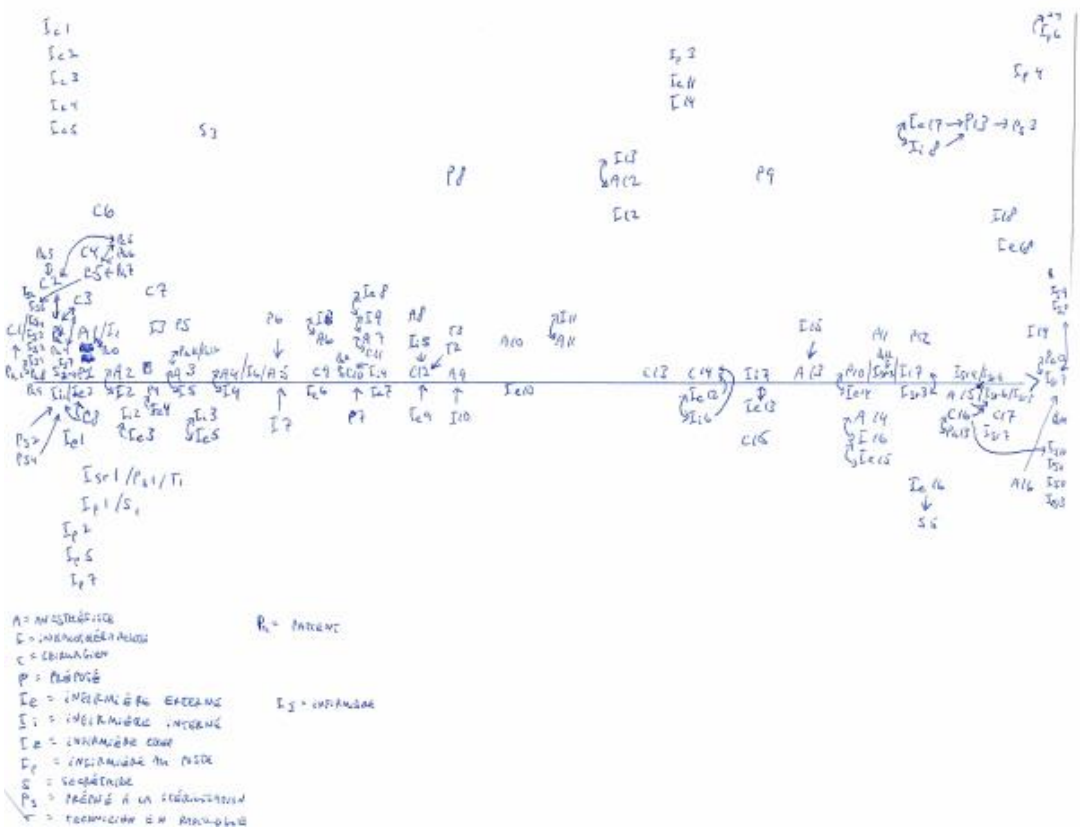


Figure 10. Extrait de la représentation de la routine de réalisation de la chirurgie telle que décrite par un anesthésiste

Dans l'ordre, ceux qui possèdent le plus d'activités sont : le chirurgien, l'anesthésiste, le patient, le préposé et l'infirmière de CDJ. Les anesthésistes se perçoivent comme des experts dans l'évaluation du patient, la préparation de l'anesthésie, le soulagement de la douleur, la surveillance et la réanimation du patient.

Un anesthésiste n'a pas mentionné les inhalothérapeutes comme groupe d'acteurs lorsqu'il a effectué son travail de description de la routine chirurgicale. En entrevue, il a expliqué qu'il s'agit d'un oubli en spécifiant que le rôle de l'inhalothérapeute est, pour lui, intégré à celui de l'anesthésiste. Pour les anesthésistes, les acteurs qui effectuent les activités principales sont le chirurgien, l'anesthésiste, le préposé et le patient. Par contre, d'autres acteurs sont mentionnés par les anesthésistes : l'infirmière (interne ou externe), l'infirmière de chirurgie d'un jour, l'assistant-chef, l'infirmière de salle de réveil, l'inhalothérapeute, l'infirmière de préadmission, le technicien en radiologie, le préposé à la stérilisation, le commis du bloc et le chef du bloc.

Les anesthésistes sont les seuls qui ont demandé à être rencontrés en dehors de l'organisation. Il faut dire que les anesthésistes qui ont participé au projet faisaient du remplacement au bloc opératoire de l'établissement qui connaissait une pénurie d'anesthésistes au moment des entrevues de ce volet. Leur pratique se faisait dans plusieurs établissements en même temps.

6.1.3 Les infirmières

Les éléments retenus de l'analyse des données fournies par les infirmières révèlent qu'elles ont une grande préoccupation pour les étapes qui assurent la sécurité de la prestation de soins (vérification, validation), mais aussi pour l'organisation des soins (préparation en fonction de la requête, confirmation). Les activités sont distribuées assez également entre les différents acteurs, mais la majorité de celles-ci sont quand même attribuées à des infirmières (Préadmission, CDJ, interne, externe, salle de réveil).

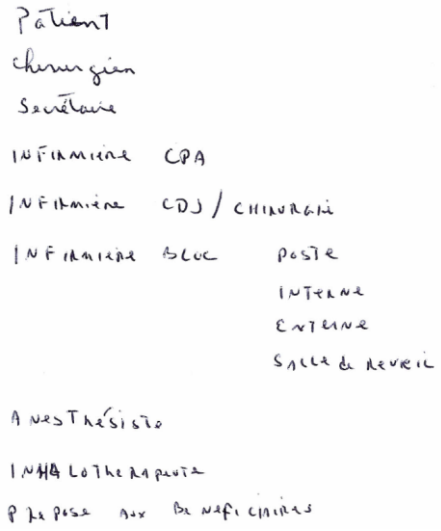


Figure 11. Extrait de la liste des acteurs telle que décrite par une infirmière

La perception des infirmières de leur rôle peut être décrite comme suit. Les infirmières s'attribuent d'abord un rôle prépondérant et omniprésent. Elles divisent le travail entre plusieurs intervenants, dont environ la moitié sont des infirmières (interne, externe, préadmission, CDJ, salle de réveil, auxiliaire), témoignant ainsi de l'importance qu'elles donnent à leurs propres rôles (figure 11). Elles se positionnent comme celles faisant le lien entre le patient (répond aux questions, donne l'information, avoir connaissance de l'état du patient) et les autres acteurs (s'assure que les examens ont été demandés et faits, s'assure que l'infirmière ne manque de rien, donne le rapport, assiste le chirurgien). Les infirmières interrogées n'ont pas jugé pertinent de faire de distinction entre les infirmières auxiliaires et les infirmières (techniciennes ou bachelières) ou entre les infirmières internes et externes en salle dans les descriptions de leur travail.

Les acteurs que les infirmières perçoivent comme effectuant les activités principales de la chirurgie sont le chirurgien, l'assistant-chef, les infirmières (interne ou externe), l'infirmière de salle de réveil, l'anesthésiste, le préposé aux bénéficiaires, le commis de l'admission, l'infirmière de chirurgie d'un jour et le patient. Un autre acteur a été mentionné par les infirmières, mais celui-ci ne contribue pas à la réalisation des activités principales. Il s'agit de l'infirmière de préadmission.

6.1.4 Les inhalothérapeutes

Pour les inhalothérapeutes, les acteurs qui effectuent les activités principales sont le chirurgien et l'anesthésiste. Par contre, d'autres acteurs sont mentionnés par les inhalothérapeutes : l'infirmière (interne ou externe), l'inhalothérapeute, le préposé, l'infirmière auxilliaire, le préposé à la stérilisation, le responsable des achats.

Par contre, les inhalothérapeutes considèrent respectivement les activités des anesthésistes, des inhalothérapeutes et des infirmières comme étant prédominantes. Tous ces acteurs sont d'ailleurs ceux avec qui les inhalothérapeutes sont le plus en contact.

Les inhalothérapeutes mettent l'emphase sur les activités de l'anesthésiste, ce qui témoigne du respect qu'ils leur témoignent.

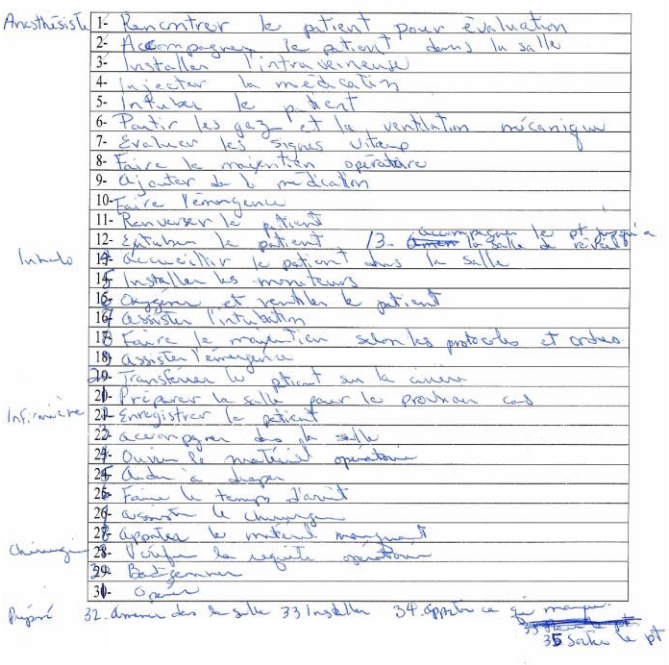
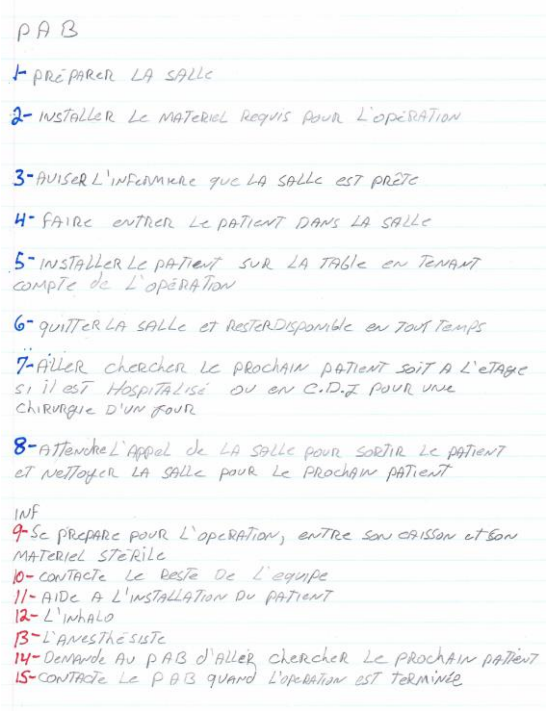


Figure 12. Extrait de la représentation de la routine de réalisation de la chirurgie telle que décrite par un inhalothérapeute

6.1.5 Les préposés

Les préposés voient deux activités principales pour la réalisation de la chirurgie : le transport du patient dans la salle d'opération et le positionnement du patient. Le choix de ces activités démontre que les participants se sont limités à leur portion de la réalisation de la chirurgie.

Conséquemment, pour les préposés, les acteurs qui effectuent les activités principales sont l'infirmière (interne et externe) et le préposé. Par contre, d'autres acteurs sont mentionnés par les préposés, soit : le chirurgien, l'anesthésiste, l'inhalothérapeute et l'infirmière auxiliaire.



PAB

1- PRÉPARER LA SALLE

2- INSTALLER LE MATERIEL REQUIS POUR L'OPÉRATION

3- AVISER L'INFIRMIERE QUE LA SALLE EST PRÊTE

4- FAIRE ENTRER LE PATIENT DANS LA SALLE

5- INSTALLER LE PATIENT SUR LA TABLE EN TENANT COMPTE DE L'OPÉRATION

6- QUITTER LA SALLE ET RESTER DISPONIBLE EN TOUT TEMPS

7- ALLER CHERCHER LE PROCHAIN PATIENT SOIT A L'ETAGE SI IL EST HOSPITALISÉ OU EN C.D.J POUR UNE CHIRURGIE D'UN JOUR

8- ATTENDRE L'APPEL DE LA SALLE POUR SORTIR LE PATIENT ET NETTOYER LA SALLE POUR LE PROCHAIN PATIENT

INF

9- SE PREPARE POUR L'OPERATION, ENTRE SON CASSON ET SON MATERIEL STERILE

10- CONTACTE LE RESTE DE L'EQUIPE

11- AIDE A L'INSTALLATION DU PATIENT

12- L'INHALO

13- L'ANESTHÉSISTE

14- DEMANDE AU PAB D'ALLER CHERCHER LE PROCHAIN PATIENT

15- CONTACTE LE PAB QUAND L'OPERATION EST TERMINÉE

Figure 13. Extrait de la représentation de la routine de réalisation de la chirurgie telle que décrite par un préposé

Les préposés mettent l'accent sur la seule portion dont ils ont pleinement connaissance et qui correspond à celle dont ils sont témoins.

6.1.6 Les gestionnaires

Pour les gestionnaires, les acteurs qui effectuent les activités principales sont le chirurgien, l'infirmière externe et le préposé. Par contre, d'autres acteurs sont mentionnés par les gestionnaires: l'infirmière interne, l'anesthésiste, l'inhalothérapeute, l'assistant-chef, le préposé à la stérilisation, le commis du bloc, le chef d'équipe (infirmière en salle).

Les gestionnaires ont une bonne vision des activités que chacun des acteurs doit accomplir puisqu'ils sont souvent responsables de leur définition de tâches. Ils ont une vision uniforme des activités, qui reste basée sur les rôles officiels des acteurs[36].

[36] Il est intéressant de noter que les gestionnaires sont les seuls qui ont tous remis leurs réflexions dans un format dactylographié. La majorité des acteurs des autres groupes ont présenté leur travail dans des notes manuscrites.

Préposé au bénéficiaire

1. Entre équipement nécessaire a la chirurgie
2. Prépare la salle d'opération
3. Va chercher son patient
4. Avise sa salle que patient est arrivé
5. Entre le patient avec l'infirmière (identification)
6. Transfert le patient sur la table
7. Sort la civière
8. Installe les accessoires de la table nécessaire
9. Participe au positionnement
10. Range l'équipement terminé
11. Prépare l'équipement nécessaire pour prochaine intervention
12. Va chercher prochain patient à la demande de l'équipe
13. Prépare le chariot et fourniture nécessaire au nettoyage
14. Participe au transfert du patient à la fin de la chirurgie
15. Nettoie la salle

Inhalothérapeute

16. Vérifie le matériel nécessaire à la l'anesthésie
17. Aide au transfert sur la table
18. Identifie son patient
19. Questionne et explique ce qui se passera
20. Installe le monitoring
21. Installe le soluté
22. Appel l'anesthésiologiste
23. Complète ses notes au dossier
24. Assiste l'anesthésiologiste à l'induction
25. Assiste l'équipe au positionnement et drapage
26. Surveille les paramètres clinique et les inscrits au dossier
27. Participe au transfert du patient sur la civière
28. Nettoie l'équipement qui a servi pour le patient en anesthésie

Infirmière service interne

29. Vérifie son caisson et le complète selon le programme opératoire
30. Entre le caisson dans la salle
31. Place les fournitures prete pour distribution
32. vérifie l'équipement si complète
33. Accueil le patient s'identifie
34. Ouvre les paquets après la sortie de la civière

Infirmière externe :

23. Identifie le patient avant l'intervention chirurgicale
24. Accompagne le patient à la salle d'opération
25. Installe le patient sur la table d'opération en vérifiant tous les points de pressions
26. Distribue les dispositifs médicaux de façon stérile à l'infirmière interne
27. Rempli la feuille « observation de l'infirmière »
28. Effectue les ordonnances dans l'ordinateur (médical, patho, salle de réveil,…)
29. Transfert le patient à la salle de réveil accompagné de l'anesthésiste.

Inhalothérapeute :

30. Assiste l'anesthésiste pour l'anesthésie (générale, régionnal,…)
31. S'assure d'avoir tous les médicaments nécessaires à l'anesthésie
32. Assiste l'anesthésiste dans la surveillance du patient per-op
33. Assiste l'anesthésiste au réveil du patient, au besoin

Préposé aux bénéficiaires bloc

34. Prépare la salle avec les appareils nécessaire à l'intervention chirurgicale
35. Apporte le patient à la salle d'opération
36. Aide au transfert du patient à la table d'opération, avec l'infirmière externe
37. Sort et/ ou entre la civière de transport dans la salle d'opération (pré et post-op)
38. Aide au transfert du patient à la civière, post-op

PRÉPOSÉ AU BÉNÉFICIAIRE

8. Vérifie le matériel requis pour la chirurgie
9. Prépare la salle d'opération
10. Va chercher le patient à la demande de l'infirmière
11. Apporte le dossier au poste pour vérification
12. Transporte le patient dans la salle après l'identification faite par l'infirmière
13. Aide à l'installation du patient
14. Sort la civière de la salle
15. Participe au positionnement chirurgical
16. Va chercher le patient suivant à la demande de l'infirmière
17. Aide au transfert du patient après la chirurgie
18. Nettoie la salle d'opération lorsque la chirurgie est terminée

INFIRMIÈRE EN SERVICE INTERNE

19. Vérifie le type de chirurgie prévu avec le caisson préparé par l'URDM
20. Complète le matériel manquant
21. Entre le caisson dans la salle lorsque le préposé a terminé le nettoyage
22. Ouvre le caisson et le vide en plaçant le matériel à l'endroit dédié
23. Ouvre les paquets de base une fois le patient entré et la civière sorti
24. Procède à la technique de brossage des mains
25. Revêt la blouse stérile et les gants stériles
26. Prépare la table avec les instruments stériles
27. Habille le chirurgien et son assistant
28. Donne les champs stériles pour le drapage
29. Apporte une assistance technique lors de la chirurgie
30. Range le matériel réutilisable souillé dans le caisson après la chirurgie
31. Signe le compte opératoire
32. Apporte le caisson dans l'utilité souillé
33. Inscrit le spécimen de pathologie dans le registre

Figure 14. Extraits de la représentation de la routine de réalisation de la chirurgie telle que décrite par un gestionnaire

6.2 Constats émanant de l'analyse des perceptions

La perception des groupes d'acteurs sur les activités de la routine chirurgicale et la répartition de ces activités entre les groupes nous permettent de comprendre qu'il existe des visions différentes de cette routine en fonction des acteurs. Ainsi, il est difficile de cerner les groupes d'acteurs qui effectuent les activités principales et ceux qui effectuent des activités de support. En effet, certains acteurs ont tendance à mettre leur groupe au centre des activités. En justifiant l'importance de leur rôle, ces groupes valorisent la perception qu'ils veulent bien que l'on retienne de leur travail. De plus, comme d'autres groupes ont une vision limitée des activités en salle, plusieurs ne savent pas exactement ce que les autres font. Ainsi, les groupes, qui ont une meilleure perception du travail de tous les groupes, sont en mesure d'avoir un meilleur jugement sur la position qu'occupe réellement chacun de ces groupes dans la réalisation de la chirurgie. C'est le cas des anesthésistes et des gestionnaires. Les groupes qui ont une vision limitée des activités de plusieurs groupes sont moins en mesure de déterminer la place qu'occupent certains acteurs. C'est le cas des préposés et des inhalothérapeutes. Finalement, les groupes qui valorisent leurs propres activités, en les positionnant comme étant centrales dans la réalisation de la chirurgie, ont plus de chance d'influencer ce qui se passe dans le bloc opératoire. C'est le cas des chirurgiens et des infirmières.

Nous présentons dans le tableau 14 le type de capacité que développent les groupes d'acteurs concernant leur perception des activités des autres groupes, ainsi que la façon dont ils se positionnent par rapport aux autres groupes.

Tableau 14. Constats concernant la capacité de percevoir la routine de réalisation de la chirurgie par chacun des groupes d'acteurs

Acteurs	Capacité de percevoir les activités des autres groupes	Positionnement du groupe par rapport aux autres groupes
Infirmières	Générale	Central
Chirurgiens	Autocentrée	Central
Anesthésistes	Générale	Complémentaire
Gestionnaires	Générale	Complémentaire
Inhalothérapeutes	Limitée	Complémentaire
Préposés	Limitée	Complémentaire

De plus, la perception des acteurs intègre peu des éléments concrets de la pratique. L'exemple de la prise des pauses et des dîners, qui n'a été précisée que par un anesthésiste, témoigne de l'idéalisation de la routine par les acteurs. D'ailleurs, les activités de rédaction des notes et d'entrée de données ont également été sous-rapportées, alors que nos observations ont démontré qu'elles sont effectuées à presque toutes les étapes et durant de longues périodes lors de la réalisation d'une chirurgie. Aussi, aucune des perturbations qui surviennent, même régulièrement, durant la chirurgie ne sont rapportées. Le recueil des perceptions des groupes d'acteurs dresse un modèle représentatif de la chirurgie idéale.

Cette approche qui nous a permis de recueillir les perspectives de manière individuelle auprès des groupes nous permet de comprendre qu'il existe des différences de perception entre les groupes. Ces différences facilitent les marges de manœuvre des acteurs au sein de l'organisation. Par exemple, l'anesthésiste a une meilleure perspective des apports de chaque groupe que le préposé aux bénéficiaires ou même que le chirurgien. Cette connaissance sur le véritable travail accompli par chacun lui donne une plus grande marge de manœuvre que d'autres.

6.3 Les références de pratiques, les règles et les sanctions

Les acteurs ont des idéaux sur les façons de faire, mais sont également imprégnés par les règles et les références de pratiques existantes. Certaines sont externes à l'organisation et sont gérées par les ordres professionnels ou les associations cliniques, alors que d'autres émanent d'organismes de règlementation et/ou de l'établissement. Les recommandations sur la prise en charge des pathologies cliniques, provenant des associations médicales professionnelles, telles que l'évaluation et la prise en charge des

calculs rénaux de l'Association canadienne d'urologie[37]; les normes, les lignes directrices et les énoncés de position pour la pratique en soins infirmiers périopératoires de l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada[38]; et le guide des bonnes pratiques au bloc opératoire du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec[39] en sont des exemples et démontrent qu'il existe de multiples façons de décrire la dimension ostensive d'une routine. Dans la figure qui suit, nous présentons des normes provenant de deux organismes reconnus qui se contredisent sur l'utilisation de produit dépilatoire pour la préparation de la peau en préopératoire.

World Health Organization | Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

WHO Guidelines for Safe Surgery 2009

- Hair should not be removed unless it will interfere with the operation. If hair is removed, it should be clipped less than 2 hours before the operation. Shaving is not recommended as it increases the risk for surgical site infection.
- 'On call' orders for administration of antibiotic prophylaxis should be discouraged.
- If hair is to be removed, the use of depilatories is discouraged.
- Tobacco use should be stopped at least 30 days before elective surgery if possible.

Préparation de la peau

	PRATIQUE	EXPLICATION
12.1.1	Le site operatoire et les zones avoisinantes doivent être lavées et rincées à fond avant la préparation chirurgicale.	L'élimination des saletés en surface et de la flore transitoire réduit les risques de contamination de la plaie (AORN, 2008; Thurston, 2007).
12.1.2	Tous les bijoux qui percent la peau doivent être enlevés et la zone percée nettoyée à fond avant la préparation chirurgicale de la peau (Gruendemann et Mangum, 2001, p. 259).	
12.1.3	Les poils et les cheveux ne doivent pas être enlevés, à moins qu'ils encombrent le site d'incision ou qu'ils risquent de tomber dans la plaie. Si les poils doivent être enlevés, il faut le faire : – le plus près possible du moment de la chirurgie; – au moyen d'une tondeuse ou d'un produit dépilatoire.	Le retrait des poils ou des cheveux peut causer un traumatisme à la peau et favoriser la croissance de micro-organismes au niveau de l'incision. Plus la période entre le retrait des poils ou des cheveux et la chirurgie est longue, plus le risque d'infection du site opératoire est élevé (SSPSM!). La dispersion des poils pose un risque de contamination du site opératoire et de la zone stérile. Les produits dépilatoires ont provoqué des réactions cutanées chez certaines personnes, entraînant l'annulation de l'intervention (AORN, 2008, p. 543).

Normes, lignes directrices et énoncés de position pour la pratique en soins infirmiers périopératoires

Figure 15. Normes 2009 émanant de l'Organisation mondiale de la santé (à gauche) et normes émanant de l'Association swa infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (2009) sur la préparation de la peau en préopératoire

Le suivi de ces recommandations fait partie des obligations des professionnels tel que le stipulent leurs codes de déontologie respectifs. Par contre, lorsqu'il s'agit de valider le respect de ces normes, instaurées par les ordres et les associations professionnels, les moyens mis en place sont plus limités. En effet, les ordres professionnels utilisent les visites d'inspection dans les établissements, les signalements par des patients ou d'autres professionnels afin d'évaluer les pratiques de leurs membres et de les envoyer en comité

[37] http://www.cua.org/userfiles/files/Kidney-stone-2010_FR(3).pdf.
[38] Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (2009). Normes, lignes directrices et énoncés de position pour la pratique en soins infirmiers périopératoires, 9ème édition, Missisauga, 421p.
[39] http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-940-01.pdf.

disciplinaire selon le cas[40]. La formation et l'amélioration de l'exercice sont privilégiées par rapport aux sanctions de radiation dans la grande majorité des cas[41].

Les professionnels ont d'autres éléments qui les encadrent et influencent leurs façons de faire. En effet, l'établissement crée aussi des règles sur les mêmes aspects de la pratique qui, elles, tiennent compte des ressources locales. Les règles ont des implications légales. Ainsi, les règlements du bloc opératoire complètent les obligations des professionnels au niveau de l'établissement, mais celles-ci ne sont pas aussi contraignantes qu'il n'y paraît. Par exemple, les règlements du bloc opératoire peuvent préciser le contenu du dossier médical, du protocole opératoire et du consentement opératoire; l'évaluation pré-opératoire requise, les procédures de vérification des appareils d'anesthésie, les responsabilités des médecins et du personnel (matériel, dossier); les autorisations à prodiguer au patient, les heures d'ouverture, les modalités de fonctionnement du bloc opératoire (l'allocation des priorités, les modifications au programme), la gestion des urgences et des pannes. Pour tous les professionnels, le non-respect des règlements peut toujours conduire à des sanctions, qui, dans la majorité des cas, restent d'ordre administratif, mais ceci, à condition qu'elles aient été préalablement explicitées dans le dit règlement et qu'elles soient adoptées par les instances appropriées pour être officiellement valides[42]. Dans le cas des médecins, l'élaboration de règlements, qui conviennent autant aux départements, aux conseils des médecins et à l'administration, reste un défi; leur mise à jour est peu fréquente et même l'identification et l'intégration de sanctions applicables restent difficiles à concrétiser, sauf dans de rares cas[43]. En effet, en général, l'établissement ne peut relever le professionnel de son droit de pratique, puisque celui-ci lui est conféré par son ordre professionnel. Il peut, tout au plus, le congédier ou, dans le cas des médecins et dentistes, lui retirer ses privilèges d'exercer dans l'établissement, si le respect des règlements constituait une obligation rattachée à ses privilèges[44], et ce, après évaluation par un comité de discipline, et sur recommandation du CMDP au Conseil d'administration[45].

Bien qu'ils soient également autonomes dans l'accomplissement de leurs actes, les professionnels se voient imposer des manières de faire leur travail par l'établissement par des

---

[40]http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Statistiques/Decisions_disciplinaires_recues_2011-2012.pdf.

[41]http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Statistiques/Avis_de_radiation_permanente_2011-2012.pdf.

[42] Gouvernement du Québec, c. S-5, r.3.01Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5, a. 7, 18.1, 18.2, 70, 70.1, 71.3, 94, 102, 130 et 173 par. a, b, c, c.1, e, f, i, j, j.1, k, l, q et r), entre le 1er février 2012 et le 3 juillet 2012.

[43] Heenan Blakie (2010). Droit de la santé au Québec: Percée jurisprudentielle : un établissement a le pouvoir d'adopter des directives comportant des sanctions à l'endroit de médecins, Bulletin, Vol. VII, No.1, p1.

[44] Heenan Blakie (2010). Les obligations rattachées aux privilèges octroyés aux médecins ou dentistes exerçant dans un centre exploité par un établissement, Bulletin, Vol. VII, No.1, p5.

[45] Association des Conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (2012). Guide de formation : Le traitement d'une plainte.

politiques et des procédures à appliquer, en plus des règlements. Ainsi, l'établissement détermine, par exemple, la procédure en cas d'identification et d'acheminement des prélèvements de pathologie; la procédure de contrôle de la circulation et du code vestimentaire au bloc opératoire; la politique de prévention des infections reliées à un taux d'humidité excessif au bloc opératoire et à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM); la procédure de compte et recompte lors de chirurgie; la récupération, le transport, le lavage, la décontamination et la stérilisation des dispositifs médicaux pour le bloc opératoire; la procédure d'entretien des locaux et de l'équipement au bloc opératoire; la procédure de réalisation du temps d'arrêt chirurgical et la procédure de positionnement chirurgical. Le problème relié à la volonté de l'établissement de se donner ces conduites claires concerne leur diffusion et leur application.

Les gestionnaires semblent croire que le personnel est responsable de consulter et d'appliquer ces procédures.

> *« La responsabilité revient à chaque fille de savoir c'est quoi les procédures… »* (Gestionnaire)

Mais, dans la pratique, le personnel ne démontre pas la prise en charge d'une telle responsabilité envers l'organisation.

> *« Je ne sais pas s'il y a une procédure exactement. »* (Infirmier)

> *« J'imagine qu'il y a des procédures pour tout, mais honnêtement on n'est pas toujours au courant. »* (Préposé)

En fait, le maintien à jour et l'existence officielle des règles (adoption par toutes les instances définies dans la loi pour être valables) ne sont pas toujours documentés dans les écrits qui sont diffusés, ce qui complexifie la valeur de ces règles, de ces procédures ou de ces politiques.

PROJET

RECUEIL DES POLITIQUES ET PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

POLITIQUE ☐ **PROCÉDURE** ☒

N° :	**TITRE :**	**POSITIONNEMENT CHIRURGICAL**
PAGE : 1 DE 7	**DIRECTION :**	DIRECTION SANTÉ PHYSIQUE SOINS SPÉCIALISÉS COURT TERME
ÉMISE LE : 2010-11-29 **ENTRÉE EN VIGUEUR :**	**SECTEURS D'ACTIVITÉS :**	BLOC OPÉRATOIRE
RÉVISÉE LE : **Révision antérieure :**	**DESTINATAIRES :**	PERSONNEL DU BLOC OPÉRATOIRE

Figure 16. Exemple d'une procédure émise dont l'entrée en vigueur est inconnue 2 ans après son émission

Malgré le fait que les normes, les recommandations, les procédures et les règles se mutiplient au sein du bloc opératoire, les sanctions qui sont reliés à leur non-respect sont mal définies dans ces mêmes écrits. De plus, l'application des sanctions reste marginale, car il est difficile de déterminer quel système de références prédomine : celui des ordres profesionnels, de l'établissement, des services, etc.. Notre tentative d'objectiver la perception des groupes d'acteurs sur cette réalité démontre la difficulté de rendre concret la routine ostensive elle-même, témoignant de la complexité des influences sur une vision uniciste de la routine.

Ainsi, les acteurs du bloc opératoire sont influencés par les références de pratique qui émanent de leurs ordres et de leurs associations professionnelles, par les règles, les procédures et les politiques de l'établisssement, mais leur valeur est restreinte par leur multiplicité. De plus, à défaut de sanctions, cette influence n'est que théorique. D'autant plus que, pour appliquer des sanctions, les actes, qui devaient être posés par les groupes d'acteurs, doivent être documentés.

6.4 La documentation (artéfact)

Les perceptions des acteurs sur la chirurgie ne sont souvent pas documentées. Par contre, leurs intentions se reflètent sur la requête opératoire et dans les éléments du dossier qui précède l'intervention. En effet, lorsqu'un patient présente une certaine pathologie, il est référé en consultation à un chirurgien qui établit le diagnostic en se basant sur son examen physique et sur les résultats des examens de laboratoires et de radiologie qui ont été effectués ou demandés. Lorsque le diagnostic est chirurgical, il propose une intervention au patient et crée le lien initial entre eux (le contrat thérapeutique). Il concrétise ce contrat en initiant les événements qui permettront de réaliser cette chirurgie en déposant une requête opératoire à l'admission. La requête opératoire est un document sur lequel on retrouve le diagnostic, le type d'intervention, la durée de la chirurgie, les besoins spécifiques pour ce qui a trait au matériel ou aux appareils, le type d'anesthésie, le nom du chirurgien, les coordonnées du patient et la date visée de l'intervention. La requête opératoire constitue par la suite le moyen de communication officiel avec les équipes qui interviendront dans la préparation et la réalisation de la chirurgie. Les relations entre le patient et l'équipe se limitent presqu'exclusivement à ce contrat. Chaque acteur utilise la requête opératoire pour préparer son travail et interagir avec le patient. La requête fait partie de l'action :

«Tu sais, sans avoir une requête opératoire, il n'y en aurait pas d'opération.» (Infirmière)

Le dossier médical se constitue par la suite à partir du moment où l'admission reçoit la requête opératoire. Celle-ci est accompagnée de divers documents qui en constituent les éléments de base, tels que l'histoire de cas (il s'agit d'un résumé des antécédents médicaux

du patient, de sa médication, de ses allergies et du résumé de l'apparition de ces symptômes), le consentement opératoire (autorisation du patient à effectuer la chirurgie), la feuille d'ordonnances sur laquelle on trouve les prescriptions de médicaments que le patient doit recevoir en préopératoire, ainsi que les demandes de consultation en spécialité médicale (lorsque le patient doit rencontrer des spécialistes pour évaluer son état avant la chirurgie). L'admission transmet le dossier à la préadmission où s'ajoutent habituellement la note de l'infirmière qui évalue le patient (prend ses signes vitaux et valide les informations du dossier), les résultats des analyses préopératoires (dont la plupart sont déterminées par un protocole, mais dont certaines ont pu être demandées spécifiquement par le chirurgien). Bien entendu, si le patient a été évalué dans l'hôpital ou y a déjà séjourné, son dossier peut contenir les notes résultant de ses visites préalables, comprenant les notes de consultations antérieures et les examens réalisés (bien que certains documents aient pu être épurés, selon la politique en vigueur dans l'établissement sur la conservation des documents au dossier et selon les obligations légales gouvernementales). Le jour de la chirurgie, les infirmières de la chirurgie d'un jour y ajouteront leurs constatations et leur examen pré-opératoire.

Lorsque vient le temps de déterminer si les acteurs ont respecté les références de pratiques, les règles, les procédures ou les politiques, le seul élément qui permet de juger et d'appliquer des sanctions est donc la concordance faite entre la requête opératoire qui témoigne des intentions, le dossier médical préopératoire et le dossier médical constitué et reflétant l'intervention.

Le mécanisme de documentation crée une problématique de contrôle local des actions. En effet, même si l'organisation établit des règles, crée des procédures et des politiques pour gérer les activités qui se dérouleront en salle d'opération, il restera difficile pour l'organisation de déterminer et d'appliquer des sanctions. Les professionnels peuvent toujours référer aux nombreuses normes et aux recommandations externes. Aussi, pour être appliquées, les sanctions devront être basées sur des constats objectifs dans un contexte où la documentation des intentions et des événements est limitée. Nous comprendrons, dans les autres chapitres, l'impact plus large de ces constats sur la construction de l'arène politique.

6.5 Conclusion

L'analyse de la dimension ostensive de la routine de réalisation de la chirurgie nous permet de faire certains constats. Le premier est la difficulté d'obtenir une perception unifiée et complète des activités de la routine lorsque nous utilisons une approche pluriperspective auprès des acteurs principaux du bloc opératoire, alors que nos observations ont démontré que celles-ci sont plutôt faciles à identifier par un observateur externe (Voir Déroulement de la chirurgie, chapitre 5). Cet état s'explique par un système particulier qui procure des suggestions sur les actions à poser (recommandations, normes, savoir-faire) et qui provient

de nombreuses sources externes à l'organisation, dont celles qui sont propres à chaque groupe professionnel, de même que celles de l'organisation elle-même. Les multiples références influençant la routine se confondent et sont alors peu consultées ou utilisées par les acteurs. L'ajout de règles, de normes, de références contribue à élargir la zone d'incertitude des acteurs dans ce contexte particulier. Le deuxième constat que nous pouvons faire est celui de la faible documentation de la routine, telle que perçue par les acteurs, ce qui réduit la capacité de sanctionner les activités, puisqu'il n'existe pas une description unique officielle et reconnue sur la façon dont l'établissement s'attend à voir agir chacun de ses membres. La routine devient confuse, victime des perspectives multiples et de cette pluralité des bonnes façons de faire selon les cadres de références auxquels les acteurs réfèrent. Le volume d'artéfacts ostensifs (livres sur les normes, extraits de procédures, comptes rendus de règlements) contribue donc en lui-même au problème de clarté. Ces constatations contrastent avec le modèle proposé par Crozier (1963) qui prévoit que l'ajout de règles réduit la zone d'incertitude, mais concordent avec sa vision du cercle vicieux bureacratique qui s'installe lorsqu'il y a de plus en plus de règles qui favorisent l'ajout d'autres règles pour répondre aux incertitudes. Cette situation que nous avons observée dans notre projet s'explique par cette relation entre les règles et la documentation. Sans documentation préalable exprimée clairement à ses membres, l'établissement ne peut sanctionner l'application des règles. Sans sanction, les règles sont moins appliquées. Sans application rigoureuse des règles prescrites par l'établissement, la zone d'incertitude augmente et les groupes d'acteurs réfèrent au système informel pour régir leurs comportements.

Le tableau 15 résume les constats émanant de notre analyse de la dimension ostensive de la routine chirurgicale.

Tableau 15. Constats émanant de l'analyse de la dimension ostensive de la routine

Constats (dimension ostensive de la routine)
Multiplicité et contradictions des références de pratique (ce qu'on devrait faire)
Perceptions multiples de la routine et de son idéal (ce qu'on voudrait faire)
Règles (ce qu'on peut faire) mal définies et sanctions restreintes en cas de non-applications
Documentation limitée

Ces éléments déduits de nos observations de la routine ostensive nous permettent de rafiner notre cadre conceptuel. Tout d'abord, la documentation d'un modèle objectif de la routine de réalisation de la chirurgie (artéfacts ostensifs) dépend plutôt d'une négociation

entre les groupes d'acteurs. Même si elles existent sur papier, les règles formelles et les références de pratique qui pourraient éclaircir cette vision peuvent être contradictoires et/ou non officielles. Elles contribuent donc à déterminer la zone d'incertitude plutôt qu'à représenter la dimension ostensive de la routine de réalisation de la chirurgie. Ainsi, il s'avère que le lien entre les règles, les références de pratiques, les perceptions des groupes d'acteurs et la documentation de celles-ci créent cette zone d'incertitude autour de la dimension ostensive de la routine de réalisation de la chirurgie (figure 17).

Ces observations nous permettent également d'ajouter un concept que nous n'avions pas identifié dans notre cadre initial : le rôle des sanctions ou plutôt de leur faible présence dans la sélection des actions par les acteurs.

Finalement, nous réalisons que les activités qu'envisagent les acteurs (plans) et les idéaux qu'ils visent font partie de la composante ostensive de la routine. En effet, en comparant ce qu'ils peuvent faire (en tenant compte des règles et des sanctions) avec ce qu'ils devraient faire (selon les références de pratique en vigueur) avec leurs idéaux (ce qu'ils voudraient faire selon leurs valeurs), les acteurs considèrent les différents scénarios possibles (plan).

Nous mettons donc en relation les modifications à notre cadre conceptuel initial dans la figure 17. Dans cette représentation conceptuelle de notre analyse, nous sommes en mesure de situer les règles et les sanctions, les références de pratique et la faible documentation comme des éléments qui contribuent à la fromation de la zone d'incertitude. Cette zone d'incertitude se situe au centre de la transformation des routines. Ainsi, elle permet aux acteurs d'avoir une marge de manœuvre dans la réorganisation de leurs activités en leur permettant de s'interroger sur les actes qu'ils désirent poser.

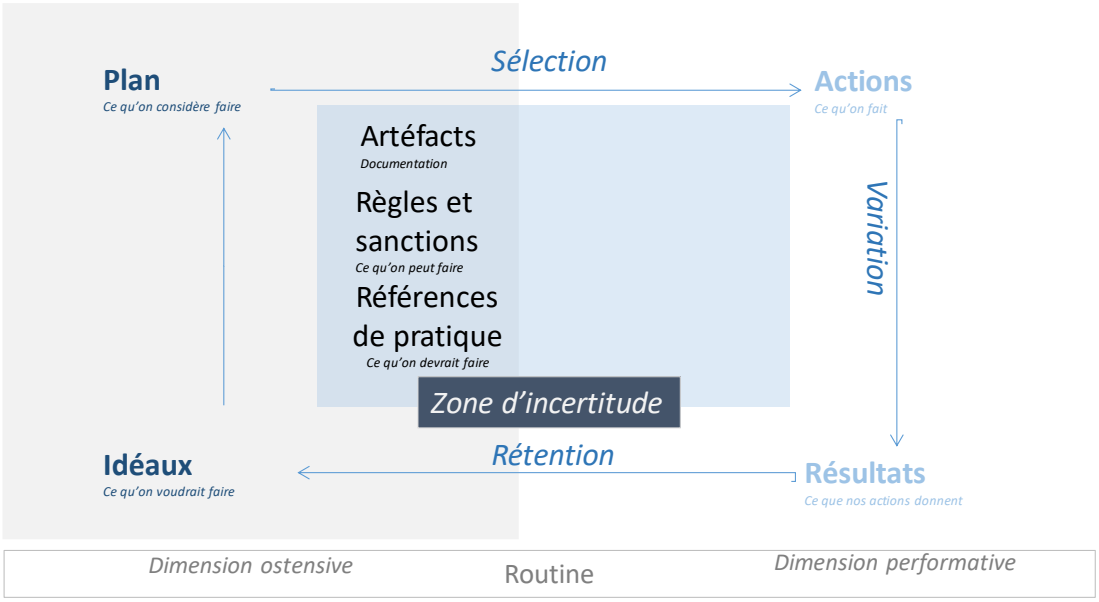


Figure 17. Cadre conceptuel modifié en fonction des données issues de l'étude des routines ostensives

CHAPITRE 7 : L'ÉTUDE DES ROUTINES : LA DIMENSION PERFORMATIVE

Les données que nous présentons dans ce chapitre sont issues de nos observations et nous permettent de mieux comprendre l'impact de la variation qui apparaît au cours d'une chirurgie sur la constitution d'une zone d'incertitude. Dans ce chapitre, nous présenterons des exemples qui nous permettront de démontrer comment les perturbations, les brèches et les communications que cela engendre, ainsi que leur documentation dans le dossier patient, contribuent à la récurrence de dynamiques politiques. Nous effectuerons une analyse stratégique qui nous amènera à examiner les enjeux stratégiques, les règles de jeux et les stratégies politiques, mises de l'avant par les acteurs.

L'observation des routines permet d'identifier deux types d'activités. Les premières sont les activités propres à la routine, c'est-à-dire la séquence d'activités reconnaissable et correspondant à ce qui est attendu par le groupe dans une même situation. Les secondes sont les activités qui perturbent l'opération. Les perturbations ne permettent pas une liberté d'action totale pour les acteurs puisqu'il existe aussi, selon Pentland et al. (2012), des limites à la transformation des routines. En effet, selon ces auteurs, les méthodes, qui permettent de réduire les perturbations, sont la mise en place de règles, de standards de pratique, la formation et la description des tâches. Les auteurs rapportent même que la mémoire procédurale et les habitudes contribueraient aussi à cette réduction de variation. Dans le cadre de notre projet de recherche, nous avons observé que la mise en place de ces méthodes ne réduit pas autant la variation que prévu. Ainsi, plus il y a de perturbations, plus il existe d'opportunités pour les acteurs de générer de nouvelles séquences d'actions. Mais toutes les méthodes qui réduisent la variation, même celles qui sont informelles, peuvent aussi devenir des atouts politiques puisqu'elles ont la capacité d'influencer la zone d'incertitude qui détermine la marge de manœuvre dont disposent les acteurs. En effet, c'est la possibilité de varier la routine qui contribue à l'élargissement de la zone d'incertitude autour de la routine. C'est cet élargissement qui permet aux acteurs d'exercer leur marge de liberté qui existe dans une situation organisationnelle, car l'organisation ne contraint jamais totalement un acteur. Grâce à cette marge de liberté, celui-ci peut exercer son pouvoir, selon Crozier et Friedberg (1977). Et comme la zone d'incertitude augmente à mesure que la différence entre ce qui est voulu et ce qui est vécu se creuse (Crozier, 1963), nous mettrons en évidence ce système informel, valorisé par les acteurs, par le biais duquel ils gèrent leurs relations de pouvoir. À travers nos observations, nous avons donc identifié des éléments qui contribuent à la variation et donc à l'élargissement de la zone d'incertitude dans le contexte étudié. Ces éléments sont les perturbations, les brèches, le mécanisme de communication et de partage d'informations non systématiques et la documentation partielle des activités qui sont réalisées durant la chirurgie. Ceux-ci contribuent à modifier les événements et les actions qui se déroulent durant la chirurgie et favorisent l'élargissement de la zone d'incertitude.

7.1 L'impact des perturbations sur la performance de la routine

Deux types d'événements créent de la variation dans la routine chirurgicale. Le premier est la venue d'événements inattendus qui entravent la réalisation de la routine usuelle (perturbation). Le second est l'apparition de périodes de discontinuité dans la réalisation de la routine, en lien avec l'absence d'un acteur ou de communications de sa part, en rapport avec cette absence (brèche). Si ces variations surviennent fréquemment, elles peuvent créer une transformation de la routine, mais cela dépend des résultats qu'elles engendrent sur la performance individuelle et sur l'équilibre du groupe. Dans la routine chirurgicale, les actions individuelles se font presque toujours en combinaison avec celles d'un groupe. Les résultats des gestes posés, lorsque des variations sont introduites, influencent les autres groupes. Les nouvelles actions, ajoutées à la routine, peuvent également contribuer à la construction d'un nouveau répertoire d'actions à succès pour un ou plusieurs groupes d'acteurs.

Dans la réalisation de la chirurgie, l'écart entre ce qui se passe en salle d'opération et le reflet de ces événements dans le dossier médical augmente aussi la zone d'incertitude, puisque celle-ci introduit la possibilité de poser de nouvelles actions qui ne seront pas sanctionnées. Par exemple, la restérilisation rapide de certains instruments, pour assurer leur disponibilité (flash), n'est pas toujours notée au dossier et est souvent utilisée par les infirmières pour répondre aux demandes des chirurgiens. Pourtant, l'utilisation de ce type de stérilisation doit faire l'objet d'une déclaration et être réservée aux situations d'urgence, ce qui n'est pas toujours le cas. Cet écart de conduite a également un impact sur le lien entre le groupe des gestionnaires (qui n'est pas en salle d'opération) et les autres groupes, puisque la majorité des rapports d'activités, qui ont lieu en salle d'opération et qui parviennent aux gestionnaires, proviennent des données du dossier.

7.2 Un cas simple de cholécystectomie

Nos observations, effectuées en salle d'opération, nous ont permis de relever des exemples spécifiques de la routine de réalisation d'une chirurgie. À partir d'un exemple, nous discuterons des constats généraux que nous pouvons tirer de l'observation de la routine chirurgicale dans l'établissement observé.

Nous présentons le cas d'une cholécystectomie (retrait de la vésicule biliaire), effectuée par chirurgie laparoscopique par un chirurgien général. Durant cette intervention chirurgicale, neuf personnes sont intervenues à un moment ou à un autre : deux préposés, deux infirmières en externe, une infirmière auxiliaire (en interne), un chirurgien, un anesthésiste, un inhalothérapeute et une assistante-infirmière. Cette chirurgie s'est déroulée

sans incident ou accident. Le temps opératoire est de 27 min et la durée totale des activités en salle est de 57 min.

Afin de faciliter la compréhension de nos observations, nous présentons le résumé des activités, notées durant la cholécystectomie, dans les figures 18 et 19. Pour de ne pas alourdir la présentation des résultats, nous avons schématisé les activités qui sont réalisées par les acteurs à l'intérieur de la salle où se déroule la chirurgie. Ainsi, dans la figure 18, chaque activité, effectuée par les acteurs, est représentée par une zone ombragée. Les zones, ombragées de manière uniforme, correspondent aux activités usuelles de la routine. Les zones, ombragées avec des pointillés, correspondent aux perturbations qui surviennent durant la réalisation de la chirurgie et qui ne sont pas considérées comme des activités appartenant à la routine chirurgicale. Chaque nouvelle activité, effectuée par l'un ou l'autre des acteurs, crée une nouvelle colonne qui permet de déterminer ce que l'ensemble des acteurs réalisent à ce moment (activités usuelles ou perturbations) et si chacun se trouve toujours dans la salle, au moment où une nouvelle activité est effectuée par l'un ou l'autre des acteurs.

Afin d'identifier les communications verbales qui surviennent entre les acteurs, au moment où ils entrent et sortent de la salle et au moment où surviennent des perturbations et/ou des brèches (absence de la salle), nous présentons les données sous un autre format, dans la figure 19. Les activités usuelles de la routine sont représentées par « A » et les perturbations par « P ». Les communications verbales entre les acteurs précis sont représentées par des zones ombragées. Ces zones sont de différentes intensités si plusieurs conversations ont lieu en même temps (chaque intensité témoigne d'une conversation en cours). Les zones hachurées correspondent aux événements qui ont été rapportés dans la documentation reliée au cas (protocole opératoire, notes de l'infirmière ou de l'anesthésiste).

Dans la figure 19, on remarque, en hachuré, les événements qui sont rapportés dans les notes. On constate que seule une portion des activités y sera reflétée. De plus, il est pertinent de mentionner qu'aucune des activités réalisées par le préposé ne sera rapportée, que les anesthésistes et les inhalothérapeutes remplissent une note commune et que toutes les infirmières complètent conjointement une note dans le dossier. Enfin plusieurs éléments que nous n'avons pas été en mesure d'observer sont notés dans le dossier. En effet, les infirmières décrivent plusieurs actions posées par d'autres dont : l'infiltration anesthésique du site chirurgical, faite par le chirurgien en préopératoire, et les médicaments utilisés pour l'infiltration, les médicaments demandés ou administrés par le chirurgien, le type d'anesthésie, le nom des personnes présentes en salle (bien qu'elles ne mentionnent pas toujours les infirmières qui remplacent durant les pauses, les étudiants et la technicienne en radiologie), la chronologie de la chirurgie (heures d'entrée, de début d'anesthésie, de début d'opération, de fin d'opération, de fin d'anesthésie, de sortie, d'entrée en salle de réveil, de fin de salle de réveil), du type de badigeon utilisé par le chirurgien pour nettoyer la peau du patient. De plus, quatre éléments, validés par les infirmières, se retrouvent au dossier: l'identification du patient, la confirmation du respect de la stérilité, du temps d'arrêt et du décompte complet des

compresses et des instruments. Dans la note de l'inhalothérapeute et de l'anesthésiste, on retrouve également le type de positionnement effectué pour le patient et les protections utilisées, ainsi que toutes les doses de médicaments administrés en anesthésie. En plus des éléments identifiés par l'observation, la note du chirurgien décrira la position du patient, le type d'anesthésie, certains instruments, médicaments et fils utilisés (mais pas tous), la tolérance du patient à l'intervention, les pertes sanguines et le résultat du décompte fait par les infirmières (complet ou non).

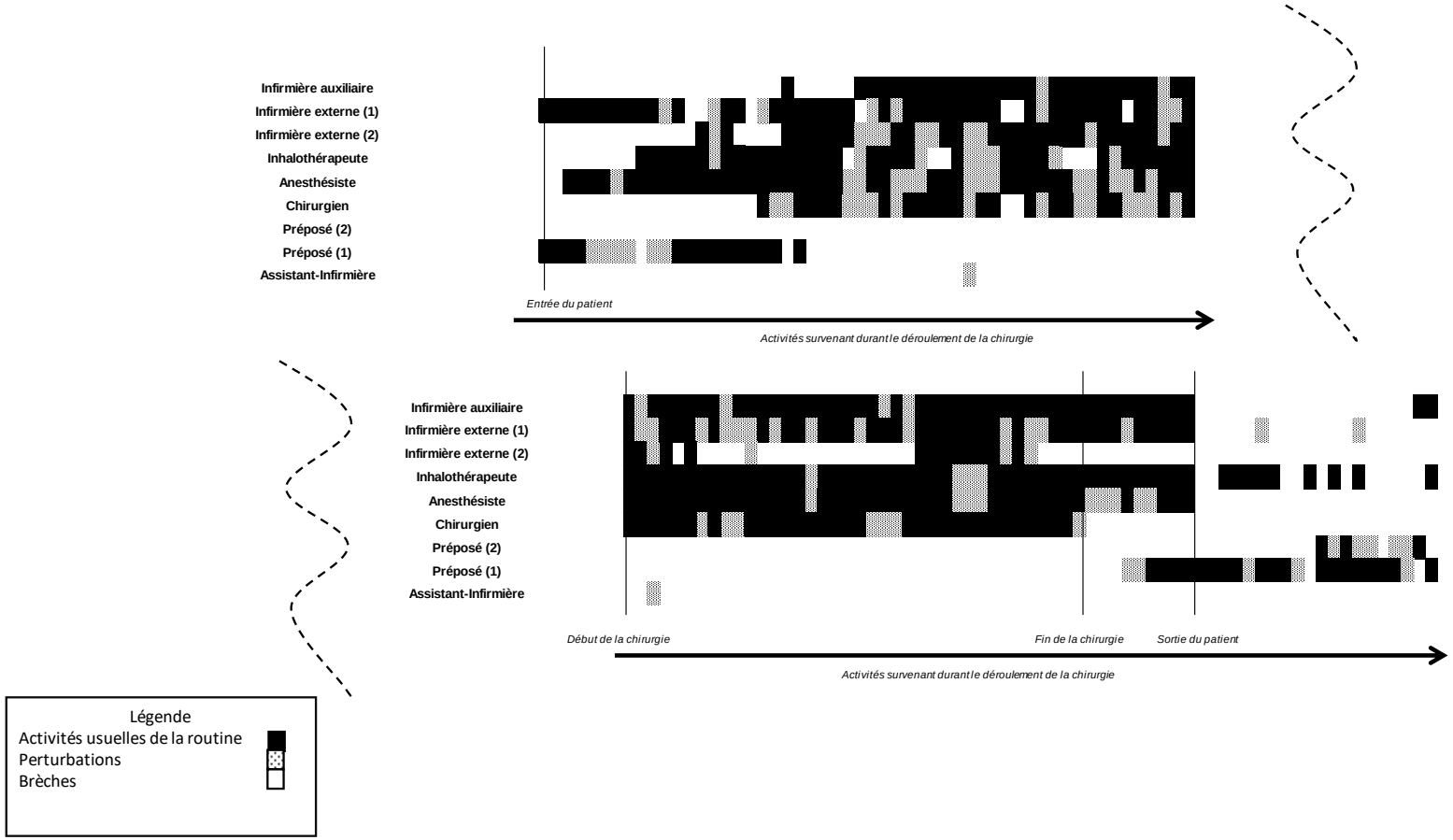


Figure 18. Brèches et perturbations survenues durant un cas de cholécystectomie

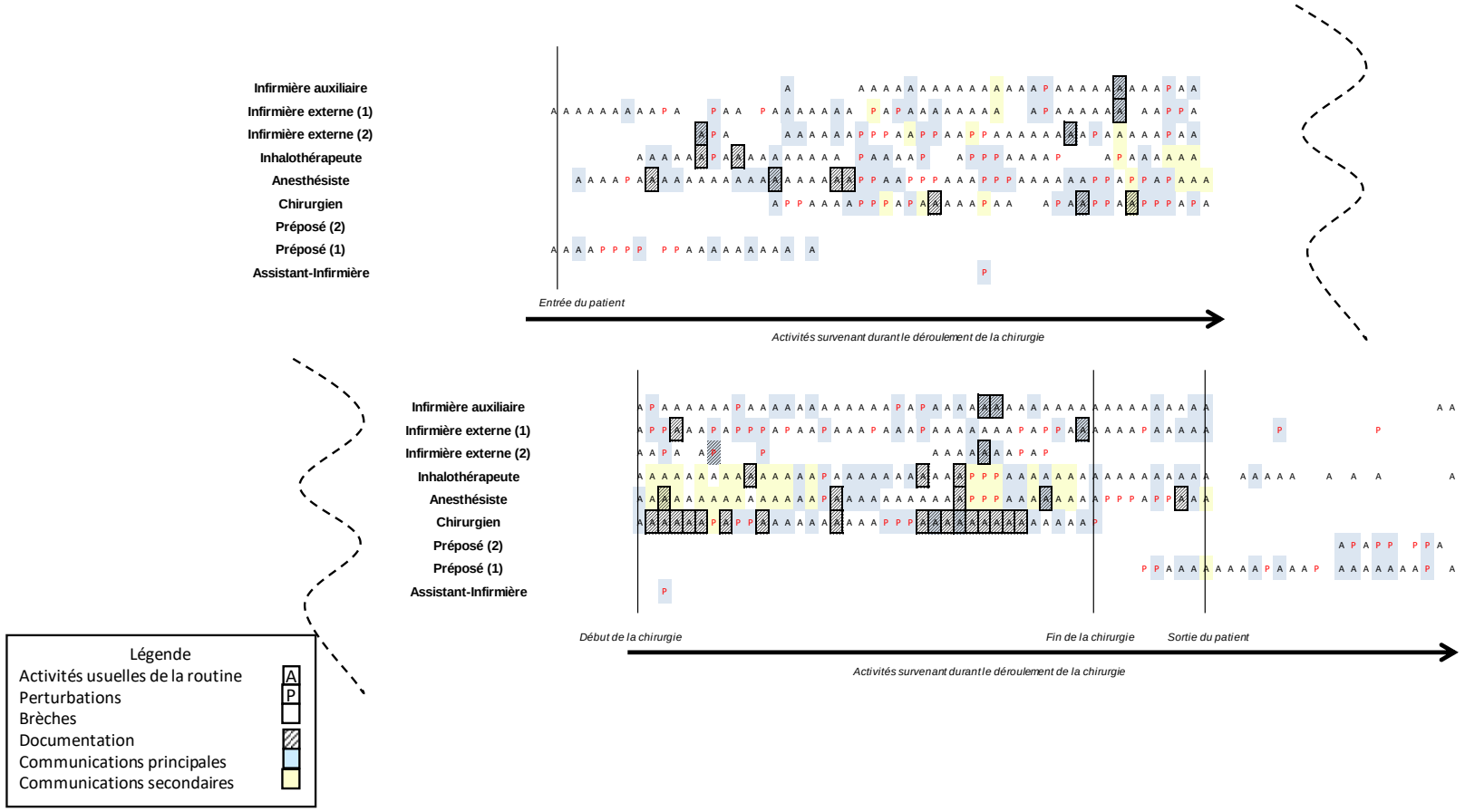


Figure 19. Communications et documentation survenues durant un cas de cholécystectomie

Cette intervention est considérée comme un cas standard, réalisé sans qu'il ne survienne aucun problème et de manière performante en ce qui a trait au temps et à l'atteinte des objectifs. Pourtant, malgré la facilité, avec laquelle s'est déroulée l'intervention, nous sommes en mesure de constater que plusieurs événements créent de la variation dans la routine de réalisation de la chirurgie. Voici les principaux constats qui découlent de l'observation de cette chirurgie.

Le premier constat concerne la présence des acteurs dans la salle durant la chirurgie. En effet, les acteurs entrent et sortent fréquemment de la salle, ce qui provoque des combinaisons différentes d'acteurs qui restent en présence du patient. De plus, cette combinaison d'acteurs évolue de minute en minute. Il y a rarement moins de trois intervenants en même temps dans la salle et, dans l'ordre, l'anesthésiste, l'infirmière en externe et l'inhalothérapeute sont les personnes qui y passent le plus de temps. Mais la présence d'acteurs varie dans le temps. Dans l'exemple présenté dans la figure 18, nous pouvons constater qu'il existe donc des périodes, durant lesquelles la plupart des acteurs, agissant au cours de l'intervention, ne sont pas présents dans la salle, au moment où d'autres acteurs y posent des gestes. Ce sont des brèches qui surviennent dans la réalisation de la routine chirurgicale. L'absence des acteurs ne semble pas compensée par des communications verbales qui témoigneraient d'un échange d'informations sur les activités qui se sont déroulées durant leur absence ou non.

D'ailleurs, les échanges verbaux contribuent à notre deuxième constat. En effet, malgré la complexité des actions, que les acteurs doivent gérer de manière coordonnée, leurs interactions ne sont pas toujours verbales, tel qu'il est démontré dans la figure 19.

Voici deux témoignages qui illustrent les limites de ces communications, même sur le plan clinique.

> *« Je regardais souvent* (le moniteur d'anesthésie) *parce que ce cas-là, je sais pas si tu as remarqué, j'ai regardé plusieurs fois le pouls parce qu'à un moment donné le pouls à monté à 110. Il y a personne qui me l'a dit. Tu sais, ah, ça saigne un peu, on perd du sang et personne m'en parle. Moi, je l'ai vu le pouls. À un moment donné, j'en ai parlé à l'inhalothérapeute. »* (Chirurgien)

> *« L'anesthésiste ne va jamais écrire sa prescription, il va toujours dire : « Si le patient descend en bas de tant, genre, tu lui donnes »...*
> *Q – Puis toi, tu l'écris-tu en ordre verbal? Ou, comment tu le notes...?*
> *R – Non, ici, ce n'est pas... ce n'est même pas noté en ordre verbal...*
> *Q – Ça a été donné, puis c'est tout...?*
> *R – Oui. »* (Inhalothérapeute)

Le système de communications verbales entre les acteurs n'est pas systématique.

Nous présentons quatre extraits de nos observations qui permettent d'illustrer cette situation.

Extrait d'observation et de conversations au moment de la perte dune aiguille :

Lors de la perte de l'aiguille, le chirurgien et l'infirmière en interne constatent l'événement et poursuivent l'opération. L'infirmière en externe s'approche de la table, les voyant chercher quelque chose.

« Elle doit être à quelque part… Je sais pas… » (Chirurgien)

Le chirurgien poursuit l'opération. L'infirmière externe se recule et regarde un peu autour.

« Il faudrait aller chercher des gens pour retrouver l'aiguille » (faisant allusion au préposé). (Infirmière interne)

Le chirurgien jette un bref coup d'œil autour, puis reprend ses activités.

« Regarde donc sous ton tapis s'il n'y aurait pas une aiguille de l'autre bord. Je n'ai rien vu de mon bord. Il n'y a rien à terre, mais dans le champ il y a des replis. » (Infirmière en externe)

Pendant ce temps, le chirurgien continue d'opérer. L'infirmier en interne continue de l'assister en regardant brièvement autour. L'infirmière en externe, elle, réévalue l'endroit déjà inspecté et attend d'autres instructions.

Cet extrait démontre que, malgré la survenue d'un incident, les communications restent brèves et les activités usuelles de la routine se poursuivent.

Extrait d'observation du travail d'équipe en salle

Dans la salle, tous les intervenants sont présents autour du patient en début d'intervention : l'anesthésiste, l'inhalothérapeute, le chirurgien et les deux infirmières de la salle. Le chirurgien vérifie son téléavertisseur et analyse par la suite ses notes au dossier. Une infirmière prépare la table et les instruments. L'autre infirmière installe les équipements et prépare le patient. L'inhalothérapeute ventile le patient et assiste l'anesthésiste. L'anesthésiste prépare ses médicaments et intube le patient. Aucun échange n'a lieu sur le plan verbal.

Cet extrait démontre que durant la réalisation de toutes ces activités, il n'y a aucune communication, permettant de coordonner les activités de ces professionnels ou de partager de l'information aux autres groupes.

Extrait de conversations durant un cas

« Est-ce que je lui donne? (seringue d'infiltration) *»* (Infirmière interne qui s'adresse à l'infirmière externe)

« Là, vu qu'il a fait un « TAP », je sais pas… » (Infirmière externe qui s'adresse à l'infirmière interne)

« Infiltres-tu? » (Infirmière externe qui s'adresse au chirurgien)

« Oui » (Chirurgien)

Cet extrait démontre la réticence des infirmières à communiquer directement avec le chirurgien. Même si le chirurgien est témoin de cette conversation, il ne s'y engage que lorsqu'il est sollicité.

Extrait de conversations au moment d'appeler un patient pour sa chirurgie

« Pour la vasectomie, on prend quoi? » (Infirmière)
« Hein? » (Infirmière, responsable de la salle)
« La vasectomie, tu n'as pas vu ça sur le programme? » (Infirmière)
« Non, je ne l'avais pas vu…. » (Infirmière, responsable de la salle)
« Parce que je voulais savoir de quoi il a besoin… Il n'a pas besoin de grand-chose mais… » (Infirmière)
« On lui demandera… » (Infirmière, responsable de la salle)
« Une paire de pinces, une lame… Je sais pas comment ils font ça? » (Infirmière)
« Ben moi non plus… » (Infirmière, responsable de la salle)
« Je sais pas comment il fait? Les coud-il ensemble côte à côte? » (Infirmière)
« Je ne sais pas… » (Infirmière, responsable de la salle)

Cet extrait démontre que même les conversations entre les acteurs, concernant les besoins reliés à la chirurgie (matériel, technique), sont limitées. Dans ce cas, le personnel n'avait pas les connaissances nécessaires pour effectuer cette chirurgie et le chirurgien n'avait pas réalisé que le personnel avait besoin de cette formation. De plus, les communications sur les chirurgies à réaliser ne sont pas transmises de manière organisée envers le personnel qui en aurait besoin pour réaliser les activités reliées à leur travail.

Aussi, non seulement les communications sont limitées entre les acteurs, mais ces échanges verbaux ne sont pas symétriques entre tous les groupes d'acteurs. Ainsi, le préposé communique surtout avec l'infirmière en externe et l'anesthésiste, mais rarement avec le chirurgien. L'infirmière en externe et celle en interne communiquent surtout avec l'infirmière en interne et celle en externe respectivement, de même qu'avec le chirurgien. Alors que l'inhalothérapeute communique surtout avec l'anesthésiste et occasionnellement avec l'infirmière en externe, l'anesthésiste, lui, communique principalement avec l'inhalothérapeute et le chirurgien. Le chirurgien communique ainsi surtout avec l'infirmière en externe et l'anesthésiste. Nous ne sommes pas en mesure de déterminer si ces patterns de communications sont directement reliés aux brèches de présence en salles. Toutefois, il ne semble pas y avoir de communications verbales d'emblée lorsqu'un acteur revient dans la salle après une période d'absence. Pourtant, ces communications permettraient de réduire les erreurs.

« Q – Quelle est la meilleure façon d'éviter les erreurs?

R –Ça serait de peut-être perfectionner notre communication… Si le patient a quelque chose de spécifique, s'assurer de le dire à toute l'équipe : au chirurgien, aux infirmières et tout ça. Que le message se suive là jusqu'à la salle de réveil et jusqu'à l'étage… Parce que les messages, ça se perd. Des fois, tu vas le dire à une infirmière, mais cette infirmière-là s'en va dîner, ça fait que c'est une autre qui arrive, donc peut-être que le message a pas été fait à quelque part. » (Anesthésiste)

Le troisième constat concerne les perturbations à la routine. Elles surviennent fréquemment et apparaissent à toutes les étapes (de la préparation à la réalisation de la chirurgie, ainsi qu'après la chirurgie), tel qu'il a été présenté dans la figure 18. De plus, les perturbations n'entraînent pas nécessairement d'échanges d'informations ou de communications verbales entre les membres de l'équipe, tel qu'il a été démontré dans la figure 19.

Le tableau 16, extrait du même exemple, démontre les types de perturbations qui peuvent survenir durant la chirurgie. On retrouve ainsi des perturbations techniques (mauvais matériel, manque de matériel, dysfonctionnement du matériel, demande spéciale de matériel ou matériel contaminé), logistiques (vérifications, gestion des pauses et des dîners, changement au programme, correction d'une manœuvre, tâche effectuée à un moment inopportun, appel en salle), interactionnelles (discussions, demandes d'explications, validation d'informations, ordonnances verbales, réalisation des tâches déléguées par un autre acteur) et accidentelles (perte d'une aiguille, échec et interruption de la chirurgie, saignement).

Tableau 16. Perturbations de la routine chirurgicale durant un cas de cholécystectomie

ANESTHÉSISTE

Discussion personnelle avec le chirurgien
Discussion avec l'inhalothérapeute
Cherche des informations dans le dossier
Va chercher des feuilles manquantes dans le dossier
Discute d'un cas
Confirme que le tube est débranché mais s'étonne que rien ne sonne et rebranche le tube
Interactions sur la problématique et la vigilance du chirurgien
Discute de la problématique du tube
Discute du prochain cas
Débranche les appareils chirurgicaux et les range
Couvre le patient
Met la jaquette propre sur le patient
Retire la courroie et réajuste les couvertures

CHIRURGIEN

Discute avec le chercheur
Fait des grimaces devant la caméra
Ajuste ses équipements
Discute de manière personnelle avec l'anesthésiste
Valide l'ordre des cas
Aquiesce aux informations données par l'infirmier
Demande des débarbouillettes aux infirmiers
Avise l'infirmière de la manière de monter l'équipement
Avise l'anesthésiste que le tube endotrachéal est débranché
Interactions sur la problématique et la vigilance du chirurgien
Discute de la problématique du tube
Discute durant qu'il effectue ses activités
Demande à l'ansthésiste de positionner la table pour la portion laparoscopique
Demande à l'infirmier d'ajuster les appareils
Demande de repositionner la table
Avise l'infirmière de la bonne façon de monter les instruments
Demande d'ajuster les paramètres des équipements et de trouver un matériel manquant
Demande à l'infirmière auxiliaire de changer de place
Demande de remonter la table
Discute sur le succès de la procédure avec l'inhalo et l'anesthésiste
Avise l'inhalo de sa découverte sur le tube débranché

INFIRMIÈRE EXTERNE

Demande au préposé de ressortir le Fast Écho, car ce n'est pas pour tout de suite
Ajuste les paramètres des équipements et cherche le matériel manquant
Aide l'infirmière à chercher l'opsite, puis constate qu'elle a ce qu'elle cherche
Doit aviser le chirurgien de la disponibilité du matériel dans les caissons
Doit confirmer les modalités des appareils
Doit confirmer le matériel
Confirme que les équipements sont installés et se justifie sur le temps pris pour le faire
Demande à l'autre infirmière qui a des gants de ramasser un capuchon sur le sol
Demande au préposé d'apporter une jaquette
Discute des pauses
Donne le matériel stérile et commente le montage de l'équipement
Doit donner les informations requises sur le matériel à l'infirmière auxiliaire
Enjambe la poubelle qui obstrue la passage
Parle au téléphone pour une problématique
Prend part à une conversation personnelle
Demande au préposé de ne pas sortir les équipements, car le prochain cas sera identique
Discute de l'ordre des cas avec le chirurgien
Doit expliquer à l'infirmière la requête du chirurgien
Ouvre la porte et constate que le ménage n'est pas terminé
Donne l'équipement demandé à l'infirmière en interne
Reçoit l'appel du poste et avise l'inhalo et l'anesthésiste du prochain cas et en discute
Avise le chirurgien d'un endroit manquant dans le lavage de la plaie
Se met un gant, ramasse un instrument qui est tombé à terre et se lave les mains
Valide les informations sur les diners
Entre dans la salle avec un médicament
Discussion sur la recherche de matériel
Cherche du matériel dans le chariot de fil
Met des gants et cherche son matériel pour installation de la sonde
Enlève ses gants et aide le chirurgien à enlever les couvertures en trop et à réinstaller la courroie
Répond au téléphone et transmet les informations aux infirmiers
Va chercher des débarbouillettes pour essuyer le patient qui a été souillé
Essui le patient
Interagit sur le tube débranché et la vigilance du chirurgien
Demande une question sur le matériel
Communique la demande d'information sur les diners
Demande à l'autre infirmier s'il a besoin d'aide pour installer les appareils (s'inquiète du délai)
Cherche le matériel manquant
Ramasse un capuchon sur le sol
Cherche l'opsite en spray et réalise que son collègue l'a dans les mains

INHALOTHÉRAPEUTE

Participe à une conversation personnelle
Recherche de matériel dans le chariot
Aide à enlever les couvertures
Discute d'un cas
Discussion avec l'anesthésiste
Va chercher le médicament demandé et manquant
Est avisé du prochain cas par l'infirmier en externe et en discute
Vérifie les tubulures et l'appareil

PRÉPOSÉ

Ajoute une couverture chaude sur le patient, car il fait froid
Constate que la succion n'a pas été changée, retire le récipient et le sort
Discute sur la lourdeur du travail en lavant le plancher
Écoute la requête de l'infirmier et sort de la salle chercher un équipement manquant
Écoute la requête de l'infirmier et sort de la salle rapporter un équipement non nécessaire
Informe l'équipe que la prochaine patiente n'est pas disponible
Reçoit un appel et confirme sa localisation
Sort chercher une jaquette propre
Sort de la salle pour aller chercher une couverture manquante
Identifie les équipements manquants et sort les chercher (succion, sacs, couvertures)
Constate qu'il fallait deux succions et non une et en informe l'autre préposé
Range le rouleau et sort pour aller chercher le récipient manquant de la succion
Installe le récipient de la succion manquante
Reçoit un appel et confirme qu'il sera disponible bientôt

AUTRE INFIRMIÈRE

Entre durant la procédure pour discuter d'un cas
Demande de l'informations sur les diners

INFIRMIÈRE INTERNE

Remonte l'équipement en tenant compte de la demande du chirurgien
Confirme que c'est le bon matériel
Demande un instrument manquant
Aquiesce à la demande du chirurgien
Change de place
Demande des informations sur le matériel

Le dernier constat, émanant de nos observations de cette chirurgie, concerne la documentation de ce qui se passe durant le déroulement de la chirurgie. Les documents usuels qui témoignent de l'ensemble des activités, qui ont eu lieu durant la réalisation de la chirurgie, se résument à : la note de l'infirmière de salle d'opération; la feuille témoignant de la liste des éléments validés lors du temps d'arrêt; la feuille témoignant du compte et du décompte des compresses et des instruments; la note de l'anesthésiste et de l'inhalothérapeute (commune); et le protocole opératoire qui décrit, étape par étape, les actes effectués par le chirurgien (un résumé est disponible dans la note manuscrite du chirurgien, puisque le protocole opératoire doit être dicté et transcrit avant d'être disponible dans le dossier). De manière générale, les notes sont de nature quantitative et contiennent de l'information précise sur les heures, les doses de médicaments, le nombre d'instruments et de matériel utilisé, les personnes spécifiques en salle. Pourtant certains détails sont absents ou rarement détaillés, tels que les problématiques survenues durant le cas et résolues, les personnes qui sont venues remplacées durant les pauses et les dîners, les assistants et les stagiaires, l'état du patient.

Voici de manière plus spécifique ce que contiennent les documents décrits au préalable. Les notes des infirmières contiennent les données suivantes : coordonnées du patient; lieu, date et heures de chaque étape de la chirurgie, nom des infirmières, nom de l'anesthésiste, nom de l'inhalothérapeute et nom du chirurgien en salle; type d'identification faite pour valider l'identité du patient; type d'anesthésie reçue par le patient; positionnement du patient durant l'intervention; diagnostic et intervention planifiée; allergies; classe de la chirurgie (détermine le niveau potentiel d'infection); disposition du spécimen (tissu ou organe prélevé); pertes sanguines; présence de drains et de sonde; site d'installation de la plaque du cauthère et du garrot; désinfectant utilisé; médicaments donnés par l'infirmière ou le chirurgien; confirmation de la vérification des paramètres de stérilité.

La liste du temps d'arrêt confirme la vérification de : bon patient, bon côté, bonne intervention, allergies, disponibilité des implants et des radiographies en salle, désir et réception des antibiotiques et des anticoagulants, ainsi que leur nature. Le compte et le décompte des instruments ciblent le nombre de compresses, d'aiguilles et d'instruments, comptés en début et en fin d'intervention, et la confirmation de l'exactitude du compte par les infirmières interne et externe.

La note de l'anesthésiste comprend les coordonnées du patient, la chirurgie effectuée, la date et le lieu de l'intervention (salle), les noms de l'anesthésiste, de l'inhalothérapeute et du chirurgien, les médicaments reçus (agents intraveineux, relaxants neuromusculaires, épidurale et autres), le type d'inhalation et la ventilation prodiguée, les accès intraveineux installés, la position du patient et les protections utilisées pour éviter les plaies de lit durant l'immobilisation du patient, la gestion des voies aériennes avec le détail des constatations, les pertes sanguines et le remplacement volumétrique effectué, le jeûne estimé, les conditions

de l'émergence de l'anesthésie et les paramètres hémodynamiques (tension artérielle et pouls) mesurés aux 15 min.

La note du chirurgien comprend les coordonnées du patient, le diagnostic pré et postopératoire, la chirurgie proposée et réalisée, le type d'anesthésie, le nom du chirurgien, le positionnement du patient et la désinfection utilisée, le drapage des champs stériles, la description technique de l'opération effectuée, détaillant les instruments et le matériel utilisé, ainsi que les plans anatomiques, le type de pansement utilisé, la tolérance du patient à l'intervention, les pertes sanguines et le résultat du décompte des compresses et instruments.

La plupart des informations sont détaillées dans un style télégraphique et contiennent peu d'éléments subjectifs. Le transfert des informations entre les différents professionnels, qui interviennent dans les soins, n'est pas noté au dossier, mis à part les éléments qui ont été validés par l'équipe en salle au moment du temps d'arrêt. Il n'est donc pas possible de savoir, à partir du dossier, si les informations, notées par chacun, ont été communiquées aux autres. Aussi, les discussions qui ont eu lieu avec le patient ou non ne sont pas précisées.

> *«Q- La divulgation au patient…Qui a la responsabilité de lui dire?*
> *R – Je le sais pas si c'est dit au patient, mais c'est écrit dans son dossier. »* (Assistant-chef)

Les événements de la routine, qui sont décrits dans le dossier médical, ne reflètent donc pas tout ce qui se passe en salle d'opération durant une chirurgie. Afin de démontrer le phénomène observé plus en détail, reprenons notre exemple du cas de cholécystectomie. Lorsque nous comparons la documentation, qui constitue le dossier médical relativement à ce cas, nous constatons que seulement certains éléments seront décrits dans le dossier.

Le tableau 17 reflète de manière plus détaillée les activités de la routine et les perturbations qui seront notées dans le dossier.

Tableau 17. Routine et perturbations reflétées dans le dossier médical

ANESTHÉSISTE

Sort la civière
Prépare ses médicaments
Entre dans la salle avec un médicament
Installe le soluté
Discute
Informe le patient de la procédure à venir
Demande au préposé d'ajuster le bras du patient
Prépare le patient en discutant
Injecte les médicaments
Attend
Assiste l'inhalo
Intube le patient
Surveille le patient
Discussion personnelle avec le chirurgien
Rédige le dossier
Préparation du matériel et des médicaments
Cherche des informations dans le dossier
Entre dans la salle avec des feuilles
Discute d'un cas
Prend les seringues et le matériel dans son chariot
Valide les informations du patient
Confirme que le tube est débranché mais s'étonne que rien ne sonne et rebranche le tube
Interactions sur la problématique et la vigilance du chirurgien
Discute de la problématique du tube
Surveille le patient
Autorise le début
Positionne la table
Discute du prochain cas
Attend
Surveille les paramètres hémodynamiques
Se prépare à réveiller le patient
Injecte des médicaments pour le réveil
Débranche les appareils chirurgicaux et les range
Couvre le patient
Met la jaquette propre sur le patient
Retire la courroie et réajuste les couvertures
Transfert le patient
Autorise le transfert
Prend la civière à la tête et sort avec le patient

CHIRURGIEN

Entre dans la salle et salue tout le monde
Attend
Vérifie le dossier
Confirme le matériel
Ajuste ses équipements
Discussion personnelle avec l'anesthésiste
Valide l'ordre des cas
Prépare des médicaments
Aquiesce aux informations données par l'infirmier
Fait le badigeon pré-infiltration
Fait l'infilration sous Fast écho
Demande des débarbouillettes aux infirmiers
Va jeter ses seringues dans le chariot de l'anesthésiste
Ajuste les lumières
Révise le dossier
Sèche ses mains
Avise l'infirmière de la manière de monter l'équipement
Demande à l'anesthésiste de donner de l'héparine 5000 U s/c
Demande le temps d'arrêt
Effectue le badigeon
Avise l'anesthésiste que le tube endotrachéal est débranché
Interactions sur la problématique et la vigilance du chirurgien
Met sa blouse et ses gants
Effectue le drapage des champs
Avise l'inhalo de sa découverte sur le tube débranché
Discute de la problématique du tube
Finalise le drapage
Effectue l'installation du matériel
Demande à l'infirmier d'ajuster les appareils
Installe l'équipement
Demande s'il peut commencer
Fait l'incision
Opère
Demande à l'anesthésiste de positionner la table pour la portion laparoscopique
Avise l'infirmière de la bonne façon de monter les instruments
Demande d'ajuster les paramètres des équipements et de trouver un matériel manquant
Demande de repositionner la table
Demande à l'infirmière auxiliaire de changer de place
Demande à l'infirmier externe d'ouvrir les lumières
Demande de remonter la table
Ferme les plaies
Avise du pansement qu'il prendra
Lave la plaie avec de l'eau qui dégouline partout
Fait le pansement
Demande de mettre l'opsite en spray
Retire sa blouse
Se retire de la table
Discute sur le succès de la procédure avec l'inhalo et l'anesthésiste et sort

INFIRMIÈRE EXTERNE

Entre dans la salle avec le chariot d'instruments et
Replace les tables et les équipements déplacés durant le nettoyage
Ouvre le chariot
Ajuste le chariot d'équipement
Vérifie le chariot d'équipement
Approche le chariot de caissons
Transfer les caissons et le matériel sur les tables
Demande au préposé d'aller chercher le Fast Écho
Demande au préposé de ressortir le Fast Écho car ce n'est pas pour tout de suite
Prend part à la conversation personnelle
Se lave les mains
Valide les rôles
Sèche ses mains
Déballe le matériel stérile
Attend
Valide la demande du chirurgien
Vérifie et complète son matériel
Discute de l'ordre des cas avec le chirurgien
Habille l'infirmière
Avise le chirurgien de la disponibilité du matériel dans les caissons
Donne le matériel stérile
Effectue le temps d'arrêt
Entre dans la salle et avise d'un besoin
Commente le montage de l'équipement
Fait le décompte des compresses et instruments
Entre dans la salle avec une bouteille d'eau stérile et attend pour la verser
Donne l'eau stérile
Branche les équipements
Confirme que le matériel est complet
Branche les appareils
Confirme les modalités des appareils
Range les caissons
Donne l'équipement demandé à l'infirmière en interne
Valide les informations sur les diners
Installe la plaque de cauthère
Installe le matériel
Confirme que les équipements sont installés et se justifie
Explique à l'infirmière la requête du chirurgien
Ajuste les paramètres des équipements et cherche le matériel manquant
Discute des pauses
Enjambe la poubelle qui obstrue la passage à répétition
Déplace du matériel pour faire de l'espace
Rédige des notes
Reçoit l'appel du poste et avise l'inhalo et l'anesthésiste du prochain cas et en discute
Appel le prochain cas
Se met un gant, ramasse un instrument qui est tombé à terre et se lave les mains
Ouvre les lumières
Débranche les appareils
Donne les informations requises sur le matériel à l'infirmière auxiliaire
Entre dans la salle avec du matériel et le donne à l'infirmière auxiliaire
Retire les appareils
Valide si le préposé a été appelé
Attend le moment opportun, retire le matériel de sur la table (caméra et câbles) et les range
Range le matériel
Range les caissons et les instruments dans le chariot
Demande à l'autre infirmière qui a des gants de ramasser un capuchon sur le sol
Attend avec l'opsite en spray dans les mains (pour finaliser le pansement)
Aide l'infirmière à chercher puis constate qu'il a ce qu'elle cherche
Regarde le chirurgien laver la plaie et l'avise d'un endroit manquant
Met l'opsite en spray
Range le matériel restant dans les caissons
Dispose du matériel jetable
Avise le poste par téléphone de la fin de la chirurgie
Couvre le patient
Demande au préposé d'apporter une jaquette
Assiste l'anesthésiste pour installer la jaquette
Réajuste les couvertures
Enveloppe le patient pour le transfert
Transfert le patient
Sort rejoindre le patient avec les notes
Demande au préposé de ne pas sortir les équipements car le prochain cas sera identique
Ouvre la porte et constate que le ménage n'est pas terminé
Confirme au préposé l'installation de la courroie
Conversation personnelle
Confirme l'installation du patient
Installe les équipements
Valide la demande du chirurgien
Prépare le patient
Discussion sur la recherche de matériel

Cherche du matériel dans le chariot de fil
Cherche son matériel pour installation de la sonde
Positionne la patient pour installer la sonde
Installe la sonde
Enlève ses gants et aide le chirurgien à enlever les couvertures en trop et à réinstaller la courroie
Répond au téléphone et transmet les informations aux infirmiers
Inscrit des informations au dossier
Va chercher les débarbouillettes pour essuyer le patient
Essuie le patient
Approche les équipements et les branche
Donne les gants et le badigeon au chirurgien
Valide les informations du dossier
Rédige des notes
Interactions sur la problématique et la vigilance du chirurgien
Habille le chirurgien
Aide le chirurgien pour le drapage
Entre des informations dans l'ordinateur
Demande une question sur le matériel
Se déplace dans la salle
Donne les produits à l'infirmière en interne
Communique la demande d'information sur les diners
Range les caissons
Entre avec un pot de pathologie et en fait l'étiquetage
Demande à l'autre infirmier s'il a besoin d'aide pour installer les appareils (s'inquiète du délai)
Entre et cherche le matériel manquant
Discute des pauses
Entre dans la salle avec du matériel et l'ouvre
Prend du matériel dans le chariot de l'anesthésiste
Confirme qu'elle va appeler après le décompte
Effectue le décompte des compresses et des instruments
Donne le pansement
Ramasse un capuchon sur le sol

INFIRMIÈRE INTERNE

Sèche ses mains
Se prépare
S'habille
Met ses gants
Prépare le matériel stérile
Monte l'équipement en tenant compte de la demande du chirurgien
Met les gants au chirurgien
Fait le décompte des compresses et instruments
Aide le chirurgien pour le drapage
Approche le matériel stérile
Aide à l'installation du matériel
Confirme le matériel
Prépare les produits
Installe le matériel
Demande un instrument manquant
Assiste le chirurgien
Acquiesce à la demande du chirurgien
Donne les instruments au chirurgien
Change de place
Range le matériel
Demande des informations sur le matériel
Prend le matériel demandé
Ramasse le matériel

Demande le pansement
Sépare les instruments de la fermeture des autres
Confirme le pansement désiré
Attend
Se déplace devant la plaie pour compléter le pansement
Termine le pansement
Retire les champs et le reste des instruments
Range le matériel restant
Éloigne le chariot afin de libérer l'espace autour du patient
Range les instruments restants dans le chariot
Referme le chariot contenant les instruments souillés et se prépare à le sortir
Se met aux pieds du patient pour le transfert
Transfert le patient
Rédige les notes et les donne à l'infirmier
Sort avec le chariot de matériel souillé

INHALOTHÉRAPEUTE

Va chercher un médicament
Fait le pansement du soluté
Ajuste l'appareil d'anesthésie
Installe le monitoring
Conversation personnelle
Valide le positionnement du bras
Ventile le patient
Assiste l'anesthésiste
Sort chercher le Fast Écho et le rentre
Rédige le dossier
Aide à enlever les couvertures
Cherche du matériel dans le chariot
Discute d'un cas
Vérifie son chariot
Sort de la salle pour chercher le médicament demandé
Entre avec le médicament et le prépare
Vérifie les tubulures et l'appareil
Confirme le bon positionnement en regardant la hauteur de l'autre côté du champ
Est avisée du prochain cas par l'infirmier en externe et en discute
Change le soluté
Vérifie le soluté
Remonte la table
Surveille les paramètres hémodynamiques
Discute avec l'anesthésiste
Se prépare à réveiller le patient
Assiste l'anesthésiste
Vérifie l'état du patient
Réajuste les couvertures
Surveille l'état du patient
S'occupe de la ventilation durant le transfert
Change le matériel souillé pour du matériel propre
Discute du planning du prochain cas
Ajuste l'appareil d'anesthésie
Va chercher du matériel
Rempli le chariot d'anesthésie avec du matériel
Prépare le matériel sur le chariot

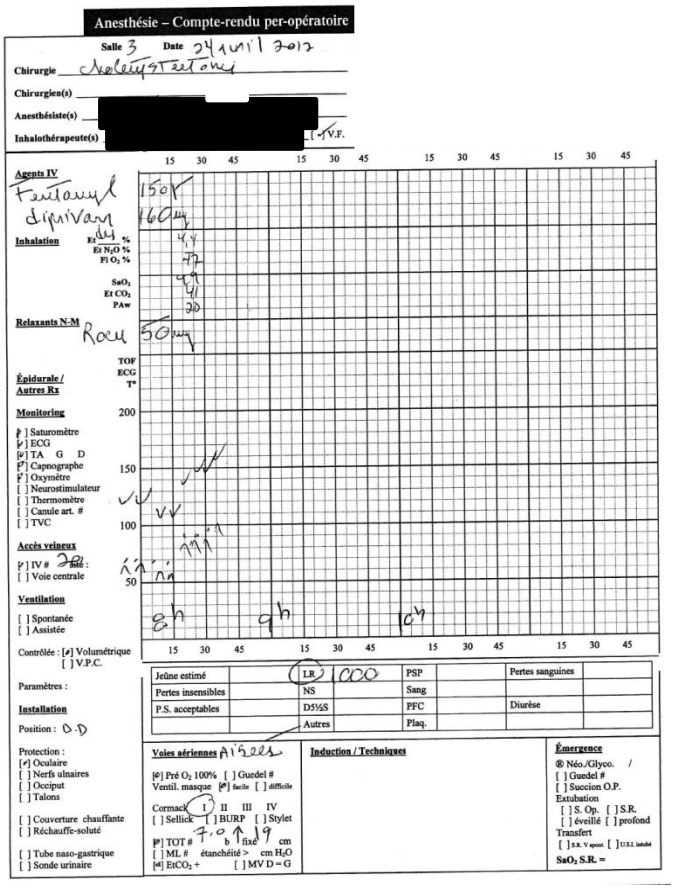
PRÉPOSÉ

Détache la jaquette de la patiente
Attend que la patiente se transfère
Sort la civière
Installe les couvertures sur la patiente

Ajoute une couverture chaude sur la patiente
Écoute la requête de l'infirmier
Entre dans la salle avec le Fast Écho
Écoute la requête de l'infirmier et sort de la salle avec le Fast Écho
Attend dans la salle
Installe la courroie sur le patient
Confirme avec l'infirmière l'installation de la courroie
Ajuste le bras du patient
Ajuste les couvertures
Valide le positionnement du bras
Confirme avec l'infirmière l'installation du patient
Sort chercher une jaquette
Informe l'équipe que la prochaine patiente n'est pas disponible
Assiste l'anesthésiste pour mettre la jaquette
Ouvre la porte et fait entrer la civière
Approche la civière
Met le rouleau
Transfert le patient
Prend la civière au pied et sort avec le patient
Ramasse les couvertures souillées
Ramasse les deux sac de vidanges (papier et matériel contaminé) et le sort
Ramasse le sac de vêtements souillés et le sort
Entre avec la vadrouille et du désinfectant
Verse du désinfectant sur le plancher
Commence à laver toutes les surfaces et appareils avec un linge
Discute du planning du prochain cas
Reçoit un appel et confirme sa localisation
Lave toutes les surfaces et appareils avec un linge sans les déplacer
Lave le plancher avec la vadrouille
Constate que la succion n'a pas été changée, retire le récipient et le sort
Discute des activités à compléter pour le nettoyage et l'installation avec l'autre préposé
Lave le plancher en déplaçant les tables d'instruments
Demande les équipements manquants
Discute sur la lourdeur du travail
Replace la table d'opération
Installe les couvertures propres
Complète le nettoyage à la main des endroits souillés visibles
Range la courroie et identifie les équipements manquants
Sort chercher les équipements manquants(succion, sacs, couvertures)
Entre avec les sacs de poubelle, les couvertures et la succion et commence leur installation
Constate qu'il fallait deux succions et non une et en informe l'autre préposé
Range le rouleau et sort pour aller chercher le récipient manquant de succion
Installe le récipient de la succion manquante
Complète l'installation des sacs de poubelle
Reçoit un appel et confirme qu'il sera disponible bientôt

Légende

Activités usuelles de la routine	a	Perturbations	a	Documentation	☐



Anesthésie – Compte-rendu per-opératoire

Salle 3 Date 24 avril 2012

Chirurgie Cholecystectomie

Chirurgien(s)

Anesthésiste(s) [redacted]

Inhalothérapeute(s) [redacted] [ ] V.F.

Agents IV: Fentanyl, Diprivan

Inhalation: Et Des %, Et N_2O %, FI O_2 %

SaO_2, Et CO_2, PAw

Relaxants N-M: Rocu

TOF, ECG, T°

Épidurale / Autres Rx

Monitoring: [✓] Saturomètre, [✓] ECG, [✓] TA G D, [✓] Capnographe, [✓] Oxymètre, [ ] Neurostimulateur, [ ] Thermomètre, [ ] Canule art. #, [ ] TVC

Accès veineux: [✓] IV # 20 Site :, [ ] Voie centrale

Ventilation: [ ] Spontanée, [ ] Assistée

Contrôlée : [✓] Volumétrique, [ ] V.P.C.

Paramètres :

Installation

Position : D.D

Protection : [✓] Oculaire, [ ] Nerfs ulnaires, [ ] Occiput, [ ] Talons, [ ] Couverture chauffante, [ ] Réchauffe-soluté, [ ] Tube naso-gastrique, [ ] Sonde urinaire

Jeûne estimé		LR	000	PSP		Pertes sanguines	
Pertes insensibles		NS		Sang			
P.S. acceptables		D5½S		PFC		Diurèse	
		Autres		Plaq.			

Voies aériennes Aérées: [✓] Pré O_2 100% [ ] Guedel # Ventil. masque [✓] facile [ ] difficile; Cormack I II III IV; [ ] Sellick [ ] BURP [ ] Stylet; [✓] TOT # 7.0 b fixé 19 cm; [ ] ML # étanchéité > cm H_2O; [✓] $EtCO_2$ + [ ] MV D = G

Induction / Techniques

Émergence: ® Néo./Glyco. / [ ] Guedel # [ ] Succion O.P. Extubation [ ] S. Op. [ ] S.R. [ ] éveillé [ ] profond Transfert [ ] S.R. V spont. [ ] U.S.I. intubé; SaO_2 S.R. =

Rapport final : **Date de l'opération** : Le 24 avril 2012.

Diagnostic pré-opératoire : Cholélithiase symptomatique.

Diagnostic post-opératoire : Idem.

Opération projetée : Cholécystectomie.

Opération pratiquée : Idem.

Genre d'anesthésie : Générale.

Technique : Patiente amenée en salle d'opération en décubitus dorsal sous anesthésie générale, badigeon de l'abdomen avec Chlorhexidine, un tap bloc est fait, mise en place des champs stériles.

Incision cutanée infra-ombilicale, ouverture de l'aponévrose, du péritoine sur la ligne médiane, insertion du trocart de Hasson sous vision directe et création d'un pneumo-péritoine à 15 HCG, insertion de la caméra, sous vision directe insertion d'un trocart de 10 mm à l'épigastre, un de 5 mm à l'hypocondre droit, un de 5 mm au flanc droit.

La vésicule biliaire est visualisée, elle n'est pas inflammatoire, elle se dissocie très bien des structures environnantes,nous voyons le canal cystique et le cholédoque par transparence.

Une deuxième pince est appliquée sur la poche de Hartmann, dissection du triangle de Calot avec la pince Maryland ainsi qu'avec le crochet. Le canal cystique ainsi que l'artère cystique sont individualisés et divisés séparément sur des clips.

Deux ou trois clips supplémentaires sont placés au niveau du lit vésiculaire de façon à parfaire l'hémostase. La vésicule est libérée de son lit avec le crochet puis déposée dans un endosac. Révision du champ opératoire avec lavage et aspiration, le tout est propre et sec. Il n'y a pas de sang, ni de bile tant au niveau du lit que du hile vésiculaire. Le sac contenant la vésicule est extrait facilement via le trou ombilical.

Il contient un calcul unique d'environ 1 cm. Retrait des trocarts sous vision directe, évacuation du pneumo-péritoine, fermeture de l'aponévrose ombilicale avec 3.5 au Vicryl 0, infiltration avec Marcaïne .5 avec Épi, fermeture de la peau avec Vicryl 4-0, Stéri-strip, Opsite vaporisé.

L'intervention est bien tolérée par la patiente, les pertes sanguines sont négligeables, le décompte est complet, la patiente quitte en bonne condition.

Figure 20. Notes respectives de l'anesthésie (inhalothérapeute et anesthésiste) et du chirurgien pour le cas de cholécystectomie

OBSERVATION INFIRMIERES EN SALLE D'OPERATION

Date: 12-04-24

ANESTHÉSISTE: [redacted]

INHALOTHÉRAPEUTE [redacted]

Identification faite par [redacted]

☒ Verbale ☒ Bracelet ☐ Dossier ☒ Date de naissance

Nº Salle 3 — Entrée 7 59 — Sortie 856 — Début d'anes. 7 59 — Fin d'anes. 856 — Début opér. 8 22 — Fin opér. 849 — Entrée SR 856 — Fin SR 9h29

Site Opératoire: ☐ Droit ☐ Gauche ☐ Bil

Anesthésie: ☒ Gén. ☐ Epid. ☐ Rachis ☐ Bloc I.V. ☒ Autres (TAP Bloc en post-op) ☐ Locale ☐ Sédation ☐ Bloc Axil ☐ Bloc Inter SC.

Allergie: Q

Diagnostic Pré-opér.: Cholelithiase Dysmorphotique

Diagnostic Post: Cholelithiase symptomatique

Opération proposée: Chole. - lap.

Opération faite: Cholecystectomie par Laparoscopie.

Classe: ☐ Propre ☒ Propre cont ☐ Contaminé ☐ Souillé inf.

Chirurgien: [redacted]

Assistant Chirurgien: [redacted]

Infirmières Internes: [redacted]

Infirmières externes: [redacted]

Spécimen destination: ☐ Addn Pathologie ☒ Congélation ☐ Bactério ☐ CYTO: ☐ Succ. Total: Sang requ: Unité(s):

Position: ☒ Dorsale ☐ Ventrale ☐ Gynéco. ☐ Latéral ☐ Table Traction selon procédure ☒ Courroie sécurité en place ☐ Rembourrage ☐ Bas Anti-embolique ☐ Bas séquentiel

Mèche: Drain ☐ Jackson ☐ Hemovac ☐ Autre Site: Fermeture à la peau ☐ Agrafes ☐ Steri Strip

Sonde Foley: Oui ☐ Heure: Installée en SO: Calibre: Ballonnet: par:

Cathétérisme: ☐ par: Hre:

Électro Cautère: Plaque: (Site) Cut Coag Posé par:

Préparation: Proviodine Solution ☐ Hibitane 2000 ☐ Hibitane-Alcool ☒ Savon Hibitane ☐

Garrot: ☐ Bras ☐ Jambe ☐ Dirt ☐ Gauche Début: Fin: Pression: Installé par:

Médicament: ☒ Indocid 100 mg I.R. à 810 hre par [redacted] ☒ Acetaminophene 300 mg I.R. à 810 hre par [redacted] ☒ Marcaine 5 épi 30 CC en infiltration TAP Bloc post-op ☐ Xylo ___ % ___ épi ___ CC en infiltration ☐ Autres ☐ Bacitracin ___ CC avec NACl ___ CC pour tremper mèche

Remarques: Compte Oui ☒ Non ☐

TAP Bloc fait par [redacted]

Vérification Paramètre Stérilité: Par [redacted] ☐ Flash Pack ☐ Métricide par:

30460008 (Rev. 05/2011)

DOSSIER

COMPTE & RECOMPTE AU BLOC OPÉRATOIRE

Date: 2012-04-24

Intervention: Cholelap

	COMPTE INITIAL & PER-OP	CHANGEMENT D'ÉQUIPE	RECOMPTE #1	#2	#3	#4
Aiguilles libres (2)	2		2			
Aiguilles montées	4		4			
Compresses 4 x 8	10		10			
Compresses abdominales						
Dévidoirs						
Éponges dis. (Peanuts)						
Lame bistouri	1		1			
Ligaclips						
Tampon dissection						
Antibuée	1		1			
Cautère						
Cartouche Auto suture (2)						
Cathlon (4)						
Cotonoïde						
Drain		✓				
Embout						
Épingle						
Nettoyeur Cautère						
Poire						
Rallonge Cautère						
Règle & Crayon (3)						
Seringues	1		1			

RECOMPTE EXACT: ☒ Oui ☐ Non

INFIRMIÈRE INTERNE	Pré-Op.	1re	2e	3e	4e	Chang. Équipe	INFIRMIÈRE EXTERNE	Pré-Op.	1re	2e	3e	4e	Chang. Équipe
1re: [redacted]							1re: [redacted]						
2e:							2e:						
3e:							3e:						

12/2011

Bloc opératoire

TEMPS D'ARRÊT

Date: 2012-04-24 (AAA / MM / JJ)

APRÈS LE DRAPAGE ET AVANT L'INCISION

☒ Bon patient (Vérification avec le bracelet et la requête opératoire)

☒ Allergie : non ☒ oui ☐ : _____

☐ Bon côté ☒ N/A (Vérification avec la requête opératoire)

☒ Bonne intervention (Vérification avec la requête opératoire)

☐ Disponibilité des implants pour la chirurgie prévue ☒ N/A

☐ Radiographies affichées dans la salle ☒ N/A

☐ Antibioprophylaxie reçue Hre : _____ ☐ N/A

☒ Anticoagulopropholaxie reçue Hre : 817 ☐ N/A
Hep. 5000 UI

Heure : 817 Signature Inf. [redacted]

Réf. Norme 6.8 (Agrément Canada)

N.B. Un rapport d'incident/accident doit être fait si cette procédure n'est pas complétée

TEMPS D'ARRÊT PRÉCHIRURGICAL BLOC OPÉRATOIRE

Figure 21. Notes des infirmières pour le cas de cholécysectomie

Les figures 20 et 21 détaillent l'ensemble des informations sur la chirurgie qui se retrouveront au dossier.

7.3 Conclusion

Le premier élément qui émerge de nos observations est la présence de variations à la routine qui sont introduites par la présence de perturbations et de brèches. Ainsi, plus il y a de perturbations et de brèches, plus on introduit de la variation dans la routine chirurgicale. Cette variation contribue à la construction d'une zone d'incertitude.

Le deuxième élément qui émerge de nos observations répétées de la routine chirurgicale est la présence d'un mécanisme de communication particulier existant au sein du bloc opératoire. Les communications professionnelles sont limitées. En effet, les acteurs ne communiquent entre eux que lorsque des particularités mettent en péril le succès de l'intervention. Pourtant, de nombreuses communications verbales ont lieu, mais elles ne semblent pas reliées aux activités professionnelles. De plus, celles-ci n'ont pas nécessairement lieu pour compenser les perturbations et les brèches qui surviennent durant la chirurgie.

Le troisième élément qui émerge de nos observations est le peu de documentation des activités qui se déroulent en salle d'opération, relativement aux perturbations et aux brèches qui surviennent. Ainsi, l'existence de cet écart entre ce qui devrait se faire et ce qui se fait réellement est difficile à mettre en évidence. Comme c'est la documentation des activités qui permet à cet écart d'exister pour l'organisation, l'application de sanctions s'il y a lieu ne peut donc se faire.

Ces constatations expliquent comment cette relation entre les variations, la documentation et les sanctions contribue à la construction d'une zone d'incertitude et favorise le partage non systématique des informations, étant donné que le système informel prédomine alors. Les brèches et les perturbations favorisent l'élargissement de la zone d'incertitude, puisque les règles et les normes ne sont pas en mesure de réduire la variété de comportements possibles (Chapitre 6). Les groupes d'acteurs réfèrent au système informel pour régir leurs comportements. Sans documentation suffisante sur les activités qui surviennent réellement, l'établissement ne peut sanctionner l'application des règles. Sans sanction, les règles formelles ne sont pas appliquées. Le partage des informations devient donc un élément clé de régulation. Ainsi, quand l'acteur sélectionne ce qu'il fait, il évalue ses possibilités, en fonction de ses idéaux et de son répertoire, en tenant compte des règles et des références de pratiques, mais aussi en déterminant son risque de sanction par rapport au gain de pouvoir qu'il pourrait faire en agissant.

Le tableau 18 résume les constats émanant de notre analyse de la dimension performative de la routine chirurgicale.

Tableau 18. Constats émanant de l'analyse de la dimension performative de la routine

Constats (dimension performative de la routine)
Des brèches et des perturbations affectent la performance de la routine et créent de la variation. Les communications ne semblent pas proportionnelles à la complexité des activités et à ce qui devrait être nécessaire pour gérer les perturbations et les brèches, survenant durant la performance de la routine. La documentation des événements usuels et problématiques est limitée.

Ces éléments déduits de nos observations de la routine performative permettent de raffiner notre cadre conceptuel. Tout d'abord, la variation est l'élément fondamental qui permet la création de la zone d'incertitude puisqu'elle crée l'écart entre ce qui est voulu et ce qui est vécu. Cette variation est possible grâce à deux éléments que nous n'avions pas identifiés au préalable : les perturbations et les brèches. Nous constatons également que la documentation de la routine et de ses perturbations et brèches est limitée et qu'il n'existe pas de communications formellement organisées pour compenser. Ainsi, il s'avère que le lien entre les perturbations, les brèches, les communications et la documentation de celles-ci créent cette zone d'incertitude qui contribue à la construction même de la dimension performative de la routine de réalisation de la chirurgie. Ces observations nous permettent également de confirmer le rôle des sanctions, ou plutôt de leur faible présence, dans la sélection des actions à poser par les acteurs, laissant une place au système de régulation informel et donc à l'expression du microcontexte politique.

Nous mettons donc en relation les modifications à notre cadre conceptuel initial dans la figure suivante.

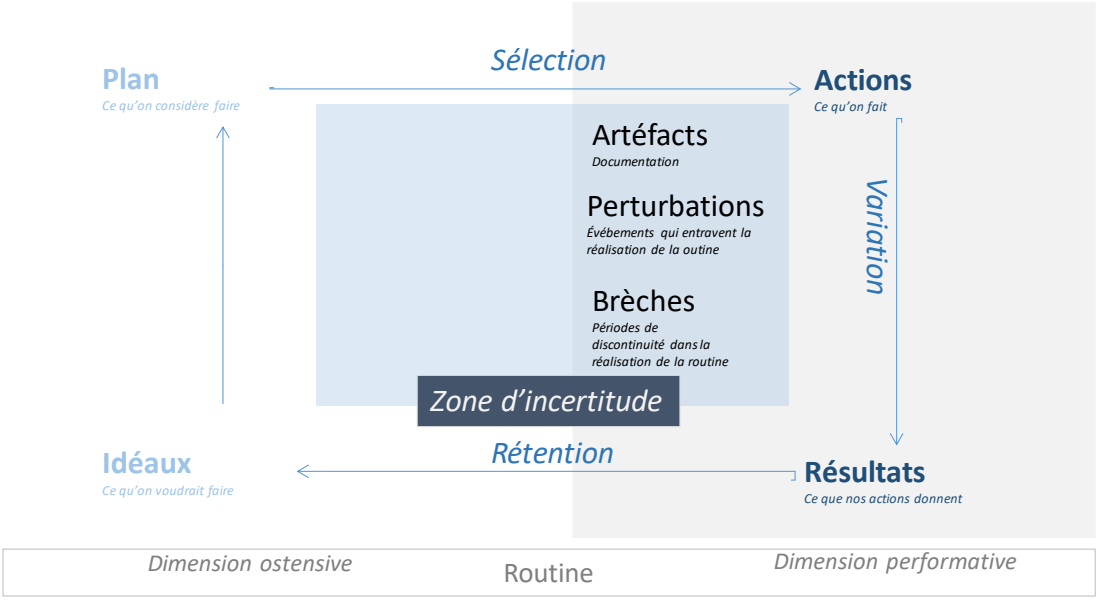


Figure 22. Cadre conceptuel modifié en fonction des données issues de l'étude des routines performatives

CHAPITRE 8: L'ANALYSE STRATÉGIQUE ET SYSTÉMIQUE DU BLOC OPÉRATOIRE POUR COMPRENDRE LE MICROCONTEXTE POLITIQUE

Tel qu'il a été décrit dans le quatrième chapitre, l'analyse stratégique a été effectuée en utilisant les principes sommaires d'analyse, décrits par Rouleau (2007), et grâce à la structure proposée par Foudriat (2007), qui s'inspire lui-même de Crozier et de Friedberg. Les principaux éléments permettant d'arriver à un raisonnement stratégique sont résumés dans les paragraphes suivants.

La démarche que nous suivons débute par l'identification et la caractérisation du contexte d'étude. L'étude des routines nous a permis dans les chapitres précédents de présenter ce contexte. Nous avons détaillé le fonctionnement du bloc opératoire et les particularités de l'établissement qui nous permettra d'effectuer une telle analyse. Nous avons également souligné l'impact des interactions entre les acteurs, mais aussi le rôle des artéfacts dans le déroulement des routines. Puis, notre démarche suggère d'identifier, par une analyse inductive, les situations problématiques récurrentes émergentes de nos observations. Les principales problématiques, relevées lors de l'étude des routines et des exemples, seront d'abord présentées dans ce chapitre afin d'éclairer le lecteur. Ces situations problématiques nous permettent d'identifier les éléments critiques pour la compréhension du système informel de règlementation du comportement social. La démarche que nous utilisons nous conduit à contextualiser, par la suite, les comportements, sur la base des caractéristiques décrites au sujet des différents acteurs et des groupes d'acteurs, impliqués dans les situations problématiques récurrentes, que nous avons identifiées. Puis, pour chacune des situations récurrentes problématiques, nous construisons un sociogramme, présentant les modalités d'interactions et de relations entre les acteurs et les groupes d'acteurs significatifs.

Tel que le suggère Foudriat (2007), c'est l'analyse des argumentaires et des comportements récurrents qui nous permettront de déduire les « enjeux » et les « stratégies » des groupes d'acteurs. « **L'enjeu** » se définit comme « la valorisation qu'il (*l'acteur*) accorde à certains objectifs » (Foudriat, 2007 : p.321). En effet, l'acteur représente, dans ses arguments, les objectifs informels qu'il se fixe et qu'il souhaite maintenir en priorité, au-delà des fonctions qu'il assume de manière formelle. La résolution de problèmes, parce qu'elle implique de se justifier, permet de faire émerger certains enjeux propres à des groupes d'acteurs. Les « **stratégies** » se définissent comme les comportements récurrents « liés aux ressources qui paraissent pertinentes pour l'acteur et qu'il pense pouvoir mobiliser pour atteindre ses enjeux » (Foudriat, M., 2007 : p.323). Elles sont influencées par la marge de manœuvre que possède l'acteur et les actions des autres acteurs. Pour émettre ces hypothèses explicatives, nous effectuons une déduction qui permet une explication contextuelle des comportements, c'est-à-dire prenant en compte les ressources dont disposent les acteurs, les interactions informelles décrites dans les sociogrammes, des

modalités de relations et les contraintes formelles qui restreignent les options comportementales. Ces hypothèses mènent à l'identification des enjeux et des stratégies, expliquant les situations récurrentes.

L'analyse de ces enjeux et de ces stratégies permet d'émettre une hypothèse sur la zone d'incertitude et sur les règles de jeu, ainsi que de décrire le système d'action concret, au sein duquel les acteurs interagissent. Nous démontrons, dans ce récit, comment les stratégies des uns et des autres dans ce contexte particulier créent un « jeu » et comment les négociations, les arguments et la recherche d'alliances finissent par établir les règles informelles de ce jeu.

8.1 L'identification des problématiques récurrentes propres au contexte et la construction des sociogrammes d'interaction

Les observations de la routine chirurgicale dans un bloc opératoire ont permis de relever des situations problématiques. Ces situations problématiques donnent des pistes pour mieux comprendre les interactions entre les acteurs du bloc opératoire durant la réalisation des chirurgies. Nous identifions deux niveaux de situations problématiques. Le premier niveau comprend les problématiques qui ne se limitent pas aux activités qui sont effectuées dans chaque salle du bloc opératoire et qui subissent l'influence des échanges avec les gestionnaires et la structure administrative. Nous les identifions comme des problématiques d'interactions managériales. Elles reflètent les liens avec l'extérieur. Le second niveau comprend les problématiques internes qui découlent directement du fonctionnement des professionnels et des employés qui oeuvrent dans chaque salle du bloc opératoire. Nous les identifions comme les problématiques d'interactions professionnelles. Elles reflètent la dynamique interne. Nous mettrons en évidence des exemples de ces problématiques dans les paragraphes suivants. Nous présenterons enfin les interactions qui en découlent, en expliquant les liens qu'entretient chacun des groupes pertinents avec les gestionnaires et entre eux. Puis, nous déterminerons, pour chaque couple significatif d'acteurs, les enjeux et les stratégies sous-jacentes. Enfin, nous conclurons sur la dynamique externe et la dynamique interne en présentant les sociogrammes d'enjeux et de stratégies résultant de cette analyse.

8.2 Les problématiques d'interactions managériales (externes)

Nous utilisons un exemple qui servira de cas-traceur afin d'illustrer les implications des problématiques externes sur les interactions entre les acteurs du bloc opératoire. Nous présentons spécifiquement la problématique récurrente, associée à la gestion du programme opératoire. Celle-ci illustre comment les perturbations, survenant dans le programme opératoire, créent une zone d'incertitude qui permet aux groupes d'acteurs d'exercer leur

marge de manœuvre. En effet, les multiples imprévus qui surviennent durant la journée, en regard de la préparation du matériel et des patients, créent du retard dans la réalisation du programme opératoire prévu pour la journée. Dans cet exemple, chaque chirurgien cherchera à minimiser les impacts sur le déroulement de sa journée afin de réaliser l'ensemble du programme opératoire électif prévu; il négociera avec les infirmières et les anesthésistes pour convaincre les gestionnaires que les ressources leur soient attribuées en priorité par rapport à d'autres chirurgiens. En effet, l'établissement doit faire un compromis dans la gestion afin de maintenir un équilibre optimal entre la réalisation de son programme électif (patients dont la chirurgie n'est pas urgente) et de son programme d'urgences (patients dont la chirurgie doit être réalisée dans la journée), en s'assurant de la préparation performante et optimale des chirurgies.

L'imprévisibilité des besoins et la nécessité d'y répondre rapidement implique que l'établissement soit en mesure de gérer les urgences, en tenant compte des autres problématiques imprévues, et ce, en minimisant les impacts sur la clientèle élective, qui, même si elle n'est pas en danger imminent, doit également recevoir un service à l'intérieur d'un intervalle de temps restreint.

> *« Il y a un stress psychologique effectivement. Ce patient-là, il revient à la clinique et puis… Je pense que dans un contexte où on a peu de temps opératoire, dans un contexte où on a moins accès à la salle d'opération, si on peut au moins en faire plus, soigner plus de patients, je pense que c'est plus bénéfique »* (Chirurgien)

En effet, l'annulation d'un patient est un échec à l'atteinte des objectifs de l'établissement. La complexité des interactions, qui sont nécessaires pour que le patient accède au bloc opératoire, implique qu'à un moment ou à un autre, une erreur puisse se produire et crée l'impasse. Ce témoignage reflète bien cette situation.

> *« Là c'était une erreur au niveau de l'admission. Ils l'ont fait rentrer à 10 h, mais, à 10 h, elle était déjà censée être partie là parce que c'était à 11 h son rendez-vous* (à l'extérieur de l'établissement pour une procédure qu'elle devait subir avant sa chirurgie). *Ça fait que cette patiente-là…, tu vois, on l'a attendue un petit peu, le monsieur* (le prochain cas) *était descendu, on a remonté le monsieur parce que la madame venait juste d'arriver et que pour son cas, on avait besoin du pathologiste qui devait quitter à 4 h, ça fait que c'est pour ça qu'on a passé cette madame avant. Et le monsieur a fini par être cancellé. »* (Assistant-chef)

L'établissement doit non seulement s'assurer que ses services sont prodigués de manière efficace et efficiente, mais il doit aussi le faire en respectant les ententes syndicales avec les professionnels. La gestion des pauses et des repas constitue en elle-même une acrobatie administrative.

> *« Je veux dire, même si on faisait beaucoup de changements, ça va toujours être : il faut qu'on la prenne notre pause, ça fait que, tu sais… »* (Préposé)

En ce sens, la réalité syndicale contribue définitivement à la réalisation ou non du programme opératoire.

> *« J'avais quatre cas. Les trois premiers cas ont été plus longs que prévu, ça fait qu'à la fin de la journée… On aurait pu le faire* (le quatrième)*, mais les infirmières ne voulaient pas. On m'a dit que je dépasserais 5 h…On a le droit de faire deux salles jusqu'à 5 h! On a le personnel et l'anesthésiste était prêt à rester, moi j'étais prêt à rester, mais là, à la fin du cas on aurait probablement dépassé un peu 5 h. Je pense pas qu'on aurait dépassé beaucoup, mais les infirmières ne voulaient plus parce qu'elles auraient été obligées de déplacer le souper des infirmières du soir et là, bien, c'était fini. »* (Chirurgien)

Bien sûr, les revendications syndicales sont nécessaires afin d'éviter l'épuisement de la main-d'œuvre, toujours en situation de pénurie, dans un contexte où la demande est permanente et le personnel toujours poussé à relever le défi d'assurer des soins en tout temps.

> *« Mais c'est parce que si tu brûles ton personnel, à un moment donné, il y en a de moins en moins et là, ça fait comme présentement : il y en a plusieurs qui sont en maladie. Ça fait que là, tu as plusieurs personnes en maladie, tu demandes une charge plus grande aux personnes qui restent et une infirmière qui est malade au bloc ne peut pas être remplacée par n'importe quelle infirmière, c'est un vase clos. »* (Gestionnaire)

Mais, la chronicité de cette réalité devient problématique lorsque l'absence de solutions concrètes finit par menacer d'influencer les décisions cliniques.

> *« Non, mais c'est parce que, tu sais, des fois tu te dis : « Ah… »…, je sais pas moi, tu veux pas surcharger…, tu sais que l'équipe est fatiguée, mettons, tu sais, mais si tu penses que ton patient, il faut qu'il soit opéré, je pense qu'il faut que tu fasses abstraction de ça. »* (Chirurgien)

.

La gestion efficiente du programme opératoire implique donc des compromis entre l'atteinte des objectifs, la volonté clinique et le maintien d'une main-d'œuvre capable de garder le rythme nécessaire pour assurer l'accessibilité aux soins. Cette problématique nous permet de mettre en évidence que des compromis se font entre les infirmières et les chirurgiens afin d'être en mesure de réaliser le programme opératoire, malgré les perturbations qui l'affectent. Ainsi, les infirmières acceptent de retarder leurs pauses, ajustent l'horaire des dîners et font des heures supplémentaires au besoin pour compenser ces imprévus. Pour leur part, les chirurgiens tiennent compte des limites des infirmières pour évaluer les risques organisationnels, reliés à la réalisation du programme, et équilibrent ces risques avec ceux reliés à l'état de santé des patients. Ce lien est complexe et parfois négocié en dehors de cette alliance, avec le soutien des gestionnaires ou des anesthésistes. De plus, nous constatons que les chirurgiens qui auraient le plus avantage à réaliser leur programme ne déploient pas toujours des efforts proportionnels à ce qui serait attendu dans une telle situation pour favoriser la performance. Les liens que les gestionnaires entretiennent avec les chirurgiens et les infirmières dépendent donc de ce qui leur est communiqué et du groupe qui

en fait la demande. Nous constatons donc que les interactions managériales méritent d'être approfondies au niveau micropolitique afin de mieux comprendre ce qui explique cette dynamique de soutien ambivalente et variable entre les cliniciens et les gestionnaires.

Nous présentons, dans le tableau 19, une reconstitution des actions et des interactions, que nous avons relevées durant nos observations et nos entrevues en lien avec une problématique prototypique (cas-traceur), associée à la gestion du programme opératoire. Nous y détaillons également nos interprétations stratégiques. Ces interprétations seront élaborées lorsque nous examinerons les relations dyadiques entre différents groupes d'acteurs autour de cette problématique typique.

Tableau 19. Chronologie des actions et des interprétations en termes d'hypothèses stratégiques pour une problématique prototypique de gestion du programme opératoire

Reconstitution de la chronologie des actions et des interactions	Interprétations en termes stratégiques
La préparation d'un patient en cours de programme n'a pas été faite adéquatement.	<u>Enjeux des gestionnaires</u> Un retard est créé dans le programme opératoire et un risque d'annulation de patients électifs devient probable. Les préoccupations sont : - Éviter des perturbations dans les journées opératoires et satisfaire les chirurgiens; - Ne pas épuiser le personnel et bien gérer les ressources du bloc opératoire en fonction de l'ensemble des besoins des patients et chirurgiens.
Le chirurgien met de la pression sur l'assistante et le personnel pour que le délai n'ait pas de répercussion sur le reste de la journée, en mentionnant l'impact de l'annulation sur la santé du patient ou des autres patients à risque d'annulation.	<u>Enjeux du chirurgien</u> - Compléter son programme opératoire prévu pour assurer ses revenus; - Prise en charge optimisée des patients. <u>Stratégie du chirurgien</u> Le chirurgien utilise sa connaissance privilégiée de l'état de santé du patient pour convaincre les gestionnaires de la nécessité de régler le problème, de sorte à ce que la problématique de gestion ne nuise pas à sa journée opératoire et lui permette de compléter les cas prévus.
L'assistante tente de pallier au retard en remplaçant rapidement le patient prévu par le suivant et en convainquant le reste du personnel d'augmenter son rythme de travail.	<u>Effet de la stratégie des chirurgiens</u> Les gestionnaires tentent de se faire pardonner pour la problématique de gestion en promettant qu'il n'y aura pas d'impact sur le déroulement de la journée si on compense au niveau du rythme. <u>Stratégie des gestionnaires</u> L'assistante utilise les arguments des chirurgiens pour convaincre le personnel d'augmenter son rythme (mais pas pour les dédommager).

Le personnel (les infirmières et les préposés) augmente son rythme de travail. mais ne veut pas que la situation se maintienne. Le personnel ne prend pas le temps de documenter tout ce qui se passe (au niveau administratif) dans la salle, étant donné la pression qu'il subit.	<u>Enjeux des infirmières et préposés</u> - Le personnel veut que leurs pauses et leurs dîners soient respectés, d'autant plus qu'ils doivent également tenir compte de la possibilité de devoir rester en temps supplémentaire. - Le personnel cherche de la reconnaissance de la part du chirurgien. <u>Stratégies des infirmières</u> Mettre la priorité sur la prise en charge des patients plutôt que sur la gestion de cette prise en charge et réduire la reddition de compte aux gestionnaires.
Le personnel n'arrive pas à compenser le temps perdu, car d'autres imprévus surviennent durant la journée et les gestionnaires estiment que le chirurgien dépassera le temps alloué dont il dispose, incitant un choix des cas à privilégier.	<u>Enjeux des gestionnaires</u> Ne pas épuiser le personnel et bien gérer les ressources du bloc opératoire en fonction de l'ensemble des besoins des patients et chirurgiens. <u>Stratégie des gestionnaires</u> Faire la preuve du manque de temps et de la problématique des ressources pour justifier le(s) annulation (s) possible (s).
Le chirurgien utilise des arguments cliniques pour démontrer que l'annulation peut causer un préjudice au patient.	<u>Enjeux des chirurgiens</u> - Compléter le programme opératoire prévu pour assurer ses revenus; - Prise en charge optimisée de ses patients; - Faire reconnaître son statut de décideur par rapport au jugement clinique. <u>Stratégie des chirurgiens</u> Démontrer un risque clinique si son patient est annulé.
L'assistante demande l'aide de l'anesthésiste et lui fournit toutes les informations sur les ressources disponibles.	<u>Enjeu des gestionnaires</u> Obtenir l'heure juste sur l'urgence des cas, étant donné leur manque d'expertise clinique. <u>Stratégie des gestionnaires</u> Obtenir un avis clinique indépendant de la situation (par l'anesthésiste) pour avoir l'heure juste sur l'état du patient et pouvoir argumenter sur une base de connaissance plus équilibrée avec le chirurgien concernant la nécessité clinique d'opérer le patient toute de suite.
L'anesthésiste évalue l'état clinique des patients qui n'ont pas encore été opérés et tient compte des urgences qui ont été annoncées pour juger des priorités et transmettre son avis à l'assistante.	<u>Enjeux des anesthésistes</u> - S'assurer que les cas les plus urgents soient opérés en premier; - Remplir sa journée avec des cas (quelque soit leur provenance) pour maintenir ses revenus; - Faire reconnaître son expertise clinique par les gestionnaires en contrepoids du chirurgien. <u>Stratégie des anesthésistes</u> Évaluer l'ensemble des cas en attente pour comprendre les priorités, augmenter ses communications avec les gestionnaires.
Le chirurgien argumente avec l'anesthésiste sur les aspects cliniques des cas, en utilisant son expertise chirurgicale et sa relation avec le patient.	<u>Enjeux des chirurgiens</u> - Prise en charge optimisée de ses patients; - Faire reconnaître son statut de décideur par rapport au jugement clinique;

	- Compléter le programme opératoire prévu pour assurer ses revenus. <u>Stratégie des chirurgiens</u> Négocier directement avec les anesthésistes (sans nécessairement impliquer les gestionnaires) pour faire valoir la priorité de leurs cas.
L'anesthésiste utilise son expertise clinique afin de démontrer que la sécurité du patient peut être mise en jeu, en fonction de la disponibilité réelle des ressources ou de son intention de redistribuer les ressources à d'autres chirurgiens ou pour d'autres cas.	<u>Enjeux des anesthésistes</u> - Que le patient qui en a le plus besoin soit opéré en premier; - Maximiser ses revenus en effectuant des cas peu importe leur provenance (urgents ou électifs). <u>Stratégie des anesthésistes</u> Négocier directement avec les chirurgiens pour établir les priorités.
Le chirurgien va valider directement la disponibilité des ressources avec le personnel et leur demander de se fier à son jugement sur le cas pour rester. Le personnel va collaborer avec les chirurgiens selon la reconnaissance qui leur est faite en regard de leur travail et selon la capacité du chirurgien de reconnaître leurs limites.	<u>Enjeu du personnel</u> - Respect des conventions collectives; - Reconnaissance de leur travail par les chirurgiens. <u>Enjeu des chirurgiens</u> - Prise en charge optimisée de ses patients; - Faire reconnaître son statut de décideur par rapport au jugement clinique; - Compléter le programme opératoire prévu pour assurer ses revenus. <u>Stratégies du personnel et des chirurgiens</u> Négocier directement entre eux pour régler les problèmes (sans impliquer les gestionnaires) en fonction des reconnaissances mutuelles.

Dans le cas de cette problématique spécifique, les préposés et les inhalothérapeutes n'ont pas été mentionnés spécifiquement. Par ailleurs, ils se projettent dans les enjeux et les stratégies des infirmières et des anesthésistes respectivement. Ils négocient toutefois cette position à travers leurs interactions professionnelles à l'intérieur de la salle, comme nous le verrons plus tard.

8.3 Le sociogramme d'interactions managériales: la constitution de la dynamique externe

Dans les paragraphes qui suivent, nous expliciterons en plus de profondeur les liens que les différents groupes d'acteurs entretiennent entre eux dans leurs interactions avec les gestionnaires, que nous avons illustrés par notre cas-traceur, afin de mieux comprendre la constitution de cette dynamique externe (incluant les enjeux des différents acteurs, ainsi que leurs stratégies). Celle-ci sera par la suite résumée dans le sociogramme d'interactions managériales.

8.3.1 Liens infirmières-gestionnaires

Les interactions entre les infirmières et les gestionnaires prennent la forme d'une relation employé-employeur. En effet, comme les gestionnaires reçoivent les demandes des chirurgiens et ont de la difficulté à limiter le programme, l'enjeu principal des infirmières en rapport avec les gestionnaires est de s'assurer que leurs conditions de travail soient respectées, tandis que l'enjeu principal des gestionnaires est de satisfaire aux besoins des patients et des chirurgiens.

> *«Ça cause des conflits parce que, lui (l'assistant-chef), son but c'est de faire tous les cas, de faire plaisir à tous les chirurgiens, mais pas à nous autres, les infirmières. S'il manque du personnel, ce n'est pas grave. On n'a pas de pauses, des fois non plus, et ce n'est pas grave pour lui… »* (Infirmière)

Les infirmières demandent surtout aux gestionnaires de ne pas être obligées de faire du temps supplémentaire.

> *«On commence par lui* (le gestionnaire) *dire et là : «Regarde, il y a telle affaire et j'ai besoin de ma pause, je suis fatiguée». Ou bien on lui dit : «Moi, je termine à 4 h, ça fait que, regarde, si ça dépasse, moi je ne peux pas». On essaye de s'organiser et quand ça ne marche pas, bien, on va plus haut. »* (Infirmière)

Le respect des conditions de travail et l'évitement des heures supplémentaires est tellement important pour les infirmières qu'elles sont prêtes à effectuer plus de travail durant la journée, tel que l'explique cette infirmière questionnée sur les raisons qui la pousse à faire l'installation du patient, le badigeonnage et le drapage des champs stériles, lorsque le chirurgien arrive en retard, au lieu de juste se reposer et d'attendre:

> *«Parce que si j'attends et que je suis de garde cette nuit-là et que la journée dépasse et que les urgences ne peuvent pas commencer à 4 h, qu'elles commencent à 6 h, 7 h parce les cas électifs ont dépassé – comme ça arrive souvent de ces temps-ci –, ça fait que je vais être poignée à rentrer la nuit et à travailler le lendemain aussi.»* (Infirmière)

Les interactions entre les gestionnaires et les infirmières sont donc plutôt bureaucratiques et concernent le respect des conventions collectives, surtout lorsqu'il est question de gérer le programme opératoire. Dans cette relation, les stratégies des gestionnaires vont être de mettre la pression sur les infirmières pour travailler plus rapidement afin de satisfaire aux besoins des chirurgiens et du programme opératoire. Les infirmières accepteront parfois de le faire, même en sautant des pauses, pour éviter de faire du temps supplémentaire et pour recevoir la reconnaissance des chirurgiens.

8.3.2 Liens anesthésistes-gestionnaires

L'enjeu principal des gestionnaires, en relation avec les anesthésistes, est d'obtenir l'heure juste concernant l'état clinique des patients afin de mieux gérer les ressources opératoires à leur disposition. Les gestionnaires ne peuvent se fier au jugement clinique des chirurgiens pour élaborer le programme opératoire, entres autres. Ils se retournent donc vers les anesthésistes pour obtenir des évaluations plus objectives des situations cliniques en jeu. Les interactions entre les gestionnaires et les anesthésistes créent une force de gestion au bloc opératoire.

> *« Si j'en ai [des chirurgiens] qui persévèrent à vouloir essayer de m'influencer ou de m'intimider parce qu'ils en ont pas assez* (des cas), *dans ce temps-là, je vais voir l'anesthésiste de garde et je lui dis : « Écoute, moi j'ai ça comme programme. Je trouve qu'il faut enlever au moins un cas » et je me fais comme backer, si tu veux, par lui. »* (Assistant-chef)

> *« Il y a des listes d'urgences qu'il faut faire, c'est plus important que les listes électives. Le chirurgien, il doit se limiter de 8 h jusqu'à 4 h de l'après-midi, donc s'il met des cas réguliers et qu'il va mettre un cancer à la fin, on sera obligé de le faire. Donc, si tu lui donnes tout pour lui, bien sûr que chaque chirurgien va rester jusqu'à 6 h dans sa salle. »* (Anesthésiste)

Les anesthésistes entretiennent une relation respectueuse avec les gestionnaires.

> *« Mais c'est sûr qu'un anesthésiste, s'il a de la pression d'un chirurgien pour faire un cas, bien, moi je vais lui dire : « Écoute, j'ai personne là ». Ça fait qu'ils vont venir me consulter : « As-tu assez de monde ou pas? », tu sais. Je n'ai pas de problèmes avec les anesthésistes du tout, du tout. »* (Assistant-chef)

La réalisation du programme opératoire est même souvent considérée comme faisant partie de leur travail.

> *« M'assurer que les cas ne soient pas cancellés en fin de journée, ça fait que m'assurer qu'il y a un bon roulement dans la salle. M'assurer aussi que le programme opératoire, au commencement de la journée, soit adéquat, que ce ne soit pas un programme opératoire trop chargé, sachant qu'il y a des cas qui pourraient être cancellés. »* (Anesthésiste)

Et les anesthésistes savent comment régler les conflits entre chirurgiens.

> *« Appelle ton collègue chirurgien pour lui en parler », souvent : « Ah, OK, je vais attendre ». Tu sais, souvent les chirurgiens, ça leur tente pas vraiment d'appeler leur collègue, à ce moment-là, le cas devient moins urgent. »* (Anesthésiste)

Pour les gestionnaires, il est difficile de juger les arguments que les chirurgiens utilisent pour pouvoir effectuer leur cas.

> *« Non, mais c'est parce que nous, dans le fond, quand on voit le patient, bien, on ne sait pas toute son histoire. Tu sais, il peut avoir une maladie de sang, il peut être diabétique, il peut avoir plein de choses. Ça veut pas dire que s'il n'a pas l'air malade qu'il ne l'est pas là. Tu sais, il y a toujours des raisons pourquoi peut-être qu'il fallait qu'il passe en premier… »* (Assistant-chef)

Les anesthésistes sont considérés, par les gestionnaires, comme les mieux placés pour leur venir en aide et être en mesure de mettre le patient au premier plan des décisions.

> *« Les anesthésistes, eux autres, ils ont l'histoire du patient. Tu sais, par exemple, s'il est diabétique ou s'il vomit depuis quatre jours, bien, c'est sûr qu'il va prioriser celui là, plutôt que quelqu'un qui a moins de symptômes. »* (Assistant-chef)

D'ailleurs, tout comme les chirurgiens, les anesthésistes sont également en mesure de trouver des arguments cliniques pour remettre les cas au lendemain.

> *« Si l'anesthésiste est fatigué et puis qu'il veut pas faire le cas, il peut éplucher le dossier du patient puis essayer de trouver des labos qui sont anormaux et dire : « Ah, bien, le potassium est trop bas » ou « Il est un peu trop haut et je pense qu'il ne faut pas l'opérer tout de suite » ou « On va contrôler le test, on va lui donner un petit bolus de ci, de ça ». C'est des patients qu'on pourrait endormir, mais encore là on joue un petit peu avec ça…, on peut prendre n'importe quel laboratoire qui est un petit peu anormal et dire : « Ça serait plus sécuritaire d'attendre ». Ce n'est pas nécessairement vraiment le cas. Ça peut aussi être un ECG un peu anormal et dire : « Ça m'inquiète, je préférerais qu'il voit le cardiologue avant sa chirurgie ». Ça peut être la tactique du jeûne aussi : « Le patient est pas à jeun, la chirurgie peut attendre ». C'est sûr que, si la chirurgie est urgente, il faut procéder quand même, mais on peut dire : « Ah, ton patient est pas tout à fait à jeun, on va le reporter à demain ». Ça pourrait être cette tactique-là. Moi, je ne suis pas très bon dans cette tactique-là, mais il faudrait en parler à mes collègues. »* (Anesthésiste)

Les interactions entre les anesthésistes et les gestionnaires se basent donc sur le respect des ressources. Les deux groupes travaillent comme coéquipiers et comme leaders de l'organisation du programme opératoire. En fait, puisque les revenus des anesthésistes ne dépendent pas d'un patient spécifique, mais du nombre de cas dans la journée, les deux partagent des enjeux concernant l'utilisation optimale des ressources globales au bloc.

En étant présent tous les jours au bloc opératoire et en ayant une forme de rémunération plus flexible, l'anesthésiste interagit différemment avec les gestionnaires et se voit donc désigné comme un allié inestimable. En effet, il est en mesure de faire preuve d'une plus grande flexibilité, puisqu'il dispose d'un meilleur réseau de soutien professionnel. Une fois son horaire rempli, l'anesthésiste a peu de contraintes. Il peut se faire remplacer par un collègue ou un inhalothérapeute à n'importe quel moment et ne dépend plus de personne pour s'assurer une charge de travail. De plus, le fait qu'il puisse choisir la salle dans laquelle il travaille lui donne la possibilité d'éviter un chirurgien avec qui il a eu des conflits. Ce choix a un impact considérable. En effet, certains anesthésistes sont plus rapides que d'autres et permettent aux chirurgiens d'effectuer plus de cas dans une journée. Le choix ou le non-choix d'une salle peut devenir une punition. Le fait que l'anesthésiste ne suit pas la clientèle influence également son niveau d'implication individuelle avec le patient et rend plus objectifs ses conseils envers les gestionnaires. L'annulation d'un patient reste l'annulation d'un cas qui sera remplacé par un autre cas. Cette impartialité fait de lui un juge plus légitime pour déterminer si un patient doit réellement être opéré en urgence.

Toutefois, l'anesthésiste ne pourrait remettre en question la décision d'un chirurgien sans s'exposer à de lourdes conséquences en cas de complication ou de décès. Il ne dispose

donc pas d'un droit de veto sur les demandes des chirurgiens, mais il possède davantage de connaissances pour juger des raisons qui poussent le chirurgien à vouloir effectuer sa chirurgie dans des circonstances engendrant des ressources supplémentaires et a de meilleurs arguments pour le convaincre. Comme le bloc opératoire est le milieu de vie des anesthésistes, ils sont également plus enclins à respecter le besoin de minimiser la charge de travail du personnel. Ce qui n'est pas le cas du chirurgien, qui n'a qu'une seule journée par semaine ou par deux semaines pour opérer ses patients et qui veut maximiser son temps opératoire, en se préoccupant peu des impacts sur l'ensemble de l'organisation, se croyant unique en son genre.

8.3.3 Liens chirurgiens-gestionnaires

L'enjeu du chirurgien face aux gestionnaires est de compléter son programme opératoire pour maintenir ses revenus et pour s'assurer que ses patients soient soignés le plus rapidement possible. Cependant, la gestion efficace du programme opératoire implique des choix. L'enjeu des gestionnaires est de bien gérer les ressources du bloc opératoire, en fonction de l'ensemble des besoins des patients et des chirurgiens. Ainsi, chaque chirurgien se retrouve en compétition avec un autre pour ces ressources. Cette situation crée une compétition qui se joue entre les chirurgiens auprès des gestionnaires, à coup d'arguments cliniques, afin de les convaincre de les prioriser. En effet, selon le nombre de cas prévus en urgence et le déroulement de la journée dans chaque salle, certains chirurgiens pourront continuer en dehors des heures du programme électif, alors que d'autres devront annuler des patients.

Ainsi certains chirurgiens ont « la chance » d'opérer des patients dont l'état devra toujours être priorisé (saignement, souffrance fœtale) :

> *« Mettre un cas plus urgent* (que les autres)*, il y en a qui font ça. Genre le curetage : « Ah, elle saigne, elle saigne », tu sais et…Les gynécologues, eux autres, c'est toujours super urgent leurs affaires. Ici, les césariennes, c'est tout le temps des P1* (ne peut attendre et doit passer devant toute autre chirurgie). *»* (Anesthésiste)

Et dans ces cas, même les chirurgiens entre eux ont de la difficulté à valider la véracité des arguments pour prioriser des cas.

> *« C'est toutes sortes de raisons que moi je ne peux pas aller vérifier: « Ah, lui, il a été vu en médecine interne, ils ont arrêté son anticoagulation et il faut l'opérer… »* (Chirurgien)

La notion d'urgence reste floue et engendre des réticences de la part des équipes qui ont un doute sur la vraie nature des cas effectués en soirée.

> *« Qu'est-ce qui est une vraie urgence et qu'est-ce qui n'est pas une vraie urgence… C'est sûr que c'est « touchy » parce qu'en fin de compte, c'est le chirurgien qui veut la faire, et s'il veut la faire, il va t'amener de l'eau au moulin pour la faire. »* (Infirmière)

> *« Quand je ne suis pas d'accord avec eux autres autant avec le chirurgien qu'avec l'anesthésiste ou l'équipe, je leur dis: «Revenons à notre patient, qu'est-ce qu'on fait pour lui qui est le mieux? C'est de le faire en urgence? Faites-le, oui, go, allez-y». Parce que des fois tu as la pression de l'équipe qui ne veut pas le faire, tu as la pression de l'anesthésiste qui ne veut pas le faire, mais le patient, lui, c'est quoi qu'il lui faut? Ça fait que, dans ce temps-là, je pense que ça leur remet un peu les pendules à l'heure. »* (Gestionnaire)

Les gestionnaires doivent tenir compte des ressources dont ils disposent et les allouer en fonction des besoins de l'ensemble des chirurgiens et des particularités des cas.

> *« Oui, il manquait l'INR qui avait pas été fait. Ensuite, on a fait la femme enceinte, finalement, après avoir réfléchi à qu'est-ce qu'on ferait parce qu'on s'est dit : « Elle est enceinte ». Et après ça, aussi, il y a l'avant-dernier cas qui avait besoin de fluoro concomitante avec l'orthopédie. Et finalement on avait décidé de faire la RTUTV en premier parce que c'était une RTUTV* (cas de cancer) *et que ça ne prenait pas la fluoroscopie non plus. Et après ça, on avait fait le cas qui n'était pas prévu non plus parce que c'était un patient qui était sous traitement d'insuline, ça fait qu'on l'avait passé avant les autres. Et après ça, finalement, on avait fait…Mais des problèmes… INR ou patients pas prêts, médecine interne pas faite…, peu importe. Le patient, finalement, il a mangé ce matin…, ah, peu importe, mon Dieu, il n'aura pas de lit, il y as-tu un lit aux soins? Ça, c'est du quotidien. »* (Assistant-chef)

La gestion de ces imprévus a un impact sur le potentiel de réaliser le programme électif, sans compter que les gestionnaires doivent aussi composer avec les conséquences d'acquiescer aux demandes des chirurgiens du programme de la veille.

> *« Le seul critère que je veux et qui fait que je vais me fâcher, c'est faire une cholécystectomie à minuit, parce que l'équipe de soir est partie, l'équipe de garde est obligée de rentrer la nuit et là, on se ramasse qu'on n'a pas de monde de jour. »* (Gestionnaire)

Les chirurgiens sont conscients que la difficulté d'évaluer l'urgence relative des cas implique que les cas d'urgence seront effectués en fonction de l'heure de la demande. Afin de ne pas être repoussés en soirée, les chirurgiens vont donc effectuer une requête opératoire pour tout patient qui présente potentiellement une condition chirurgicale, afin de réserver leur place. Cette pratique a de lourdes implications pour le gestionnaire qui engage alors des ressources dans la préparation des cas.

> *« Il y en a qui vont me dire : « J'ai une cholécystectomie ce soir, j'ai un appendicectomie… » que je vais inscrire sur mon plateau d'urgences, sur ma feuille, mais je ne vais même pas commander le caisson, le matériel parce que je sais qu'une fois sur deux il va être cancellé une fois qu'il va l'avoir vu. Ils m'annoncent des choses sans les avoir vues, ça fait que si je n'ai pas de demandes chirurgicales… »* (Assistant-chef)

Les gestionnaires doivent fournir et gérer les ressources nécessaires pour réaliser les activités chirurgicales de l'ensemble des chirurgiens. Ils doivent donc faire des choix qui ont comme conséquence de créer une dynamique de compétition entre les chirurgiens qui viennent par la suite nuire aux décisions que les gestionnaires doivent prendre. Les interactions entre les chirurgiens et les gestionnaires prennent une forme de lobbying. En effet, l'écart de connaissances sur les aspects cliniques permet aux chirurgiens d'utiliser des arguments cliniques, souvent spécialisés, pour défendre leurs besoins. Par contre, la

multiplicité des demandes de la part des chirurgiens implique la participation d'un tiers (les anesthésistes) plus objectif afin de négocier avec l'administration, puisque le gestionnaire a de la difficulté à trancher. Pour leur part, les gestionnaires utilisent le manque de ressources comme argument, même si ce n'est pas toujours le cas. Ces interactions sont donc négociables selon les compromis que chacun acceptera de faire pour faciliter le travail de l'autre.

Les interactions entre les gestionnaires et les chirurgiens se négocient par compromis, puisque chacun joue avec les arguments spécialisés dont il détient les connaissances exclusives. En compétitionnant entre eux dans ces interactions avec les gestionnaires, les chirurgiens se positionnent donc politiquement auprès de l'administration, selon leur engagement ou leur conformité auprès de la direction. Au niveau individuel, les cadres, le chef du bloc et les assistants-chefs ne disposent pas de ressources suffisantes pour contrebalancer les atouts des chirurgiens. Toutefois, c'est le groupe dans son ensemble qui instaure un mode de fonctionnement avec les chirurgiens. Même si ce sont les gestionnaires qui disposent de l'autorité suffisante pour distribuer les ressources, les chirurgiens manipulent le manque de connaissances des gestionnaires sur les besoins cliniques de leur spécialité. Ils pensent que les gestionnaires ne sont pas en mesure de faire des choix et utilisent donc cette stratégie pour surestimer leurs besoins réels. Les gestionnaires ont en effet le pouvoir de leur attribuer plus ou moins de priorités opératoires, en fonction de la disponibilité des ressources. Les chirurgiens ont de la difficulté à évaluer si les ressources dont ils ont besoin sont réellement indisponibles, puisqu'ils ne détiennent aucune information chiffrée sur le personnel ou le budget. Les chirurgiens doivent donc faire des ententes avec les gestionnaires. Ils acceptent des compromis en échange de privilèges ultérieurs. Les problèmes de compréhension des données de part et d'autre facilitent donc l'émergence de tels jeux. Il existe donc un réel lobbying de la part des chirurgiens qui tentent d'influencer les décisions que prendront les gestionnaires. Les gestionnaires disposent également d'autres arguments pour que les chirurgiens acceptent de se prêter aux mêmes règles que les autres: ils sont responsables de la distribution du personnel dans les salles. En effet, l'assistant-chef peut envoyer du personnel plus ou moins rapide, plus ou moins compétent ou plus ou moins expérimenté selon la flexibilité du chirurgien à se conformer au système en place ou aux objectifs organisationnels valorisés ou promus. En somme, dans le jeu d'interaction entre chirurgiens et gestionnaires autour du programme opératoire, la stratégie des chirurgiens est de mobiliser leurs connaissances cliniques privilégiées pour convaincre les gestionnaires de les favoriser, alors que les gestionnaires mobilisent leurs connaissances sur les ressources pour combattre ces exigences. De plus (comme nous l'avons mentionné auparavant), ils font appel aux anesthésistes pour les aider à voir juste sur les arguments cliniques des chirurgiens et pour mieux établir les priorités entre les différentes demandes.

8.3.4 Lien chirurgiens-anesthésistes

Les interactions entre les chirurgiens et les anesthésistes, en ce qui a trait à la gestion du programme opératoire, peuvent être complètement opposées en fonction du nombre de cas d'urgence qui doivent être faits à la fin du programme opératoire électif. En effet, l'enjeu des anesthésistes est de s'assurer d'avoir du travail pour combler leur journée, mais ils n'ont pas de préférences sur la réalisation des cas électifs ou urgents.

> *« En général les anesthésistes vont réussir à occuper leur soirée quand même.»* (Gestionnaire)

L'enjeu des chirurgiens, pour leur part, est d'effectuer toutes les chirurgies prévues au programme, peu importe le nombre de cas qui se rajoutent en urgence.

> *« Et le chirurgien, lui, il veut…, il ne veut pas trop attendre, il a des cas à faire et puis il veut pas se faire couper. »* (Chirurgien)

Ainsi, si peu d'urgences sont prévues, les anesthésistes et les chirurgiens coopèreront pour convaincre l'assistant-chef de terminer le programme électif.

> *« Il y en a qui vont être en salle avec l'avant-dernier et qui vont demander bien trop d'avance le dernier patient. Ça, c'est une des tactiques. Ils vont essayer de s'arranger avec leur anesthésiste qui est dans la salle pour faire les derniers patients. Sauf que moi je fais ma tournée. »* (Assistant-chef)

Par contre, si le nombre de cas d'urgence est élevé, les chirurgiens devront convaincre l'assistant-chef, mais aussi l'anesthésiste qui est dans sa salle et l'anesthésiste de garde, de le laisser terminer le programme électif.

> *« Des fois, comme le soir, ils veulent passer des... des semi-urgences, qui ne sont peut-être pas si urgentes que ça, mais, selon l'anesthésiste qui est là, bien, il y en a qui vont dire : « Bien moi, je ne le fais pas », mais il y en a d'autres, souvent, qui laissent passer…ils sont ici pour faire des sous, ça fait qu'eux autres, être dans la chambre de garde, en bas, à se virer les pouces, pour une journée, bien, eux autres, ils aiment mieux que le temps file… »* (Inhalothérapeute)

Pour s'assurer l'appui des anesthésistes, les chirurgiens vont utiliser différents moyens qui ont un impact sur leurs interactions avec les anesthésistes.

Par exemple, ils vont utiliser des arguments cliniques qui ne s'avèrent pas toujours réalistes.

> *« Bien, parfois ils vont te dire que le patient est très malade, puis le patient arrive, tu n'as pas l'impression qu'il était si malade, ils vont te dire qu'il fait de la température, qu'il… est très souffrant…… parfois ils vont juste empirer l'état général du patient. »* (Anesthésiste)

Les anesthésistes ne sont pas aussi engagés dans la relation avec le patient et n'ont pas la responsabilité des délais. Leur évaluation n'est donc pas teintée de cette dimension relationnelle comme l'est celle des chirurgiens.

> *« Parce qu'il y a un manque de temps opératoire qui fait en sorte qu'après ça les patients ne se font pas soigner. Ils ne se font pas soigner et c'est complètement ridicule. J'ai des RTUTV qui attendent depuis deux mois. Non, mais c'est vrai. Après ça, tu te ramasses une autre grosse tumeur à l'urgence et là tu dis : « Mais quand est-ce que je vais la faire? ». Le gars, il saigne : « Quand est-ce que je vais la faire? ». »* (Chirurgien)

Les chirurgiens vont donc également jouer sur leur relation collégiale avec les anesthésistes pour leur expliquer leur réalité.

> *« Il va amener des… raisons personnelles, « Je ne suis pas à l'hôpital demain, je n'ai personne pour le faire demain, mes confrères travaillent, ils ne sont pas là, puis ils ne sont pas prêts à accepter mes cas, puis si je ne le fais pas, ça va aller dans trois semaines parce que je pars en vacances. »* (Anesthésiste)

Les chirurgiens vont aussi réorganiser l'ordonnancement des cas et mettre l'équipe dans une situation où le programme électif ne peut être interrompu.

> *« Ça va arriver plus souvent qu'ils vont vouloir faire les cas électifs les moins urgents qui pourraient se faire canceller, avant les cas que tu ne peux pas canceller. »* (Anesthésiste)

Et la situation dans laquelle le chirurgien place l'anesthésiste devient délicate, puisque les arguments cliniques du chirurgien ne peuvent être remis en question sans risques.

> *« Souvent si un chirurgien veut opérer un patient absolument parce qu'il trouve que le patient est très malade, la plupart du temps, je vais l'accepter parce que, du point de vue médico-légal, si je ne l'opère pas, c'est moi qui finit par être responsable d'une décision que, peut-être, j'ai pas les meilleurs moyens pour prendre. »* (Anesthésiste)

Mais l'utilisation de ces argumentations cliniques entre les chirurgiens et les anesthésistes a un impact sur la crédibilité de l'évaluation que les chirurgiens font du programme opératoire.

> *« Est-ce que c'est le chirurgien qui devrait coordonner la salle? R- Non…, parce que le chirurgien il veut toujours faire tous ses cas, donc… »* (Anesthésiste)

Les chirurgiens et les anesthésistes interagissent non seulement dans la gestion du programme, mais aussi dans la réalisation de ce programme. Ainsi, un autre facteur crée de l'incertitude sur le potentiel de réaliser le programme opératoire dans les délais prévus : l'agencement des équipes qui se décide au jour le jour. En effet, le jumelage de chaque anesthésiste avec chaque chirurgien crée des couples plus ou moins performants.

> *« Ce qui fait en sorte que si on se retrouve avec quelqu'un de plus rapide d'un côté et puis quelqu'un de moins rapide de l'autre côté, bien là, il y a des conflits. »* (Chirurgien)

Mais en définitive, l'identification de la vérité demeure difficile par le reste des acteurs, même par les anesthésistes, qui ne sont souvent pas en mesure de rivaliser avec les arguments que les chirurgiens utiliseront sur le plan médical.

« Par exemple, il y a trois, quatre urgences, tout le monde voudrait passer devant l'autre, donc tout le monde appelle l'anesthésiste pour dire : « Ah, moi, mon cas est plus urgent ». Bon, là l'autre spécialiste appelle pour dire : « Ah, moi, mon cas est plus urgent ». Bien, je pense que, comme anesthésiste, ce qu'il faut faire, c'est dire aux chirurgiens : « Parlez-vous entre vous. Parlez de l'urgence de votre cas ». Le gynécologue, par exemple, qui aurait une césarienne et là le chirurgien général qui a un abdomen aigu…, tout le monde dit : « Mon cas est plus urgent ». Bien, appelez-vous, parlez-vous au téléphone et les deux vous êtes chirurgiens, vous allez pouvoir vous comprendre et après ça vous me rappellerez pour me dire quel patient presse le plus… » (Anesthésiste)

En somme, compte tenu de leurs enjeux respectifs, les stratégies des anesthésistes et des chirurgiens varieront, selon la situation, et seront tantôt collaboratifs, tantôt plutôt conflictuels. Aussi, tandis que les gestionnaires se fient sur les anesthésistes pour les aider à mieux gérer les ressources opératoires, face aux incertitudes concernant les priorités réelles (voir ci-dessus), les chirurgiens et les anesthésistes négocient des ententes informelles entre eux au gré des situations pour satisfaire leurs propres besoins. Les interactions entre les chirurgiens et les anesthésistes concernant le programme opératoire sont en fait tributaires d'éléments imprévus qui surviennent durant la journée opératoire, principalement le nombre de cas d'urgence et le jumelage entre l'anesthésiste et le chirurgien. Ainsi, selon les cas, les interactions seront plus ou moins cordiales et honnêtes. Comme nous avons vu, la pression sur le temps opératoire peut parfois susciter des stratégies potentiellement perverses chez des chirurgiens pour contourner les contraintes de ressources qui pèsent sur leurs activités: par exemple, collusion entre les anesthésistes et les chirurgiens pour prolonger la journée opératoire au-delà de ce qui était prévu; ou report des chirurgies les plus urgentes à plus tard dans la journée pour éviter des annulations de cas moins urgents. Les infirmières et les préposés collaborent plus ou moins avec les chirurgiens en fonction de la reconnaissance que les chirurgiens leur offrent. Lorsqu'ils ne sentent pas de reconnaissance ou n'obtiennent pas de bénéfices dans l'acquisition de connaissances privilégiées, en lien avec leur travail (nous expliciterons cet autre enjeu dans la dynamique interne), ils invoqueront les limites de leurs conventions collectives pour justifier le respect des décisions administratives.

8.3.5 Le sociogramme d'interactions managériales caractérisant la dynamique externe

L'identification des liens, qui se créent entre les gestionnaires et les autres groupes d'acteurs, nous permet de proposer le sociogramme d'interactions qui suit et qui s'applique à la constitution de cette dynamique externe. (À noter que le cas spécifique de l'interaction entre les chirurgiens et les infirmières n'a pas été analysée ci-haut, car cette interaction a lieu surtout à l'intérieur de la salle. Elle sera traitée en détail plus tard. Toutefois, elle est incluse dans le sociogramme pour donner un portrait plus complet. L'analyse ci-dessous est tout à fait conforme avec la représentation dans le sociogramme).

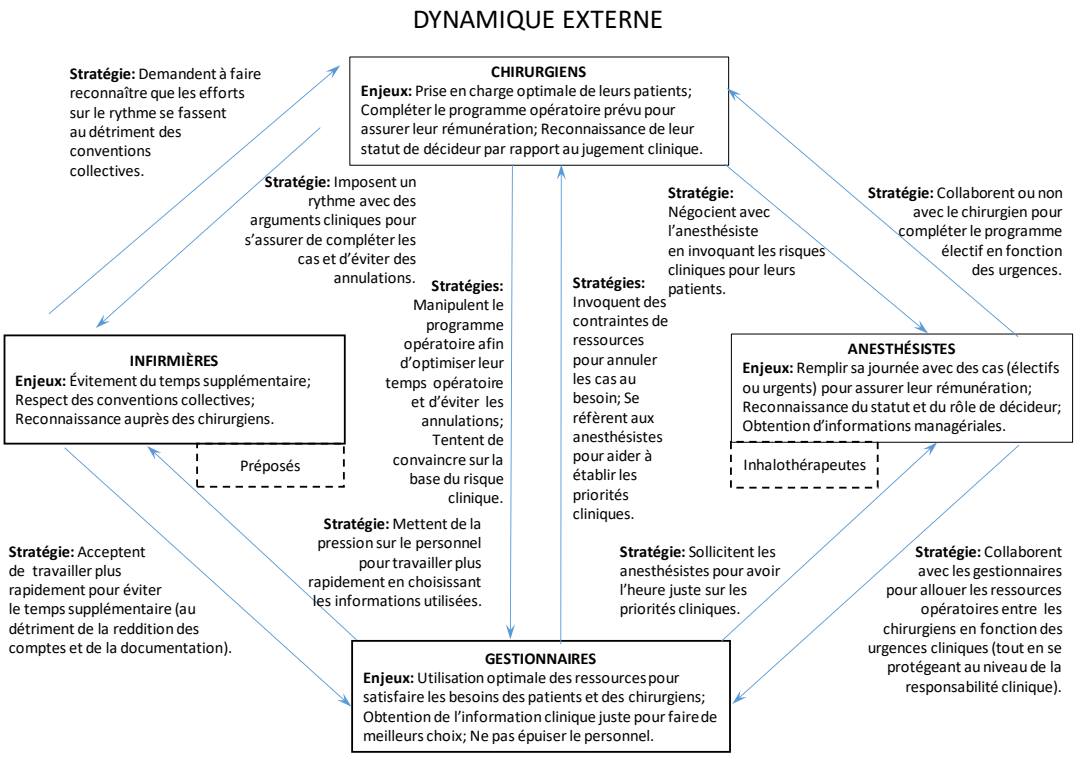


Figure 23. Sociogramme de l'analyse des interactions managériales avec l'extérieur de la salle

8.4 Dynamique externe: Analyse et conclusion

L'identification des interactions qui ont lieu entre les gestionnaires et les autres groupes d'acteurs nous permettent de mieux comprendre la dynamique externe. Celle-ci nous amène à déterminer les stratégies, utilisées par les acteurs, afin de se servir de ce contexte et des interactions en place pour mobiliser leurs sources de pouvoir, dans le but de mieux se positionner politiquement par rapport aux autres groupes au sein de l'organisation, et ce, en tenant compte des enjeux qui les mobilisent (voir la Figure 23 pour les détails).

Les interactions que nous avons présentées entre les infirmières, les chirurgiens, les anesthésistes et les gestionnaires nous permettent de mettre en évidence plusieurs éléments importants du microcontexte politique. Dans ce cas-traceur sur la gestion du programme opératoire, nous notons qu'il existe des difficultés dans la préparation préalable de la chirurgie (requête opératoire, préparation du matériel, préparation du patient), dans le début des activités, le jour de la chirurgie, mais aussi dans la priorisation journalière des cas. Il s'agit certainement de la problématique qui nécessite le plus de compétences managériales, mais, étonnamment, celles-ci ne sont privilégiées et valorisées par les groupes de professionnels. Les acteurs du bloc opératoire sont conscients que tout délai dans les activités qu'ils accomplissent peut mener à l'annulation d'une chirurgie.

La description des caractéristiques reliées à chacun des groupes de professionnels, présentés au chapitre cinq, permet de comprendre les motivations de certains d'entre eux. Par exemple, plus le chirurgien et l'anesthésiste effectuent de cas, plus leur rémunération sera conséquente. Pourtant, chacun n'a pas les mêmes objectifs reliés au temps. L'anesthésiste veut être occupé jusqu'à l'heure limite, mais ne fait pas la distinction entre les cas électifs appartenant au chirurgien avec qui il est jumelé et ceux du chirurgien qui effectuera un cas en urgence. Cette situation a des implications sur les appuis que chacun peut obtenir l'un envers l'autre. Les infirmières, les inhalothérapeutes et les préposés ne reçoivent pas de rémunération en fonction de leur performance et de leur productivité; et, au contraire, plus leur performance s'accroît, moins ils auront l'opportunité de rester en temps supplémentaire. L'acceptation du temps supplémentaire par le personnel dépend aussi des conventions négociées avec leur employeur. Lorsque le temps supplémentaire permet d'obtenir un revenu additionnel, la résistance à cette demande s'amoindrit. De plus, l'augmentation de leur productivité peut leur ajouter du travail additionnel qui n'est pas bonifié financièrement. Pourtant, tout le personnel valorise l'efficacité et l'optimisation du temps. Il semble que le personnel soit souvent prêt à travailler plus rapidement pour éviter d'être obligé de faire du temps supplémentaire et pour obtenir la reconnaissance des chirurgiens. Comme nous avons mentionné, les gestionnaires aussi mettent de la pression sur le personnel pour aller plus rapidement afin de ne pas annuler les cas et satisfaire les besoins des chirurgiens. Ce constat est étonnant, considérant l'importance que les acteurs du bloc opératoire accordent à la sécurité et à la qualité des soins. En effet, à plusieurs reprises durant nos entrevues, les groupes d'acteurs ont mentionné sacrifier des mesures d'hygiène ou des procédures, en raison des délais à respecter.

Dans tous les groupes, cette importance du temps a été mentionnée.

Lorsque nous identifions ce conflit, en ce qui a trait au risque pour la sécurité des soins lorsque le roulement est privilégié, les chirurgiens et les anesthésistes semblent s'entendre sur le besoin de favoriser l'utilisation du temps.

> *« R - (…) le turnover est tellement rapide qu'au fond, on n'a même pas le temps de finir le dossier d'un patient (…) et d'aller à l'étage voir un postop. Et quand on arrive, bien, il (le prochain patient) est déjà positionné, bien, c'est comme ça que se passe la journée.*
>
> *Q – Mais si…, justement, peut-être qu'on pourrait faire moins de cas et que ça aille plus lentement…*
>
> *R – Ça serait une idée. Moi, je ne suis pas tout à fait d'accord, mais ce serait une idée. Mais je pense qu'on devrait quand même maximiser le nombre de cas. »* (Chirurgien)
>
> *« Des fois on tourne les coins ronds, on dit : « OK, je pense qu'il est correct, il peut s'en aller en haut », mais il aurait peut-être fallu un petit peu plus de surveillance, un petit peu plus de soins en salle de réveil pour le stabiliser davantage, mais des fois on a de la pression des autres personnes en arrière qui poussent pour faire d'autres*

cas, donc il faut…des impératifs. » (Anesthésiste)

Même les gestionnaires suivent cette règle dans les aspects reliés au travail managérial.

> *« R- Le quotidien roule, mais il n'y a pas assez de temps pour, justement, s'occuper de ces choses-là* (régler les problèmes de qualité), *même si… c'est super important.*
>
> *Q – Mais si on cancellait, mettons, une journée, on aurait le temps de faire tout ça et après ça, les choses reprendraient leur cours.*
>
> *R – Oui, oui, oui. Ça, j'aimerais ça que vous alliez l'annoncer vous-même aux chirurgiens, premièrement, ensuite de ça, aux anesthésistes et ensuite de ça, à la direction. Oui. Ça serait…, oui. »* (Gestionnaire)

Dans la pratique, le personnel accepte aussi que le temps prime sur la qualité des soins. Ainsi, alors que le protocole de positionnement spécifie de relever les deux jambes du patient en même temps pour minimiser les risques de blessure, l'infirmier ne respecte pas celui-ci, faute de temps.

> *« Parce que, s'il fallait que j'attende tout le temps d'avoir une deuxième personne pour jouer avec les deux jambes en même temps là, on finirait pas de finir notre journée. »* (Infirmier)

Aussi, alors que toutes les surfaces devraient être lavées correctement, il semble que ce ne soit pas le cas, et ce, toujours par manque de temps.

> *« La raison pourquoi on ne fait pas les hauteurs, puis on ne fait pas le chariot, puis on ne fait pas la machine, c'est que si on fait ça, ça va prendre trop de temps pour faire la salle d'opération, puis ils vont être obligés de couper un cas ou deux dans la journée. C'est ça la vraie raison. »* (Préposé)
>
> *« Nous autres, on fait le strict... minimum, le mieux qu'on peut, mais il faut que ça aille vite. Quand je lave les tables, puis tout ça..., j'essaie d'en mettre le moins possible de liquide, parce que sinon ça ne séchera pas..., ça va prendre trop de temps à sécher. »* (Préposé)

Même si un protocole leur suggère de nettoyer les surfaces horizontales et tous les accessoires réutilisables (commande du respirateur, surface de la machine, neurostimulateur, etc.) entre les cas, les inhalothérapeutes ne font pas exception à la règle pour les mêmes raisons…

> *« Je ne sais pas si mes collègues le font... Théoriquement, moi, ça a été fait la nuit, je ne vais pas nécessairement le refaire... c'est impossible d'avoir le temps de tout faire ça... »* (Inhalotherapeute)

En analysant les différents groupes d'acteurs, leurs valeurs, leurs ressources et leurs limites, nous avons cherché à comprendre comment il était possible que le temps devienne plus important que la qualité des soins prodigués.

Deux constats découlent de cette analyse qui repose également sur d'autres exemples que nous n'avons pas présentés dans ce chapitre. Le premier est que les groupes d'acteurs ont l'impression de prodiguer des soins de qualité. Comme ils déclarent peu d'incidents et d'accidents et que les communications du bloc opératoire sur les événements, survenant dans les salles, sont surtout verbales, peu d'éléments sont disponibles pour eux afin d'identifier un manque de qualité. De plus, à cause de la pression du temps, la documentation des problèmes survenus est limitée. Le deuxième constat concerne la surveillance en salle. La responsabilité est collective, la dénonciation presqu'inexistante et la délégation fréquente, car il ne restera aucune trace des événements qui se sont réellement déroulés durant le cas, surtout lorsque le rythme de travail s'intensifie pour compenser la survenue d'un imprévu. Il n'est donc pas étonnant que, dans cette situation, la productivité prenne le dessus sur la qualité. L'importance du temps, la rémunération, la perception de la qualité et l'absence de surveillance directe sont donc des éléments d'influence significatifs au bloc opératoire, tel qu'il a été démontré dans la Figure 23. Ainsi, il semble que ce sont deux règles informelles, émanant de cette dynamique micropolitique existante au sein de la salle d'opération, qui engendre la problématique de qualité des soins : la valorisation du temps et la prépondérance et l'ambiguïté du jugement clinique.

À partir du sociogramme construit, nous constatons que les échanges entre les professionnels et les gestionnaires concernent deux aspects : le partage des informations nécessaires, pour que chacun puisse lui-même émettre un jugement sur la situation, et la reconnaissance, par les gestionnaires, des éléments que les professionnels ont négociés afin de documenter leur existence. Ainsi les infirmières s'attendent à ce que les gestionnaires respectent les conventions collectives en vigueur et reconnaissent leur contribution à l'utilisation optimale des ressources, en constatant leur rôle dans l'organisation harmonieuse des activités en salle. Cette reconnaissance par les gestionnaires favorisera la définition de leur identité professionnelle et leur permettra de négocier les limites de leur profession auprès des autres groupes de professionnels à l'interne. Les anesthésistes, eux, s'attendent à recevoir les informations administratives, leur permettant de soutenir les gestionnaires dans leurs négociations avec les chirurgiens, tout en obtenant un avantage sur les chirurgiens qui n'obtiennent pas cette information. Ils veulent également que leur statut soit valorisé, afin de leur permettre d'avoir priorité sur les chirurgiens dans les décisions managériales, pour s'assurer de maximiser leurs revenus et leurs conditions de pratique, en fonction de leurs propres critères. Les chirurgiens veulent s'assurer de pouvoir démontrer aux autres acteurs qu'ils ont le dernier mot sur les décisions, concernant tous les aspects reliés à la chirurgie, qu'ils soient cliniques ou managériaux. Ils veulent donc que leur autonomie professionnelle et que leur statut soient reconnus. En ce qui concerne les gestionnaires, ils veulent s'assurer de la collaboration des infirmières et des chirurgiens concernant l'utilisation optimale des ressources, ce qu'ils n'exigent toutefois pas autant des anesthésistes. En effet, leur relation particulière avec les anesthésistes concerne principalement le besoin que ces derniers les

informent de manière objective sur les conditions cliniques et qu'ils assument que leurs demandes sont honnêtes.

Nous constatons également que les échanges avec les gestionnaires servent les professionnels pour les enjeux qu'ils tentent de négocier eux-mêmes entre eux. Ainsi les infirmières veulent élargir les limites de leur profession (améliorer leurs compétences et leurs connaissances). Elles y arrivent en soutenant les chirurgiens qui négocient leur autonomie avec les gestionnaires (en reconnaissant leur aptitude à juger de l'état du patient). Les anesthésistes appuient également les chirurgiens auprès des gestionnaires, lorsque cela leur est aussi favorable sur le plan salarial, mais s'assurent qu'ils ne sont pas perdants dans la reconnaissance de leur statut et dans leur propre autonomie. Ils s'allient occasionnellement avec les chirurgiens, lorsque leur propre autonomie et leur statut ne sont pas reconnus par les gestionnaires, à la hauteur de leurs attentes.

Nous constatons finalement que les préposés ont surtout un lien employé-employeur avec les gestionnaires. En ce sens, les enjeux qui les concernent se limitent à favoriser l'utilisation optimale des ressources, en échange du respect des conventions syndicales. Ils n'ont toutefois pas le même potentiel d'influence sur le lien entre les chirurgiens et les gestionnaires que les infirmières, ce qui limite leur pouvoir dans leur relation avec les gestionnaires.

Les inhalothérapeutes ont également un lien similaire à celui des infirmières et des préposés avec les gestionnaires, mais nous verrons, dans l'analyse de la dynamique interne, que la reconnaissance de leur identité professionnelle par les anesthésistes et le lien qu'il crée avec eux favorisent le soutien qu'ils offrent aux demandes des anesthésistes, dans le cadre de leurs négociations avec les gestionnaires. Ils négocient également grâce à leur appartenance à différents niveaux de structure organisationnelle (appartenance à un autre département et à une autre direction, en tant qu'inhalothérapeute au sein de l'établissement).

L'autre élément du sociogramme que nous avons présenté est celui des stratégies que les acteurs utilisent afin de se positionner favorablement, en regard des enjeux qui sont négociés à travers les interactions avec les gestionnaires. Nous relions les stratégies spécifiques, que nous avons présentée dans la figure 23, aux stratégies relevées dans notre revue de la littérature afin d'en arriver à un niveau d'abstraction comparable. Nous expliquons et résumons celles-ci dans les paragraphes qui suivent.

Ainsi, pour s'assurer de l'utilisation optimale des ressources, les gestionnaires vont limiter la transmission des informations sur les ressources disponibles et vont demander aux infirmières de fournir les efforts appropriés pour satisfaire les chirurgiens, alors que les gestionnaires pourraient se limiter à respecter les limites établies par leurs conventions collectives. Ils manipulent donc leur discours pour trouver un compromis entre les demandes des chirurgiens et celles des infirmières et pour s'assurer de la collaboration des infirmières. De leur côté, les infirmières limitent, elles aussi, le partage des informations avec les

gestionnaires. En réduisant la documentation des événements, qui ont lieu durant le déroulement d'une chirurgie en salle, elles renforcent le statut des chirurgiens, puisque leur jugement sur l'état de santé du patient ne peut être contrebalancé par les gestionnaires, qui ne détiennent pas les informations pour réagir. Les infirmières négocient cet appui aux chirurgiens à l'interne, c'est-à-dire durant le déroulement des activités en salle, étant alors soustraites à la surveillance des gestionnaires.

Les chirurgiens n'hésitent pas à utiliser des arguments cliniques pour maintenir leur autonomie. Ainsi, ils soulignent la présence d'un risque clinique pour le patient afin de s'assurer de réaliser la chirurgie selon les paramètres et avec les ressources qu'ils désirent. Ils utilisent également les patients afin de maintenir leur autonomie et leur droit de regard sur l'organisation de leur journée (mettent volontairement un cas non annulable en dernier par exemple). Ces stratégies sont efficaces, d'autant plus que les chirurgiens limitent la communication des informations qui permettraient aux gestionnaires de juger de tels cas. Ainsi, les requêtes opératoires ne correspondent pas toujours à ce qui a été annoncé et les informations cliniques critiques (éléments détaillant l'urgence) ne sont pas nécessairement évidentes dans la documentation, ce qui rend difficile l'émission d'un jugement sur le bien-fondé des demandes par les gestionnaires. Les gestionnaires doivent utiliser le manque de ressources pour justifier leurs décisions. Pour être crédibles, ils doivent donc garder ces informations et ainsi en limiter la transmission aux chirurgiens. Par contre, ils ont besoin des informations cliniques pour valider leurs évaluations des besoins. Ils acceptent donc de partager les informations managériales avec les anesthésistes en échange de leurs points de vue cliniques sur les chirurgies. Les anesthésistes, eux, profitent de cette entente avec les gestionnaires, puisqu'elle leur donne des arguments de négociation à l'interne avec les chirurgiens.

Il apparaît donc que les appuis, que les professionnels donnent aux gestionnaires, leur servent à négocier l'ordre établi entre eux à l'interne.

Nous présentons les enjeux et les stratégies, relevées dans notre analyse, dans le tableau 20, en les reliant à leur sens plus large et en soulevant les différences notées par rapport à celles identifiées dans la littérature.

Tableau 20. Enjeux et stratégies caractéristiques de la dynamique externe

Enjeux stratégiques	Explication sur la base du microcontexte étudié
Rémunération	Volonté de maximiser ses revenus en effectuant le plus de cas possible.
Utilisation optimale des ressources	S'assurer que les ressources sont utilisées de manière juste et équitable en fonction des véritables besoins de la population.
Respect des conventions collectives	Ne pas exagérer dans les demandes exceptionnelles de ressources et gérer en fonction des ententes syndicales.
Obtention d'informations cliniques et administratives	Il s'agit de la capacité d'obtenir des données objectives concernant la disponibilité des ressources et les besoins cliniques.
Statut professionnel	Maintenir son aptitude à décider grâce à la reconnaissance de son expertise et sa légitimité dans une situation clinique
Respect de l'autonomie professionnelle	*Cet enjeu a déjà été expliqué dans le chapitre 3.*

Stratégies politiques	Explications sur la base du microcontexte étudié
Communications	Il s'agit de rendre fluide et transparent ou de limiter et rendre difficile l'échange d'informations critiques pour la réalisation des chirurgies.
Documentation	Fournir de manière écrite des informations permettant d'objectiver et de partager les données concernant les événements entourant la réalisation des chirurgies.

Représentation des patients	*Cette stratégie a déjà été décrite dans le chapitre 3 et a été relevée dans la littérature également.*
Utilisation des privilèges et limites de la profession	*Cette stratégie a déjà été décrite dans le chapitre 3 et a été relevée dans la littérature également.*
Démonstration d'un risque clinique	*Cette stratégie a déjà été décrite dans le chapitre 3 et a été relevée dans la littérature également.*
Ajustement du rythme de travail	*Cette stratégie a déjà été décrite dans le chapitre 3 et a été relevée dans la littérature également.*
Manipulation du discours	*Cette stratégie a déjà été décrite dans le chapitre 3 et a été relevée dans la littérature également.*

8.5 Les problématiques d'interactions professionnelles (internes)

Nous utiliserons deux autres exemples comme cas-traceurs afin d'illustrer les implications des problématiques récurrentes que nous avons identifiées, lors de nos observations et de nos entrevues sur les interactions entre les acteurs du bloc opératoire. Nous utiliserons le positionnement du patient pour illustrer comment la complexité des références de pratique et la valorisation du jugement clinique créent une zone d'incertitude, qui permet aux groupes d'acteurs d'exercer leur marge de manœuvre. Nous utiliserons la perte d'une aiguille pour démontrer les problématiques de communication stratégique et la légitimisation de l'expertise clinique qui permettent aux acteurs de définir leurs propres règles.

Dans le cas du positionnement du patient sur la table d'opération, les références de pratique sont suivies, mais elles sont déléguées à des acteurs qui ne sont pas tenus de les respecter. Ce sont définitivement les professionnels qui sont en mesure d'effectuer cette tâche importante, puisqu'elle implique une évaluation clinique de l'état du patient. Dans la documentation de l'établissement, le préposé n'est jamais responsable de positionner le patient. Pourtant, nos observations démontrent que la plupart du temps, c'est le préposé aux bénéficiaires qui effectue le positionnement du patient, même si l'infirmière en externe est celle qui en est responsable officiellement.

CAS 1 Positionnement par le préposé, assisté de l'anesthésiste

CAS 2 Positionnement par le préposé, assisté de l'infirmière externe

CAS 3 Positionnement par le préposé (validation avec l'infirmière externe)

CAS 4 Positionnement du patient et installation des bas compressifs par le préposé, assisté de l'infirmière externe

En fait, les infirmières voient un avantage à cette délégation des tâches. En effet, le positionnement du patient par le préposé reste un acte technique qu'elles peuvent superviser tout en continuant d'effectuer d'autres tâches afin de réduire leur temps de préparation entre les cas.

> *« Parce qu'on est en train de faire d'autres choses aussi en même temps et…, tu sais, on fait chacun nos choses et des fois on n'y pense pas nécessairement. Des fois, on pense que quelqu'un d'autre l'a fait aussi, tu sais. L'anesthésiste finit par vérifier, c'est lui qui installe son patient comme il le faut… »* (Infirmière)

Les chirurgiens préfèrent aussi effectuer d'autres activités (pause-café, tournée des patients, rédaction du dossier) plutôt que d'attendre en salle pour installer le patient.

> *« Je suis responsable, mais ce n'est pas moi qui va installer le patient. »* (Chirurgien)

Le fait que le préposé, l'infirmière ou le chirurgien s'occupe du positionnement du bas du corps n'influence pas les actes dont les inhalothérapeutes et les anesthésistes sont responsables. Le positionnement du patient par le préposé confère donc des avantages pour les chirurgiens et les infirmières et ne désavantage pas les inhalothérapeutes et les anesthésistes. Pourtant, cela ajoute un surplus de travail pour les préposés. Pour les préposés, le fait de positionner le patient et de connaître la façon exacte de le faire à la satisfaction du chirurgien lui confère une reconnaissance de ses compétences propres et même une expertise.

> *« Q – OK. Mais toi, là, dans le fond, tu vas être payé pareil, là...c'est-à-dire, pourquoi... pourquoi tu prends ce risque supplémentaire dans ton travail?*
> *R – Parce que moi, ça me valorise. »* (Préposé)

Il est également important de remarquer que les notes au dossier médical des professionnels décrivent la position du patient, mais ne précisent pas le nom ou la fonction de la personne qui effectue le positionnement du patient, ni l'approbation par la personne responsable. D'ailleurs dans le cas de cholécystectomie, donné en exemple, le préposé a effectué l'installation. La figure 30 démontre ce qui est pourtant noté au dossier.

Installation

Position : D.D

Technique : Patiente amenée en salle d'opération en décubitus dorsal sous anesthésie générale, badigeon de l'abdomen avec Chlorhexidine, un tap bloc est fait, mise en place des champs stériles.

Position:	☒ Dorsale ☐ Ventrale	☐ Gynéco. ☐ Table Traction selon procédure	☐ Latéral ___	☒ Courroie sécurité en place ☐ Rembourrage _____	☐ Bas Anti-embolique ☐ Bas séquentiel

Figure 24. Extraits respectifs des notes de l'anesthésiste (et de l'inhalothérapeute), du chirurgien et des infirmières concernant les détails au dossier reliés au positionnement dans le cas de cholécystectomie observé

Il n'y a donc pas de trace officielle de la délégation de cette tâche lorsque c'est le cas. Autre anomalie, les personnes, à qui les actes ont été délégués, ne sont pas informées des détails pertinents pour le positionnement.

> *«Je vais communiquer avec le chirurgien s'il y a des choses particulières. Si le gynécologue veut mettre les pieds dans les étriers et la madame a une prothèse de hanche, je vais dire « Ah, cette madame-là a une prothèse de hanche, attention ». Si le chirurgien dit : « Lève le bras », bien je vais dire : « Je suis à 90 degrés, non je ne le lèverai pas plus que ça ». Mais on ne fait pas de rapport. »* (Anesthésiste)

Le fait qu'il n'y ait pas de notes spécifiques sur l'évaluation en vue du positionnement et sur la personne qui a effectué le positionnement permet de créer une marge de manœuvre pour les membres de l'équipe qui en sont responsables. Mais pour éviter que les préposés, à qui cette tâche revient, prennent la relève de manière permanente, la transmission des informations se fait de manière parcimonieuse.

> *« Mais nous autres, des fois, on ne sait même pas ce qu'il a le patient. On n'est pas au courant. C'est juste l'infirmière qui est au courant. Des fois, l'infirmière ne nous dit pas tout, tout, tout. Tu sais, nous autres, on n'a pas d'affaire à aller voir dans le dossier pour savoir ce qu'il a le patient. On peut pas et on n'a pas à voir ça. On est juste préposé, on n'est pas professionnel, comme ils nous disent. C'est supposé être l'infirmière qui nous dise : «Fais attention, prends-le tranquillement».»* (Préposé)

Les infirmières utilisent même leur capacité de prendre (ou non) la responsabilité pour négocier avec les préposés.

> *« Mettons que le patient n'aurait pas été bien positionné, il y a certains infirmiers qui vont en prendre la responsabilité, parce qu'ils nous le disent : « Il était mal positionné, mais on a dit au médecin que c'était de notre faute ». Mais ce n'est pas toujours le cas… Il y a des infirmiers ou infirmières qui disent : « Ah, bien, c'est le préposé » et, cela crée de la chicane. Il y en a qui sont vraiment…, qui nous disent : « Ce n'est pas à vous autres à faire ça, nanana », mais ils aiment quand même mieux qu'on le fasse. »* (Préposé)

Ainsi, cet exemple démontre que les personnes, qui effectuent le positionnement du patient, ne sont pas consignées au dossier (et ne peuvent être relevées comme non conforme aux procédures ou être rapportées aux gestionnaires), que cela est avantageux pour deux groupes importants (les infirmières et les chirurgiens), que cela n'interfère pas avec les besoins et les activités de deux autres groupes (les inhalothérapeutes et les anesthésistes), et que cela augmente le pouvoir du groupe qui subit la perturbation (les préposés), en lui conférant une expertise qui permet l'existence de cette situation.

La problématique que nous identifions, à travers cet exemple, est donc celle du respect des normes de pratique, émanant des organismes de réglementation ; des règlements, des politiques et des protocoles locaux. Le personnel du bloc opératoire reconnaît que le non-respect des normes peut avoir de graves conséquences sur le patient, mais admet pourtant ne pas le faire tout le temps.

La compréhension de l'ensemble des éléments, qui influencent les pratiques de ces différents groupes de professionnels, est complexe, mais il reste évident que les professionnels ont tendance à valoriser davantage leur jugement clinique, qui souvent les pousse à agir à l'encontre de ces normes, ces règlements ou ces références. Cet exemple témoigne de la primauté du jugement sur les normes :

> *« C'est vrai qu'on devrait toujours le faire, mais c'est sûr que quand on voit quelqu'un de jeune qui arrive en bonne santé, on prend pour acquis qu'il n'est pas paralysé, qu'il n'a pas de prothèses, mais on prend des choses pour acquises et, des fois, on ne devrait pas, là. Jugement approximatif, je dirais. »* (Anesthésiste)

Le professionnel se réfère donc aux normes professionnelles, mais les adapte en tenant compte de son jugement clinique.

> *« Quand il y a des protocoles ou quand il y a des procédures, on dirait que les gens, des fois, ils perdent le discernement. Tu sais, ce n'est pas parce que tu as ça que ça doit te faire perdre ton discernement… Et c'est correct, moi je ne suis pas en défaveur de ça, mais il y a des affaires que je pense que tu peux passer plus vite en fonction du cas. »* (Chirurgien)

Finalement, l'élaboration de règles et de normes n'assure pas leur application. Dans le libellé de ces références de pratique, on ne fait pas allusion aux sanctions à imposer en cas de non-respect.

> *« Mais il n'y a personne…, tu sais, il y a des règlements, il y a un livre de règlements au bloc, il n'est pas suivi, ça fait que tu sais, tu fais ce que tu peux avec… »* (Assistant-chef)

Les professionnels ont la liberté de ne pas s'y conformer et les gestionnaires, eux, le défi de les faire respecter. Ce défi est de taille, puisque l'autorité reste une notion négociée

dans l'établissement de santé, plus particulièrement pour les médecins, qui, en tant que travailleurs autonomes, considèrent qu'ils n'ont pas de patron.

> *Q-- « Qui a une autorité officielle sur vous?*
> *R – Une autorité officielle? Je ne le sais pas…Je dirais Dieu…»* (Chirurgien)

En effet, les sanctions en cas de non-respect sont peu contraignantes, tel que le témoigne cet extrait :

« Le non-respect des règlements doit être signifié par lettre au comité de gestion du bloc opératoire; celui-ci acheminera les recommandations aux instances concernées pour en assurer le suivi. »

Les références régissant la pratique au bloc opératoire sont nécessaires, mais leur application est problématique dans un contexte où le jugement clinique prime, l'autorité est subtile et les ressources (dont le temps) sont limitées. Cette problématique nous permet de mettre en évidence le monde de professionnels dans lequel s'inscrit la réalisation de la chirurgie. Alors que les normes et les références devraient être respectées, de manière à assurer la qualité et la sécurité de la prestation de soins, les professionnels délèguent leurs actes et mettent leur responsabilité en jeu. Il arrive même qu'ils ne respectent pas leurs propres références de pratique professionnelle. Nous avons mis en évidence que des échanges ont lieu entre les acteurs et ceux-ci leur semblent profitables. Nous constatons donc que les interactions professionnelles méritent d'être approfondies, au niveau micropolitique, afin de mieux comprendre ce qui explique l'existence de ce non-respect des rôles professionnels, pourtant valorisés et défendus par chacun des groupes.

Nous présentons, dans le tableau 21, une reconstitution des actions et des interactions, que nous avons relevées durant nos observations, et nos entrevues, en lien avec une problématique prototypique (cas-traceur) associée au positionnement chirurgical. Nous y détaillons également nos interprétations stratégiques. Ces interprétations seront élaborées lorsque nous examinerons les relations dyadiques entre différents groupes d'acteurs autour de cette problématique typique.

Tableau 21. Chronologie des actions et des interprétations en termes d'hypothèses stratégiques pour une problématique prototypique de positionnement chirurgical

Reconstitution de la chronologie des actions et interactions	Interprétations en termes stratégiques
L'infirmière est occupée à préparer le matériel nécessaire pour la chirurgie et le patient doit être positionné.	Enjeu des infirmières Un risque de délai dans le début de la chirurgie peut leur être attribué.
L'infirmière délègue le positionnement du patient au préposé, même si celui-ci ne fait pas parti des tâches qu'il est en mesure d'exercer.	Enjeu des infirmières Faire reconnaître leurs compétences de gestionnaire de la salle par les chirurgiens, en assurant un roulement efficace de la salle, sans perdre toutefois ces actes qui constituent leur identité professionnelle. Stratégie des infirmières Déléguer des actes aux préposés, mais en garder le contrôle en limitant le transfert de connaissances.
Le préposé positionne le patient selon les directives de l'infirmière.	Effet de la stratégie des infirmières Les préposés acceptent de positionner les patients si les infirmières leur montrent comment le faire adéquatement. Enjeu des préposés Élargir leurs compétences et leurs responsabilités afin de faire reconnaître leur statut de professionnel. Devenir les plus expérimentés dans le positionnement des patients.
Le chirurgien valide le positionnement et la préparation de la salle.	Enjeu des chirurgiens Que le travail soit fait correctement peu importe par qui il est fait (idéalement par quelqu'un d'autre). Stratégies des chirurgiens Valoriser les membres de l'équipe qui auront permis un roulement rapide entre les cas. Transmet ses connaissances sur sa façon de positionner et les risques pour le patient.

Le chirurgien demande au préposé de positionner le prochain cas pour libérer l'infirmière.	Enjeu des infirmières S'assurer que le positionnement reste officiellement sous leur responsabilité. Stratégies des infirmières Limiter l'enseignement aux préposés et menacer de lui attribuer le blâme en cas de mauvais positionnement.
Le préposé utilise la répartition de son temps entre ses tâches officielles (ménage, transport) et ses tâches déléguées pour négocier l'organisation de son travail et le maintien des actes délégués	Enjeux des préposés Négocier ses conditions de travail et gérer ses pauses et ses repas. Stratégie des préposés Prendre le contrôle de tout ce que les professionnels n'ont pas envie de faire (ménage, entretien des équipements, positionnement) afin de développer sa « profession ». Effet de la stratégie des préposés sur les infirmières Obtention de meilleures connaissances et d'une certaine immunité sur sa responsabilité.
Si un incident ou un mauvais positionnement survient durant la chirurgie (en lien avec ce positionnement délégué), le chirurgien en prend la responsabilité officielle, mais s'attend à être supporter par l'équipe dans son jugement sur les actions à entreprendre.	Enjeu des chirurgiens Faire reconnaître le jugement sur l'état du patient comme étant dominant dans les décisions. Stratégie des chirurgiens Déléguer des actes, mais en rester imputable. Effet de la stratégie des chirurgiens Les infirmières, qui devraient être imputables pour les actes qu'elles ont fait poser par les préposés, ne le sont pas.
Les infirmières et les préposés supportent les chirurgiens dans leurs décisions.	Stratégie des infirmières Limiter la documentation des événements. Effet de la stratégie des infirmières L'incident est géré dans la salle par l'équipe.
Les anesthésistes et les inhalothérapeutes déterminent l'impact de l'incident sur leurs	Enjeux des anesthésistes et des inhalothérapeutes

activités et leurs responsabilités professionnelles.	Maintenir leur autonomie dans leur secteur d'activité et assurer la réciprocité aux autres membres de l'équipe. <u>Stratégie des anesthésistes et inhalothérapeutes</u> Supporter l'équipe s'il n'existe aucun impact sur l'anesthésie.

Nous décrirons maintenant le cas de la perte d'une aiguille. Les accidents qui surviennent durant une chirurgie sont heureusement rares. Parmi ceux que l'on craint, il y a la perte d'une aiguille, d'un instrument (ou une de ses pièces) ou de matériel, à cause du risque qu'il se retrouve à l'intérieur du corps du patient. Des procédures strictes sont mises en place et devraient être appliquées par le personnel afin d'éviter de tels événements. Par exemple, la procédure du décompte prévoit, entre autres, un compte initial et un compte final des instruments, compresses, tampons et aiguilles, qui se font à deux reprises, de manière ininterrompue, et à condition que les deux infirmières (interne et externe) soient en mesure de visualiser de visu chacun des éléments portés au décompte (procédure de compte et recompte lors de chirurgie, document interne). Selon cette procédure, lors d'un changement d'équipe, un décompte complet doit être effectué et la façon de le faire, décrite dans les moindres détails, cherche à minimiser les erreurs :

> *« Les compresses Raytex souillées doivent être ouvertes et bien séparées et la partie radio-opaque visible. »* (Procédure de compte et recompte lors de chirurgie)

Lorsqu'un compte final est inexact, la procédure prévoit de :

> *« Aviser le chirurgien immédiatement. Chercher l'article manquant. Demander au chirurgien s'il désire une radiographie (si oui retirer tout article radio opaque du champ opératoire). Inscrire au dossier les résultats de la radiographie, sur la feuille d'observation de l'infirmière de salle d'opération, s'ils sont connus. Aviser la coordonnatrice du bloc opératoire ou son assistante si l'article n'est pas retrouvé. Noter le décompte inexact sur la feuille de décompte et noter les mesures prises dans le dossier clinique. Compléter un rapport incident/accident dans le dossier informatique du patient. Documenter les mesures prises sur la feuille de route contresigne le document. Si un article est laissé dans le client par inadvertance, le chirurgien est responsable de le récupérer ou non et l'infirmière en service externe doit le documenter au dossier. »* (Procédure de compte et recompte lors de chirurgie)

Lors de nos observations, un tel événement s'est produit. Ainsi, durant une chirurgie abdominale, une aiguille s'est détachée de la main du chirurgien et s'est volatilisée. Après une brève recherche à proximité du site chirurgical, il est conclu que l'aiguille a été perdue. Cet événement est survenu au milieu de la procédure. L'équipe en salle a été avisée de l'événement, mais la chirurgie s'est poursuivie pendant que l'infirmière externe cherchait occasionnellement l'aiguille perdue, lorsqu'elle n'était pas occupée. Il y a d'ailleurs eu un changement d'équipe (l'infirmière en externe s'est faite remplacée pour sa pause) et l'ajout de deux autres infirmières en externe (dont une en formation) durant le cas, ce qui a multiplié les recherches. Au moment de ces changements d'équipes, les recomptes n'ont pas été

réeffectués, tel que le stipulait la procédure. Par contre, l'infirmière en interne qui avait fait le décompte initial est restée présente durant toute la durée de l'intervention. À un certain moment, plusieurs personnes cherchent l'aiguille, dont le préposé qui a été appelé afin qu'il balaye le plancher avec un bâton aimanté. En fin d'intervention, les efforts étant vains pour retrouver l'aiguille, le chirurgien demande que l'on fasse une radiographie. Dans nos observations, nous constatons que dans l'attente des résultats, la chirurgie se poursuit. Questionné à ce sujet, le chirurgien confirme que maintenir la plaie ouverte et attendre de retrouver l'aiguille pouvait être encore plus délétère pour le patient à cause des saignements.

> *« Parce que ça saigne et je veux avancer. »* (Chirurgien)

De plus, il avait jugé que les chances que l'aiguille soit restée dans le patient étaient faibles.

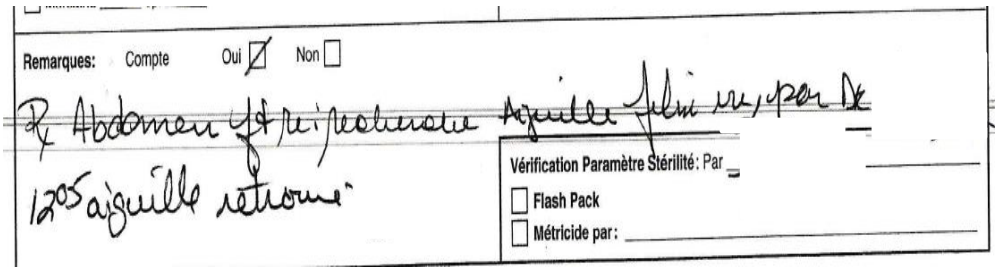
> *« Je regarde vite autour, mais je n'ai pas le temps de faire ça là. Et elle n'est pas dans mon champ et elle est pas dans le patient, elle est pas dans le ventre, je le sais parce que le ventre est assez fermé et les intestins sont sortis, ça fait que je regarde vite, je pense qu'elle est pas sur le champ, d'après moi elle est ailleurs autour en arrière de moi. »* (Chirurgien)

Une fois la chirurgie complétée et la plaie refermée, le chirurgien demande quand même à l'équipe d'anesthésie d'attendre le résultat de la radiographie pour réveiller le patient. La radiographie confirme finalement que l'aiguille ne se trouve pas dans le patient et le patient est alors transféré en salle de réveil, sans que l'aiguille n'ait toutefois été retrouvée.

Une analyse de cet événement ponctuel qui touche toute l'équipe démontre que dans la pratique, le personnel respectait la procédure en ce qui concerne la gestion clinique des événements, c'est-à-dire, dans les gestes à poser pour assurer la sécurité du patient. Par contre, la gestion administrative de cet événement est tout autre. En effet, en analysant le dossier, nous constatons que les faits sont rapportés tout autrement. D'abord, dans les notes d'observation des infirmières, dans la section du compte, il est noté qu'il est exact. Le patient a été transféré en salle de réveil à 11 h 13. La note a donc été complétée ultérieurement et en tenant compte des résultats et non du processus. Les seules remarques, témoignant des événements, sont présentées dans les figure 25 et 26.

Les deux notes ont la signature de l'infirmière externe qui effectue le constat, mais qui n'était pas présente au moment de la perte de l'aiguille. Ces informations et ces signatures, constatées sur les notes d'observation, ne correspondent pas au déroulement réel des événements et ne respectent pas la procédure du compte et recompte. La feuille de compte et recompte est encore plus surprenante. En effet, le compte et recompte est noté comme étant exact, avec une note adjacente au compte des aiguilles qui mentionne « aiguille retrouvée ». La feuille n'est pas signée par l'infirmière en interne, c'est-à-dire la seule

infirmière présente durant tout le cas pour confirmer le compte, mais bien par l'infirmière externe et l'infirmière en formation.

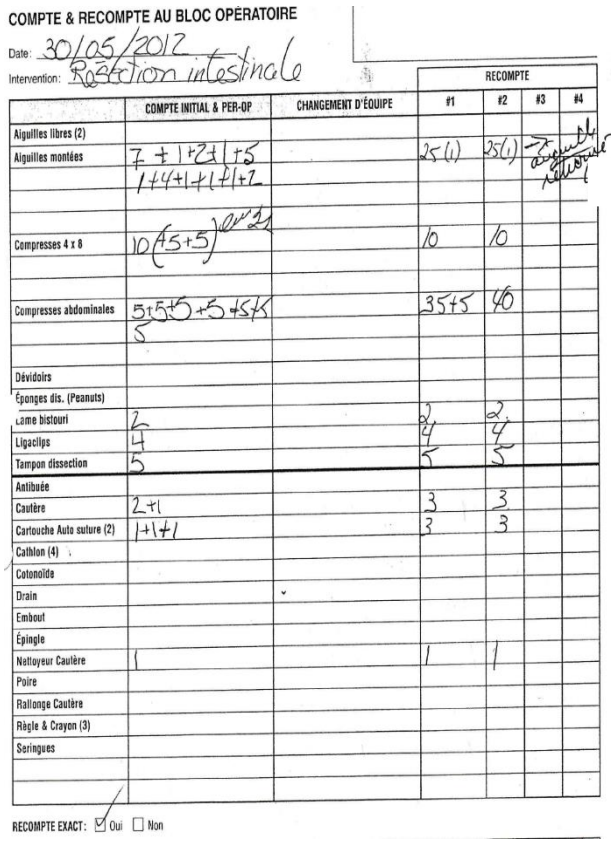

Remarques: Compte Oui ☑ Non ☐

Vérification Paramètre Stérilité: Par

☐ Flash Pack

☐ Métricide par:

Figure 25. Extrait de la note des infirmières concernant le décompte et les démarches effectuées.


COMPTE & RECOMPTE AU BLOC OPÉRATOIRE

Date: 30/05/2012

Intervention: Résection intestinale

	COMPTE INITIAL & PER-OP	CHANGEMENT D'ÉQUIPE	RECOMPTE #1	#2	#3	#4
Aiguilles libres (2)						
Aiguilles montées	7+1+2+1+5 1+4+1+1+1+2		25(1)	25(1)		
Compresses 4 x 8	10 (5+5)		10	10		
Compresses abdominales	5+5+5+5+5+5 5		35+5	40		
Dévidoirs						
Éponges dis. (Peanuts)						
Lame bistouri	2		2	2		
Ligacilps	4		4	4		
Tampon dissection	5		5	5		
Antibuée						
Cautère	2+1		3	3		
Cartouche Auto suture (2)	1+1+1		3	3		
Cathlon (4)						
Cotonoïde						
Drain						
Embout						
Épingle						
Nettoyeur Caulère	1		1	1		
Poire						
Rallonge Cautère						
Règle & Crayon (3)						
Seringues						

RECOMPTE EXACT: ☑ Oui ☐ Non

Figure 26. Feuille de compte et recompte du cas durant lequel une aiguille a été perdue et n'a pas été retrouvée durant le cas

La seule autre mention de l'événement au dossier se retrouve dans la note du chirurgien qui précise les précautions prises et souligne en addendum que l'aiguille a finalement été retrouvée au début du cas suivant.

Il n'y a pas eu de divulgation non plus au chef du bloc opératoire. Et même, dans ce cas-ci, l'assistant-chef n'avait pas été informé que l'aiguille n'avait pas été retrouvée à la fin du cas.

> *« C'est grave parce que dans la prochaine chirurgie qu'on compte, admettons qu'il nous en manque une aussi et que je trouve l'aiguille du cas avant, je vais dire : « Regarde, je l'ai », mais ce n'est pas vrai. C'est l'aiguille d'avant. Donc, moi je n'aurais pas rentré un autre cas… C'est sûr que j'aurais dû être avisée et le prochain patient n'aurait pas dû rentrer. »* (Assistant-chef)

Mais pour l'équipe, il apparaît que le plus important reste que l'aiguille ait finalement été retrouvée, même si cela s'est produit durant le cas suivant. En effet, les notes d'observation des infirmières démontrent que, pour elles, le résultat est plus important que le processus. Elles ne voient pas l'importance de mettre en évidence tous les événements qui se sont réellement produits, ni de déclarer un événement ponctuel qui est alors résolu. Pour les chirurgiens, la mise en évidence des efforts déployés et des précautions prises reste aussi suffisante.
Les seules mentions au dossier du chirurgien sont présentées dans la figure 27.

Lors d'un point en X sur le méso avec un Vicryl 0 détachable, en détachant l'aiguille, celle-ci est tombée hors du champ opératoire et nous n'avons pu la retrouver malgré des recherches intensives durant toute la chirurgie et à la fin. Nous avons fait une plaque simple une fois la chirurgie terminée et l'aiguille n'a pas été retrouvée mais elle n'était pas dans la région du patient.

N.B. Note tardive, l'aiguille a ete retrouve au debut du cas suivant sur le plancher.

Figure 27. Extrait du protocole opératoire de la chirurgie

Pour les anesthésistes et les inhalothérapeutes, l'événement est considéré comme ne faisant pas du tout partie de leur champ d'exercice.

> *« Il y a eu une aiguille perdue, mais ça ne regarde pas l'anesthésie… »* (Anesthésiste)

Les professionnels ne semblent pas vouloir alourdir leur travail avec des activités cléricales et administratives qui n'apporteront rien à la qualité de leur travail clinique, pour ce qui est d'événements imprévisibles et accidentels.

Les perturbations accidentelles qui touchent souvent plusieurs groupes professionnels contribuent à l'élargissement de la zone d'incertitude, puisqu'elles créent un écart entre ce qui devrait se produire et ce qui se produit réellement durant la chirurgie.

Pourtant, alors que la gestion de ces accidents et des activités à poser semble bien régie par des règles, les acteurs ne semblent pas les appliquer. La faible documentation des activités en salle et le peu de partage des informations, surtout avec les gestionnaires, limitent les sanctions qui peuvent s'appliquer à cette dérogation aux règles. De plus, la marge de manœuvre des gestionnaires est limitée par le partage de la même vision des événements accidentels par les professionnels. En effet, les professionnels orientent leurs préoccupations et leurs actions sur la résolution de l'événement et non sur la rédaction de rapports afin d'informer les gestionnaires de ces événements. Cette situation leur donne également plus de contrôle et d'autonomie sur leur travail, puisque « ce qui se passe en salle reste en salle ».

Nous présentons, dans le tableau 22, une reconstitution des actions et des interactions que nous avons relevées durant nos observations et nos entrevues en lien avec une problématique prototypique (cas-traceur), associée à la perte d'une aiguille. Nous y détaillons également nos interprétations stratégiques. Ces interprétations seront élaborées lorsque nous examinerons les relations dyadiques entre différents groupes d'acteurs autour de cette problématique typique.

Tableau 22. Chronologie des actions et interprétation en termes d'hypothèses stratégiques pour une problématique prototyipique de perte d'une aiguille

Reconstitution de la chronologie des actions et interactions	Interprétations en termes stratégiques
Le chirurgien échappe une aiguille en la décrochant du fil et ne la retrouve pas.	<u>Enjeu des infirmières</u> S'occuper de gérer cette problématique pendant que le chirurgien continue d'opérer afin de démontrer ses compétences de prise en charge des problématiques de la salle. <u>Stratégie des infirmières</u> Gérer la recherche de l'aiguille en fonction des désirs du chirurgien et avec succès. <u>Enjeu des chirurgiens</u> S'assurer que le patient n'est pas en danger durant la recherche de l'aiguille.
L'infirmière délègue la recherche de l'aiguille au préposé et à l'infirmière en externe.	<u>Enjeu des infirmières</u> S'assurer que la gestion de la recherche de l'aiguille n'entrave pas la réalisation de la chirurgie.
Le chirurgien poursuit l'intervention malgré le fait que l'aiguille ne soit pas retrouvée.	<u>Enjeu des chirurgiens</u>

	Juger du risque d'un délai dans la chirurgie versus du risque d'une aiguille oubliée dans le patient sur l'état de santé du patient. <u>Stratégie des infirmières et des préposés</u> Respecter le jugement du chirurgien. <u>Enjeu de l'anesthésiste</u> S'assurer qu'il n'y a pas de risque pour l'anesthésie. <u>Stratégie de l'anesthésiste</u> Ne pas se mêler de la situation pour s'assurer de maintenir l'ordre établi à l'intérieur de la salle s'il n'y a pas d'impact sur la pratique anesthésique.
Le chirurgien demande une radiographie avant le transfert du patient afin de confirmer que l'aiguille n'est pas dans le patient. Le patient est transféré en salle de réveil car la radiographie confirme que l'aiguille n'est pas dans le patient.	<u>Enjeu des chirurgiens</u> S'assurer qu'il n'y a aucun risque pour le patient. <u>Stratégie des infirmières</u> Respecter le jugement du chirurgien.
L'aiguille est retrouvée sur le plancher par le préposé durant le cas suivant et les documents sont complétés en tenant compte de ce résultat.	<u>Stratégie des infirmières</u> Résoudre la problématique ponctuelle et en informer le chirurgien. <u>Stratégie des chirurgiens</u> Faire confiance aux infirmières pour gérer l'incident puisque l'aiguille n'est pas dans le patient.
L'équipe poursuit ses activités et n'informe pas les gestionnaires de cet incident.	<u>Enjeu de l'équipe en salle</u> Respecter le jugement clinique et s'assurer de la sécurité du patient. <u>Stratégie de l'équipe en salle</u> Gérer l'événement en salle s'il n'y a pas d'impact sur le patient.

8.6 Sociogramme d'interactions professionnelles : la constitution de la dynamique interne

Dans les paragraphes suivants, nous expliciterons en plus de profondeur les liens que les différents groupes d'acteurs entretiennent entre eux dans leurs interactions et que nous avons illustrés par nos deux cas-traceurs, afin de mieux comprendre la constitution de cette dynamique interne (incluant les enjeux des différents acteurs ainsi que leur stratégies). Celle-ci sera par la suite résumée dans le sociogramme d'interactions professionnelles.

8.6.1 Liens préposés-infirmières

Les communications entre les infirmières et les préposés ne passent pas par le dossier médical ou la requête opératoire. Elles sont plutôt informelles. L'enjeu principal pour les infirmières est de se libérer du temps pour effectuer d'autres tâches, alors que l'enjeu pour les préposés est de faire reconnaître sa capacité d'offrir un travail de niveau professionnel. Toutefois, ces communications entre eux sur ce qu'il y a à faire et sur la façon de le faire s'échangent stratégiquement.

Par exemple, la réception d'informations de la part de l'infirmière sur la condition du patient permet au préposé de bien faire ou non son travail.

> *«Q-- Tu fais-tu l'évaluation du patient avant de le déplacer?*
> *R – Non. Des fois on ne sait même pas ce qu'il a, le patient. On n'est pas au courant, c'est juste l'infirmière qui est au courant. Des fois, l'infirmière ne nous dit pas tout, tout, tout. »* (Préposé)

En échange, le préposé rapporte les informations qu'il collecte aux infirmières.

> *« Quand le patient qui est dans le 9 à l'autre bout, ça fait 45 minutes qu'il dort et qu'il se met à ronfler et que les nurses sont ici kakakakakaka en train de jaser de leur souper de la fin de semaine, bien, c'est moi qui vais venir les voir et faire comme : « Aïe, les filles, en passant là… »…, je vais avoir touché aux pieds au monsieur ou je vais juste lui avoir brassé les pieds juste pour qu'il arrête de ronfler parce que tu sais, il va arrêter de respirer là lui? Je les touche un peu, mais là c'est moi qui va venir les avertir : « Les filles, monsieur dans le 9, il ronfle en sacrifice ». Là, ils vont voir : « Bien, il ne ronfle pas ». « Bien non, je viens de le brasser. Tu sais, parlez-lui, réveillez-le, faites votre job. »* (Préposé)

Le préposé est aussi le seul qui développe une relation informelle avec le patient le jour de son intervention. Ce rôle il le perçoit bien…

> *«Q-- Dans quoi tu te sens le plus utile dans ton travail?*
> *R – Réconforter le patient. »* (Préposé)

Ses contacts répétés avec le patient et même sa famille, qui ne sont justement pas d'ordre professionnel, se réalisent du début à la fin de la chirurgie (transport vers la salle, positionnement, assistance durant l'anesthésie, retour à sa chambre) et rassurent le patient

puisqu'ils se situent à un niveau social et sont ciblés vers son confort (ajustement des couvertures, déplacement).

> *« Quand on va chercher le patient, c'est stupide pour quelqu'un de dire : « Aïe, elle va juste chercher le patient ». Non, non, non, le patient est nerveux, il est stressé, une petite couple de jokes en descendant, on rit un peu. Tu sais, tu te dis : « Regarde, tu le fais relaxer ». Ce n'est pas grand-chose, mais au moins je peux faire ça. »* (Préposé)

Les préposés détiennent donc également des informations personnelles sur les patients qu'ils peuvent partager avec les infirmières. Le préposé doit donc valider chacune des actions qu'il pose auprès de l'infirmière, puisqu'il n'est pas considéré comme un professionnel qui a les compétences pour le faire.

> *« Tu le demandes. Tu demandes toujours à l'infirmière ou l'infirmier : «Est-ce que je peux débrancher ça? Est-ce que je peux tasser le meuble de télévision pour rentrer la civière?».»* (Préposé)

Ce contrôle qu'exerce l'infirmière sur lui le rend difficilement en mesure d'être autonome dans son travail. Mais, en échange de l'aide incontestée qu'il apporte à l'infirmière, le préposé se voit déléguer certaines tâches professionnelles, dont le positionnement et l'installation du patient.

> *« Parce que moi je dis tout le temps à ceux que j'entraîne, je dis : « Nous, on est là pour aider, on n'est pas là pour positionner. On est là pour aider l'infirmier ou l'infirmière, pour les aider à positionner ». Mais ça devient que c'est nous qui positionnent. »* (Préposé)

La délégation des tâches de l'infirmière au préposé constitue un alourdissement de leur tâche.

> *« On est juste des préposés. J'ai la paye d'un préposé. Souvent je me dis : « Cibole, me semble que j'en mène large ici, moi, dans une salle. Je ne serais pas supposé là ». Je ne serais pas supposé, me semble, en faire autant que ça avec le patient. Avec le patient, je parle. Je ne te parle pas en général dans la salle là, tu sais, le matériel, ce qu'ils ont besoin, un rush de dernière minute. Ça, je peux comprendre ça, mais avec le patient, je trouve qu'on en fait un peu trop dans une salle. »* (Préposé)

Cette délégation d'acte confère certains avantages aux infirmières.

> *« Je me mets à la place des infirmières et des infirmiers, si le préposé le fait, moi, je suis occupé à faire mes autres affaires. Tu sais, je vais déballer mes affaires, je vais m'installer comme ça quand le chirurgien arrive, moi je vais être prête, même si le préposé est pas prêt. »* (Préposé)

Les infirmières délèguent leurs actes aux préposés même si elles doivent en assumer la responsabilité.

> *« Le positionnement, il faut qu'il soit revalidé. Elles peuvent être aidées, c'est sûr, pour la force musculaire, mais ce sont les infirmières qui demeurent responsables. S'il y a une plaie qui se fait, s'il y a un accident qui arrive, c'est sûr que l'infirmière en externe y passe… au bureau. Je veux dire, c'est elle qui est responsable. »* (Infirmière)

Les interactions entre les infirmières et les préposés se font donc sous la forme d'un lien demandeur-exécutant. La seule liberté dont dispose le préposé, lorsqu'il participe aux activités cliniques, est d'aider les infirmières à être mieux préparées à l'arrivée du chirurgien, en effectuant toutes les tâches simples qu'elles n'ont pas le temps de faire, selon leurs recommandations et leur bon vouloir. Cette concession, effectuée par les infirmières dans le respect des normes, convient aux préposés qui se sentent enfin valorisés, comme les autres professionnels, en participant à des actes cliniques.

Le préposé ne se voit pas grand dans ce monde de professionnels qui lui rappellent sans cesse qu'il ne l'est pas. Pourtant, ce statut lui confère beaucoup de pouvoir. En effet, dans un domaine ultraspécialisé où chacun exprime l'importance d'exercer uniquement dans le champ de ses compétences, le préposé a la voie libre pour prendre en charge tout ce que les autres ne veulent pas faire. Comme il s'agit d'un secteur technique, le préposé peut, par surcroît, devenir une source incontestable de référence et de connaissances. De plus, il agit à plusieurs étapes et à des moments critiques. En effet, le début de la journée dépend de lui. D'ailleurs, l'heure d'arrivée du premier patient influence le retard que la salle prendra durant la journée, le nombre de cas qui seront effectués et la pression qui sera mise sur l'équipe par le chirurgien. Deuxièmement, le roulement entre chaque cas et la durée du temps interopératoire passent également par l'efficacité du travail du préposé. Il doit absolument faire le ménage de la salle, avant que le prochain cas ne soit préparé, et aucun membre de l'équipe n'a l'intention de se substituer au préposé durant cette étape, jugeant qu'ils n'ont pas les compétences pour le faire ou que cela ne relève pas de leurs compétences. Puis, les préposés rangent, entretiennent et déplacent tous les équipements du bloc opératoire. Ils sont donc souvent les meilleurs pour savoir où ceux-ci se trouvent et comment ils doivent les installer, ce qui réduit les délais inutiles. Leur expérience est souvent utilisée par les infirmières pour régler les problèmes que rencontrent les chirurgiens avec les équipements et leur permet de valoriser leurs propres compétences envers les chirurgiens. Les liens entre les infirmières et les préposés montrent donc que la stratégie des infirmières est de déléguer certaines tâches aux préposés, qu'elles choisissent et contrôlent parcimonieusement, afin de pouvoir effectuer des tâches plus valorisantes pour elles. Les préposés, eux, adoptent comme stratégie la réalisation de tâches qui vont au-delà des rôles qu'ils doivent jouer et communiquent des informations privilégiées aux infirmières, afin de valoriser leur travail et de démontrer qu'ils sont aussi professionnels que le reste de l'équipe.

8.6.2 Liens infirmières-chirurgiens

Les interactions entre les infirmières et les chirurgiens, en salle d'opération, prennent une forme différente, puisque la relation implique deux groupes de professionnels qui, de manière autonome, sont imputables professionnellement des actes qu'ils posent. De cette façon, les infirmières ont la responsabilité de fournir aux chirurgiens le matériel adéquat et toutes les informations pertinentes à ce sujet, ainsi que de régler les problématiques qui s'y

rapportent avec les gestionnaires. Ces actes, gérés de manière autonome par les infirmières, peuvent avoir des conséquences directes sur les chirurgiens, puisqu'eux sont imputables des conséquences de ces actes posés par les infirmières sur le patient. De plus, les chirurgiens n'ont aucun lien hiérarchique avec les infirmières, ce qui réduit leur capacité de gérer les incidents et les accidents qui peuvent survenir durant une intervention chirurgicale.

> *« C'est un lien de collaboration. C'est sûr que c'est un lien délicat parce qu'on n'est pas du tout leur patron, mais, d'un autre côté, on leur donne des ordres jusqu'à un certain point. Gentiment le plus souvent possible, mais c'est une relation délicate parce qu'il faut…, on leur demande des instruments, on leur demande de faire si, de faire ça…Le reste du temps…, évidemment quand je n'étais pas dans la salle pendant tout ce temps-là, c'était les infirmières qui faisaient le reste. »* (Chirurgien)

L'enjeu principal pour les chirurgiens est d'être en mesure de se libérer du temps pour effectuer leurs autres activités cliniques et de s'assurer en même temps que les décisions cliniques pour leurs patients sont respectées. Pour les infirmières, l'enjeu est justement de se trouver une compétence-clé qui leur donnerait une identité professionnelle et une reconnaissance particulière. Pour s'assurer de la collaboration des infirmières en ce sens, les chirurgiens acceptent de les considérer comme étant autonomes sur ce plan, de reconnaître et même de développer leur expertise. Les interactions prennent la forme d'un échange informel. Plus le dévouement des infirmières est grand et le respect de leur jugement clinique est ressenti, plus la reconnaissance et le transfert de connaissances de la part des chirurgiens sera important.

> *« Et pour apprendre, bien, il faut que le chirurgien soit assez gentil pour nous donner des trucs et nous aider. »* (Infirmière)

Les chirurgiens utilisent la formation des infirmières comme un argument de négociation avec elles.

> *«Q-- Mais supposons que tu veux qu'une infirmière fasse quelque chose pour toi.*
> *R – Bien, si on me disait : « Voilà. Telle personne va venir travailler en urologie avec nous » et qu'ils viennent et qu'ils me disent : « On veut la former pour qu'elle puisse travailler de manière régulière en urologie », là je prendrais le temps. Et comme j'ai fait avec une infirmière récemment, j'ai dit : « OK, je vais te montrer comment on fait ça, ma façon de faire ». »* (Chirurgien)

Les chirurgiens arrivent à faire sentir aux infirmières qu'elles se doivent de mériter cette reconnaissance de leur part.

> *« Oui, je pense qu'une infirmière d'expérience au bloc doit avoir l'estime du médecin. Bien, ils doivent bien en estimer des jeunes, je ne peux pas croire. On ne doit pas être si pire que ça. Sauf que je ne le sais pas là. »* (Infirmière)

> *« Bien, c'est parce qu'il va me dire, à la fin de la chirurgie ou à la fin de la journée, il va me dire : « C'était une maudite bonne idée, c'était… »… Il donne du feedback…, il dit quasiment merci. »* (Infirmière)

Pourtant, ce sont les chirurgiens qui ont besoin que leurs obligations soient prises en charge par les infirmières lorsque des problématiques surviennent dans la salle ou même en cours d'intervention.

> *« On est comme des pompiers, on finit toujours par réussir à éteindre les feux. »* (Infirmière)

Les interactions entre les chirurgiens et les infirmières sont aussi basées sur le maintien d'un rythme optimal afin d'être en mesure de réaliser l'objectif ambitieux que se donne le chirurgien. Les chirurgiens n'hésitent pas à demander aux infirmiers de faire plus que leur travail.

> *« Des fois, on a un préposé pour la fin de semaine et on des cas et là il faut que ça roule et, tu sais, ça dépend des médecins. Il y en a qui nous en mettent de la pression! Ça fait que, oui, moi ça m'est déjà arrivé de prendre la moppe et d'aider au préposé.»* (Infirmière)
>
> *« Et après ça, nous autres on a moins de temps pour pouvoir préparer le prochain patient et si on a moins de temps, si le médecin est pas content, bien, il veut qu'on aille plus vite et souvent on est poussé à aller encore plus vite… »* (Infirmière)
>
> *« Et là, l'autre, lui, c'est d'autre chose, il met de la pression, il faut que ça roule, que ça roule, que ça roule, il met de la pression et là tout le monde est [onomatopée signalant l'essoufflement]. Là, on a l'air des poules pas de tête. Ça aussi ça change une ambiance. »* (Préposé)
>
> *« Le chirurgien, il veut en passer le plus possible, naturellement. Là, ça veut passer des cas électifs en cas d'urgence et ils ne sont pas sur la liste et là ça met de la pression »* (Préposé)
>
> *« C'est : « Go, go, go, il faut que ça roule ».»* (Préposé)

Et pour les chirurgiens, les infirmières restent responsables de réduire tout délai qui survient durant la journée, même si elles n'y sont pas reliées, comme c'est le cas lorsque l'anesthésie ou le ménage se prolongent.

> *« Quand c'est moins facile entre le médecin et l'anesthésiste, souvent, c'est moins facile entre le médecin et le staff nursing aussi. On est plus poussé pour aller encore plus vite. »* (Infirmière)
>
> *« Q-- Ça fait que là, dans ce temps-là, c'est l'infirmière et l'anesthésiste qui doivent rentrer la civière?*
> *R – Bien, de toute façon, des fois on n'a pas fini et ils sont déjà à la porte avec. »* (Préposé)

La qualité des interactions entre les chirurgiens et les infirmières est donc aussi basée sur le roulement qu'elles réussiront à obtenir de la part des anesthésistes et des préposés. Les infirmières transposent aussi cette relation dans leurs liens avec les préposés.

> *« Tu sais, ils vont me dire, en farce : « Ce n'est pas prêt? », mais je sais qu'elles le savent… Il y a des fois qu'elles arrivent, elles sont devant la porte, elles attendent… C'est assez, disons, plus paniquant quand tu les vois qu'ils sont dans la porte. »* (Préposé)

Les chirurgiens et les infirmières valorisent les arguments cliniques et il n'est donc pas étonnant qu'ils se rallient en ce sens, étant imputables professionnellement sur ces aspects, mais, c'est aussi parce que leur relation se construit à travers des échanges de services que stratégiquement les infirmières acceptent de respecter le jugement des chirurgiens et de gérer la salle et les problématiques pour eux. Les chirurgiens optent stratégiquement pour le développement et la reconnaissance de l'expertise des infirmières comme coordonnateurs de la salle et acceptent de leur transmettre leurs connaissances pour renforcer ce lien.

8.6.3 Liens anesthésistes-chirurgiens

Dans les cas-traceurs que nous avons présentés, ainsi que durant nos observations, nous avons noté que les chirurgiens et les anesthésistes adoptent des interactions particulières, dont une des caractéristiques est l'échange limité d'informations. En effet, les enjeux principaux des deux groupes sont similaires: se libérer du temps, mais rester le décideur clinique qui juge de l'état et des risques pour les patients en salle d'opération. Par contre, même si les enjeux sont les mêmes, les objectifs diffèrent. Les anesthésistes visent la bonne utilisation de leur temps en salle et considèrent l'ensemble des activités du bloc, alors que les chirurgiens se préoccupent plutôt de l'impact individuel (pour chaque patient) des décisions prises en salle et l'optimisation de l'ensemble de ses activités cliniques. Afin de gérer cette compétition, l'accès à l'information reste un facteur-clé.

> *« On ne communique rien sauf s'il y a des choses particulières. Si c'est comme du standard, on ne communique rien. »* (Anesthésiste)

Même des événements graves ne sont pas toujours communiqués.

> *« J'ai regardé plusieurs fois le pouls parce qu'à un moment donné, le pouls a monté à 110. Il n'y a personne qui me l'a dit. Tu sais, ah, ça saigne un peu, on perd du sang et personne ne m'en parle. Moi, je l'ai vu le pouls. À un moment donné, j'en ai parlé à l'inhalo. »* (Chirurgien)

En fait, les chirurgiens et les anesthésistes ne communiquent souvent qu'à travers le dossier.

> *« Mais nous, sur la feuille d'anesthésie, on est supposé de cocher, par exemple, l'occiput est-il protégé, les yeux ont-tu été protégés, les talons ont-tu été protégés… On a des places pour cocher. Comme anesthésistes, on doit le faire. Ça, on s'en assure quand même assez bien, je pense. C'est sûr, si c'est une ligature tubaire qui*

dure 15 minutes, on ne le fait pas là, mais, dès que le cas est un peu long, on le fait, mais on le communiquera pas au chirurgien, par contre. » (Anesthésiste)

Les interactions entre les anesthésistes et les chirurgiens reposent également sur l'échange des données cliniques qu'ils négocient entre eux.

Chacun des groupes cherche à montrer son importance clinique.

> *« Contrairement à ce que pourraient penser certains anesthésistes, les patients ne se font pas endormir et on en profite pour les opérer en même temps, ils se font opérer… »* (Chirurgien)

> *« Tu sais, des fois, quand l'anesthésie prend plus de temps que l'opération elle-même, ça devient assez compliqué »* (Infirmière)

D'ailleurs, comme les anesthésistes déterminent également l'aptitude des patients à subir la chirurgie de manière sécuritaire, sur le plan médical (versus chirurgical), cela leur donne un argument supplémentaire pour négocier leur statut avec les chirurgiens. En effet, les anesthésistes valident les contre-indications médicales à la chirurgie.

> *« Bien, c'est eux qui voient le patient en préopératoire, ils ne font pas la médecine interne, mais quasiment. Ça fait qu'ils évaluent l'état de santé du patient, puis, mettons que le patient, il n'a pas arrêté d'être anticoagulé, puis l'INR EST élevé, il dit : « On ne peut pas l'opérer, il faut remettre la chirurgie »... C'est l'anesthésiste qui fait toute cette consultation-là, avant... »* (Inhalothérapeute)

Pour leur part, les chirurgiens se limitent à transmettre les informations pertinentes aux anesthésistes, concernant les situations particulières qu'ils devront s'assurer de maîtriser durant la chirurgie.

> *« Habituellement, avec le chirurgien, on va juste se parler pour les particularités, les demandes spéciales des cas qui vont suivre. »* (Anesthésiste)

> *« Ils ont besoin l'un et de l'autre… si le patient pousse, s'il y a quelque chose, il va aviser l'anesthésiste. Le chirurgien va aviser et l'anesthésiste va s'ajuster. »* (Assistant-chef)

Il semble que les anesthésistes et les chirurgiens ont des objectifs différents, lorsqu'ils évaluent les risques de la chirurgie pour le patient, même s'ils partagent la même formation médicale. Les interactions qu'ils développent entre eux se basent sur des argumentations sur le plan clinique, mais aussi sur le plan organisationnel, même à l'intérieur de la salle. Ce sont les anesthésistes qui ramènent cette réalité, lorsque nécessaire dans la négociation. Par contre, chacun se limite à la gestion des événements reliés à son expertise, lorsqu'il est question de rapporter les incidents et accidents et de les gérer avec l'administration, dans le souci de maintenir leur autonomie professionnelle respective. Il n'est pas étonnant que des relations négociées émergent entre les anesthésistes et les chirurgiens. Les négociations touchent l'heure de début de la chirurgie, le temps interopératoire, le type d'anesthésie, les bilans préopératoires, les annulations de cas et les cas définis comme étant les plus urgents.

La stratégie, employée par les anesthésistes en salle, est donc d'utiliser les informations, qu'ils obtiennent dans ses interactions managériales sur la disponibilité des ressources, pour collaborer ou non avec le chirurgien et pour respecter ses décisions cliniques. Les anesthésistes profitent de leur lien privilégié avec les inhalothérapeutes pour obtenir une légitimité dans leurs décisions. Les chirurgiens, eux, utilisent leur expertise chirurgicale pour invoquer des risques cliniques pour leurs patients afin de faire respecter leur jugement par les anesthésistes. Selon le lien qu'ils ont négocié avec les infirmières, ils obtiennent l'appui des infirmières dans le respect de leur jugement clinique, mais cet appui est beaucoup plus conditionnel que celui des inhalothérapeutes pour les anesthésistes. Afin de protéger cet appui, les chirurgiens utilisent des stratégies pour démontrer leur statut. Par exemple, ils sont peu présents en salle pour démontrer l'importance de leurs activités.

8.6.4 Liens inhalothérapeutes-anesthésistes

Les interactions entre les inhalothérapeutes et les anesthésistes se caractérisent par une cohérence cognitive presque symbiotique. L'enjeu principal pour les inhalothérapeutes est de faire reconnaître leur identité distincte de celle des infirmières et leur spécialisation professionnelle. Alors que l'enjeu principal pour les anesthéistses est d'arriver à se libérer du temps durant la chirurgie, entre autres, afin d'aller chercher des informations managériales, qu'ils utilisent pour influencer leur statut dans la structure décisionnelle interne et externe. Les inhalothérapeutes et les anesthésistes reconnaissent et respectent mutuellement le jugement de l'autre.

> *« Ça ne me gêne pas de poser des questions à l'inhalo, voir qu'est-ce qu'il pense d'un airway, voir qu'est-ce qu'il pense de la possibilité de ventiler les patients ou pas,… j'écoute les suggestions, je vais réfléchir. Je pense qu'il y a des inhalos qui ont énormément d'expérience, puis qu'on peut toujours apprendre de cette expérience. »* (Anesthésiste)

> *« Depuis les années où on travaille ensemble, on fonctionne comme un vieux couple. »* (Inhalothérapeute)

Cet exemple illustre bien le type d'interactions que les inhalothérapeutes et les anesthésistes ont développé avec le temps et la confiance qu'ils mettent dans les capacités de l'autre:

> *« Les chirurgiens ne quitteront pas la salle une heure et l'infirmière continue l'opération, tandis que l'anesthésiste, il va pouvoir quitter la salle des fois une heure pour aller manger, aller faire une épidurale au pavillon, aller voir un patient à l'urgence. L'inhalo va pouvoir continuer l'anesthésie et des fois ils vont donner des médicaments… ce qu'ils n'ont peut-être pas légalement le droit de faire, mais ils le font parce que, bon, ils ont comme une espèce d'entente ici ou dans plusieurs hôpitaux où, et jusqu'à une certaine limite, ils peuvent donner tant de fentanyl, ou tant de curare ou tant de gaz, etc.. Puis après une certaine limite, ils vont appeler l'anesthésiste, mais ils ont une certaine latitude. »* (Anesthésiste)

Les interactions entre les anesthésistes et les inhalothérapeutes leur permettent de se fier à leurs jugements respectifs et se manifestent par un partage égalitaire des activités.

Les inhalothérapeutes et les anesthésistes partagent la responsabilité de leurs actes et sont impliqués tous les deux dans la prise en charge du patient. Pourtant, même en tant que professionnels, les inhalothérapeutes ne sont pas prêts à assumer les responsabilités, pour lesquelles ils ne détiennent pas les compétences, et il s'agit probablement de la seule limite à leur coopération.

> *« Avec le temps, avec l'expérience, bien, tu dis : « Non. Je ne peux pas faire ça, si vous n'êtes pas là »... Mais au début, c'est ça, il y a des anesthésistes qui t'amènent à... à aller pas mal plus loin que ton cadre de travail. »* (Inhalothérapeute)

Mais l'entraide reste présente dans les interactions.

> *« C'est vraiment la personne qui est là pour nous aider…si jamais on est mal pris, elle va être là… »* (Anesthésiste)

Et malgré les limites qu'ils imposent, les inhalothérapeutes acceptent de prendre le patient en charge à la place de l'anesthésiste.

> *« Il faut comprendre que les inhalos, c'est probablement nos plus grands alliés là sur le terrain et il faut quand même faire attention à eux, les respecter si on veut qu'ils nous respectent aussi et puis… Ils nous aident beaucoup, beaucoup, beaucoup dans notre travail. Quand l'anesthésiste doit sortir de la salle, c'est un peu l'inhalo qui prend la relève. Des fois, l'anesthésiste est sorti longtemps et l'inhalo, souvent, il va travailler fort… »* (Anesthésiste)

Les inhalothérapeutes et les anesthésistes se rapportent les informations qu'ils obtiennent mutuellement. Lorsqu'ils sont tous les deux dans la salle, ils discutent beaucoup. La teneur de leur discussion n'est pas seulement professionnelle, mais contribue certainement à leur relation privilégiée.

> *« Ou des fois je leur dis, en haut à l'inhalo et/ou l'anesthésiste, ça jase, des fois je leur dis : « Là, vous allez parler juste pour ce qui est pertinent pour le patient». »* (Chirurgien)

La relation des anesthésistes et des inhalothérapeutes se base donc sur le partage. Les anesthésistes prennent la stratégie de déléguer leurs actes professionnels aux inhalothérapeutes et de leur transmettre leurs connaissances, en échange de l'assistance que leur apportent les inhalothérapeutes. La stratégie des inhalothérapeutes est, pour leur part, d'accepter de remplacer les anesthésistes et de communiquer toutes les informations qu'ils obtiennent en salle.

8.6.5 Le sociogramme d'interactions professionnelles caractérisant la dynamique interne

L'identification des liens, qui se créent entre les membres de l'équipe en salle, nous permet de proposer le sociogramme d'interactions de la figure 28, qui s'applique à la constitution de cette dynamique interne.

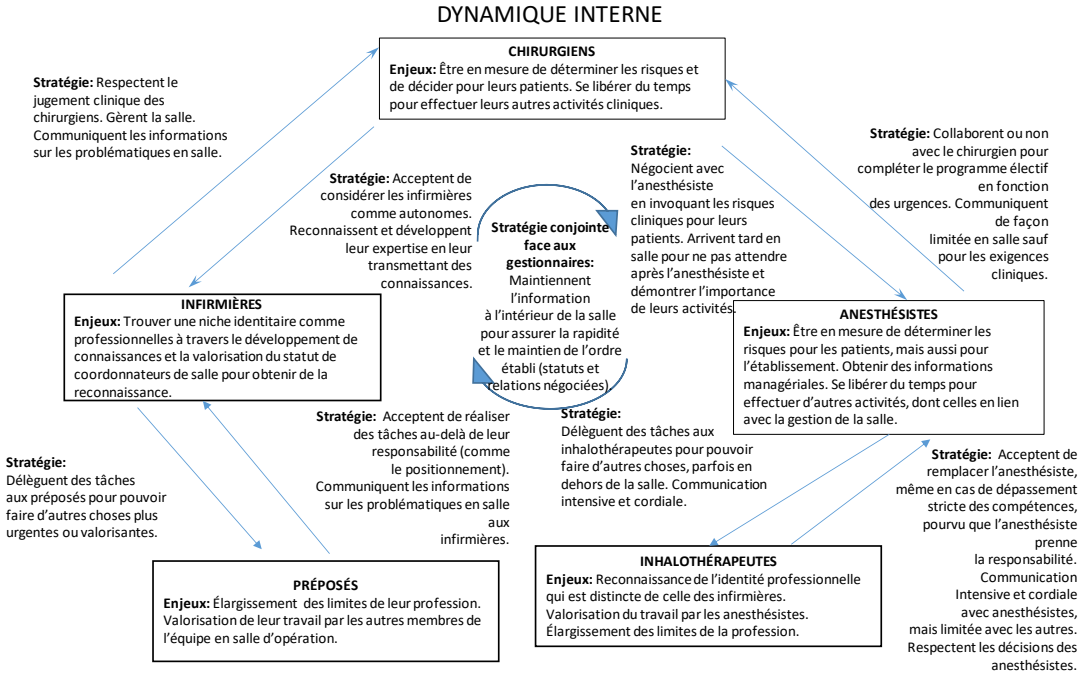


Figure 28. Sociogramme émanant de l'analyse des interactions professionnelles à l'intérieur de la salle

8.7 Dynamique interne : Conclusion

Dans la section précédente, nous avons décrit la dynamique des relations existantes entre l'équipe en salle et les gestionnaires hors de la salle. Nous avons montré que des enjeux et des stratégies caractérisent les actions des infirmières, des chirurgiens, des anesthésistes, des inhalothérapeutes et des préposés, en lien avec ce qui se passe à l'extérieur de la salle, mais ils n'expliquent pas tout. Ainsi, il semble y avoir une autre dynamique qui explique les comportements. Nous avons relevé des signes qui nous ont permis d'identifier cet ordre établi à l'intérieur de la salle. D'abord, il semble que les mécanismes de communications et le partage des informations entre les acteurs du bloc opératoire soient au centre de la dynamique qui explique les interactions professionnelles. En effet, pour certains, l'accès à des

informations est le seul moyen de bien faire leur travail. C'est le cas des préposés. Pour d'autres, le travail est tellement routinier que la communication devient un irritant et doit être limitée au partage des éléments qui font en sorte que la routine déroge de l'habituel. C'est le cas des interactions entre les anesthésistes et les inhalothérapeutes et entre les chirurgiens, les infirmières et les anesthésistes durant la chirurgie. Puis finalement, pour tout ce qui concerne la préparation de la chirurgie, la prise en charge du patient et ce qui appartient à la routine habituelle, les informations ne se transmettent qu'entre les chirurgiens et le reste de l'équipe, à travers la requête opératoire et le dossier médical.

Deux systèmes organisent les communications. Le premier est informel et concerne les communications verbales qui répondent à une règle particulière : l'interaction verbale se limite à signifier les éléments qui impliquent que la routine doit être adaptée, sinon on prend pour acquis que la routine usuelle s'applique. Le second est le système officiel que les acteurs utilisent pour transmettre les informations qu'ils désirent partager aux autres. Ce système de partage est matériel et comprend le dossier médical et la requête opératoire. Il est important de noter que les préposés n'interagissent qu'à travers le système informel. Les problématiques de communication et de partage des informations, que nous avons observées dans le cadre de la réalisation des chirurgies, nous amènent à constater qu'il s'agit d'un monde qui privilégie les échanges verbaux pour la transmission des connaissances, la gestion des imprévus et des perturbations, au détriment de la description des événements réels survenus et des interactions pertinentes entre les membres de l'équipe. Les écrits sont surtout utilisés pour décrire les étapes de la chirurgie et les besoins qui y sont reliés, focalisant sur les éléments attendus et le respect du cadre légal de divulgation des incidents et des accidents. Ces communications créent une double réalité : celle du dossier (reliée aux interactions avec les gestionnaires et le reste des équipes de l'hôpital) et celle de la salle. Pour évoluer en salle, chaque acteur doit détenir des connaissances sur les particularités de la chirurgie, qui sera effectuée durant la journée, incluant les techniques et les instrumentations spéciales, mais aussi les caractéristiques et les préalables du patient, de même que les changements qui surviennent dans le programme. Par exemple, il pourra échanger des informations sur les modifications à l'horaire, causées par le délai d'arrivée du patient (obtenu auprès d'un collègue avec qui il entretient une relation privilégiée), en échange des préférences du chirurgien ou de l'anesthésiste pour ce type de cas. Ces informations ne sont pas écrites et ne sont donc que virtuelles, détenues par l'un ou l'autre des membres de l'équipe, avec qui chacun doit négocier pour les obtenir. Les enjeux reliés à la communication et au partage des informations concernent l'obtention des informations pertinentes à la réalisation de la chirurgie spécifique, le développement des connaissances et la création d'un réseau de partenaires.

Les communications existantes durant la réalisation d'une chirurgie, ainsi que nous l'avons illustré et documenté, nous permettent de comprendre que les groupes étudiés n'encouragent pas une transmission limpide des connaissances et des informations. Ainsi, peu d'efforts sont faits pour instaurer des structures de communication qui favoriseraient le

partage des informations, nécessaire à la coordination efficace des activités en salle. L'utilisation des informations que chacun détient sert plutôt à se négocier une place comme groupe. En effet, chaque groupe détient des informations privilégiées à certains égards : les chirurgiens connaissent la gravité de la maladie et l'urgence de son traitement réel; les anesthésistes détiennent les informations sur la capacité du patient à être opéré sécuritairement et sur l'utilisation de la journée en fonction des ressources; les infirmières connaissent l'ensemble des éléments qui peuvent entraver la bonne réalisation du cas (préparation du patient, disponibilité à temps du matériel et des équipes, résultats des tests préop); les inhalothérapeutes connaissent les intentions des anesthésistes et les préposés savent où se trouve le matériel et les équipements. Chaque groupe n'a donc pas intérêt à échanger toutes les informations qu'il détient, puisque, comme les autres groupes en ont besoin, celles-ci peuvent alors se négocier pour obtenir des privilèges que la structure officielle ne permet pas d'avoir. Cette détention partagée de l'ensemble des informations sur le patient et le fonctionnement donne naissance à cette règle de jeu qu'est la communication stratégique. Ce mécanisme suppose que les professionnels et les préposés ne se communiquent que les particularités et non pas l'ensemble des connaissances qu'ils détiennent. De plus, les intentions et les communications sont rarement documentées en salle d'opération, ce qui favorise la transmission des informations et des privilèges d'un groupe à l'autre. Par exemple, les anesthésistes peuvent déléguer plus de gestes aux inhalothérapeutes en n'officialisant pas le professionnel qui a réellement administré un médicament ou effectué une intervention sur le patient.

L'autre élément que nous relevons de notre analyse est la prépondérance des éléments professionnels. La majorité des groupes d'acteurs du bloc opératoire sont des professionnels, sauf les préposés, qui aspirent toutefois à le devenir et ont donc intérêt à imiter leurs collègues du bloc opératoire. Le statut de professionnel implique une certaine autonomie professionnelle, basée sur le respect de ses compétences cliniques et de son aptitude à juger des particularités d'une situation donnée. Ainsi, les professionnels ont tendance à privilégier leur jugement clinique, au détriment des normes, dans certaines situations, où ils jugent que les caractéristiques, spécifiques de la situation, leur permettent de traiter le cas comme étant une exception à la règle. Ils considèrent qu'ils sont aptes à déterminer que les risques sont moins importants que les bénéfices, qui seront tirés de cette situation. Cet élément est d'autant plus important, dans le contexte présenté préalablement, qu'il influence également la décision des professionnels : l'importance du temps. Grâce à l'imprévisibilité des situations rencontrées et au besoin d'avoir de l'espace pour exercer leur jugement clinique, les professionnels considèrent non seulement le temps (et les impacts que des délais peuvent occasionner sur le patient, mais aussi sur l'ensemble des personnes qui pourront être traitées ou non), mais aussi les particularités de la situation afin de déterminer s'ils se soumettront aux références de pratique. L'importance du jugement clinique et l'autonomie professionnelle, dont disposent la majorité des groupes d'acteurs du bloc opératoire, sont deux autres enjeux clés qui influencent les stratégies des acteurs.

Les éléments que nous avons analysés nous ont aussi permis de comprendre que la complexité même des sources de références, qui affecte le jugement clinique, a un impact majeur sur le développement du microcontexte politique. En effet, la possibilité pour les groupes d'acteurs de dépendre de règles, externes à l'organisation et provenant de différentes sources, leur confère un pouvoir sur leurs activités, puisque l'organisation ne peut les remettre facilement en question. Ce pouvoir leur donne la possibilité de considérer que l'autogestion et le jugement clinique soient privilégiés au détriment ou en opposition aux règles organisationnelles. Et comme les règles de jeu professionnelles sont partagées par plusieurs groupes au sein de l'établissement, elles confèrent encore davantage de pouvoir, en légitimant la position qu'elles permettent aux groupes d'occuper dans la pratique. Les professionnels veillent d'ailleurs à valoriser leurs références professionnelles à travers leur discours auprès des autres groupes. Mais ce n'est pas la seule stratégie qu'ils emploient. Les groupes d'acteurs utilisent également la documentation comme stratégie politique. L'analyse de nos cas a montré que la documentation de la manière de faire est tellement complexe dans l'établissement, étant donné ces perspectives multiples et les nombreuses références, que personne ne sait réellement ce qu'on attend de lui. Cette difficulté de clarifier et de documenter les attentes, en ce qui concerne les façons de faire, réduit les sanctions imposables, par la suite, de la part de l'établissement. Les acteurs utilisent aussi cette faille dans la documentation des activités, pour lesquelles ils seraient normalement imputables pour déléguer certains de leurs actes, ce qui leur permet de négocier d'autres privilèges.

Cette situation donne naissance à une arène politique qui se gère à l'intérieur des murs de la salle et entre les professionnels.

> *« Parce que je pense que c'est à gérer comme dans n'importe quel département, n'importe quel milieu de travail, on gère…, on essaie de gérer les problèmes à l'interne ensemble. »* (Chirurgien)

Au niveau stratégique, ces enjeux se traduisent par différentes stratégies. Ainsi, les infirmières acceptent de transférer leurs connaissances et de déléguer des actes aux préposés en échange d'informations sur les équipements, le matériel et les situations problématiques qui y sont reliées. Cette situation est acceptée par les préposés qui cherchent à élargir les limites de leur travail et à devenir des professionnels. D'ailleurs, les infirmières transposent cette stratégie dans leurs relations avec les chirurgiens. Elles communiquent les informations qu'elles détiennent sur les aspects administratifs et cliniques aux chirurgiens, en échange des connaissances qu'elles ne possèdent pas sur les aspects cliniques ou techniques. Mais cet échange n'est pas le seul entre les infirmières et les chirurgiens. En effet, les infirmières s'attendent également à ce que les chirurgiens reconnaissent cette compétence qu'elles développent et qui devient un constituant important de leur identité professionnelle. Les chirurgiens reconnaissent le rôle-clé que les infirmières jouent, mais espèrent, en contrepartie, qu'elles les appuient et valorisent leur jugement clinique, afin de confirmer le statut central qu'ils détiennent en salle d'opération. Les chirurgiens veulent être reconnus comme étant au centre des décisions qui concernent leur patient. Bien qu'ils

acceptent que les anesthésistes soient en mesure de juger des contre-indications médicales à la chirurgie, ils souhaitent avoir le dernier mot. Pour y arriver, ils négocient avec les anesthésistes. Dans le cadre de cette négociation, qui touche les aspects médicaux, les infirmières et les inhalothérapeutes ne peuvent être sollicités. Les anesthésistes et les chirurgiens argumentent donc et utilisent, comme stratégie pour y parvenir, la manipulation des informations obtenues afin de se convaincre mutuellement. Les anesthésistes débalancent l'équilibre en salle en se faisant des alliés, les inhalothérapeutes, qui sont souvent isolés des autres membres de l'équipe. Ils ont, en effet, peu d'interactions professionnelles avec les chirurgiens, les préposés et les infirmières. Les anesthésistes leur transfèrent stratégiquement leurs connaissances et reconnaissent le rôle qu'ils jouent dans l'anesthésie. Les deux groupes se communiquent également toutes les informations qu'ils détiennent sur la chirurgie et son déroulement. Les inhalothérapeutes seraient donc les plus gagnants dans ces échanges. Mais les anesthésistes favorisent cette reconnaissance, en échange d'un appui qui légitime leur statut prépondérant sur celui des chirurgiens, en ce qui concerne les décisions sur la chirurgie. Ce duo plus étroit fragilise le lien entre les infirmières et les chirurgiens qui ne sont pas aussi proches et encourage la reconnaissance du statut des anesthésistes sur celui des chirurgiens. Il apparaît donc que le transfert de connaissances et la reconnaissance que les anesthésistes et les chirurgiens donnent à leurs alliés leur permettent de légitimer le discours argumentatif qu'ils ont entre eux.

Nous présentons les enjeux et les stratégies, relevés dans notre analyse, dans le tableau 23, en les reliant à leur sens plus large et en soulevant les différences notées par rapport à celles identifiées dans la littérature et dans la dynamique externe.

Tableau 23. Enjeux et stratégies caractéristiques de la dynamique interne

Enjeux stratégiques	Explications sur la base du microcontexte étudié
Maintien de l'ordre établi	Conserver le système informel, négocié entre les groupes, pour assurer le fonctionnement en fonction des règles de jeu qui le gouvernent.
Élargissement des limites de la profession	Augmenter les actes qui sont attribués à sa profession dans la pratique afin d'obtenir éventuellement une reconnaissance officielle.

Obtention d'informations cliniques et professionnelles	*Cet enjeu était également présent dans la dynamique externe.*
Définition de l'identité professionnelle	*Cet enjeu a déjà été décrit dans le chapitre 3 et a été relevé dans la littérature.*

Stratégies politiques	**Explications sur la base du microcontexte étudié**
Légitimisation	Reconnaître le groupe qui a l'autorité suffisante pour prendre les décisions, sur la base de son expertise et de son expérience dans la pratique, et lui conférer un statut dans le groupe.
Transfert de connaissances	Partager son expertise avec d'autres groupes et s'assurer de leur savoir-faire.
Communications	*Cette stratégie était également présente dans la dynamique externe.*
Manipulation du discours	*Cette stratégie a déjà été décrite dans le chapitre 3 et a été relevée dans la littérature.*
Utilisation des privilèges et limites de la profession	*Cette stratégie a déjà été décrite dans le chapitre 3 et a été relevée dans la littérature.*

Les observations que nous avons effectuées, dans le cadre de notre projet de recherche, nous ont permis de relever que les professionnels sont réticents à documenter les incidents et les accidents, que leurs efforts sont limités pour favoriser une meilleure gestion du programme opératoire, qu'ils ne communiquent pas facilement leurs intentions professionnelles et qu'ils délèguent des actes qui leurs sont réservés. Les gestionnaires, eux, ne semblent pas être en mesure d'imposer les règles et les sanctions qui permettraient de mieux gérer ces problématiques internes. Ces réactions que nous avons mises en évidence semblent en apparence en contradiction avec les valeurs professionnelles des acteurs du bloc opératoire et la structure managériale. En fait, nous avons soulevé des éléments qui orientent

notre compréhension de ces comportements. En effet, nous constatons que la difficulté d'identifier les règles à appliquer et le manque de sanctions conséquentes contribuent à la gestion des incidents et des accidents que nous avons mis en évidence. La multiplicité des références de pratiques existantes et le manque de sanctions conséquentes favorisent également le non-respect des rôles, la délégation des tâches et le manque d'imputabilité. Enfin, la présence de perturbations dans la routine favorise la révision permanente du programme opératoire et le manque d'implication dans son optimisation. Les brèches de personnel, survenant durant le déroulement de la chirurgie, permettent de négocier l'information que chacun détient. Tous ces éléments, qui favorisent le développement d'une large zone d'incertitude, permettent alors au microcontexte politique de déterminer les façons de faire. L'analyse stratégique que nous présentons nous permet d'interpréter le comportement de ces acteurs du bloc opératoire et de mettre en évidence les règles de jeu et les stratégies qui en expliquent le fonctionnement.

8.8 L'identification des règles de jeu

Nous retenons de notre analyse que certains des acteurs détiennent une capacité d'action plus grande. En effet, nous avons identifié les interactions entre les acteurs qui se taillent une marge de manœuvre, grâce à la présence d'une zone d'incertitude, créée par la présence de perturbations et de brèches, et à cause de la difficulté des règles et des références de pratiques multiples pour arriver à transmettre les informations pertinentes et pour clarifier les comportements à adopter dans de tels cas. Cette zone d'incertitude est d'autant plus présente que la documentation des événements, qui surviennent durant la réalisation de la routine, est faible. Un autre élément pertinent au développement du microcontexte politique que nous avons décrit est la difficulté de sanctionner l'application des règles et le respect des références de pratique. La faible documentation des événements réels contribue également à cette problématique.

Les acteurs ont donc une marge de manœuvre suffisante pour agir à travers cette importante zone d'incertitude.

Nous avons présenté dans les sections précédentes les dynamiques qui s'installent.

La première dynamique émerge des enjeux existants entre les professionnels. La reconnaissance du statut prépondérant des anesthésistes ou des chirurgiens dans la salle d'opération dépend des alliances qu'ils créent par la transmission de leurs connaissances et la reconnaissance des rôles des autres membres de l'équipe. Les négociations entre les deux groupes sur les décisions cliniques seront appuyées par les autres professionnels, en fonction du jugement clinique du groupe, reconnu pour ses compétences en la matière par le reste de l'équipe. Ainsi le meilleur juge de l'état du patient reste le chirurgien, alors que celui qui jugera de la capacité du patient à supporter l'intervention sera l'anesthésiste. Pour les décisions

administratives, le jugement des anesthésistes sera valorisé, même par les infirmières. En effet, les anesthésistes utilisent alors les gains de leurs interactions avec les gestionnaires pour négocier leur statut à l'interne. Les infirmières, elles, cherchent aussi à obtenir un statut, mais elles semblent le vouloir par la valorisation et la reconnaissance de leur rôle de gestionnaires de salle. Les inhalothérapeutes et les préposés favorisent l'obtention de connaissances, en échange de la communication d'informations. La reconnaissance de leur existence semble être privilégiée à celle de leur rôle ou de leur statut. Cette situation s'explique par le contexte. En effet, la profession d'inhalothérapeute est plus récente dans l'histoire et a émergé par négociations avec les infirmières de salle d'opération. Les préposés, eux, visent tout simplement à être reconnus au même titre que les autres membres de l'équipe, puisqu'ils ne sont pas encore considérés comme des professionnels.

La seconde dynamique émerge des enjeux existants dans les interactions avec les gestionnaires. La dynamique interne est une source importante de valorisation et de reconnaissance des professionnels, qui se base sur le jugement clinique, l'expérience et les compétences et qui permet aux professionnels d'être jugés en fonction de leurs valeurs. Les professionnels cherchent donc à maintenir cette dynamique, même si elle crée une moins bonne optimisation de l'utilisation des ressources. La gestion administrative des activités, qui se déroule en salle, n'est pas valorisée, puisqu'elle ne contribue pas à donner du pouvoir aux professionnels. Les professionnels ont donc intérêt à maintenir cette distance avec les gestionnaires afin de pouvoir gérer ce qui se passe en salle selon leurs propres règles. La faible documentation administrative des activités est une stratégie efficace pour réduire le pouvoir des gestionnaires et favoriser le maintien de la dynamique.

Ce microcontexte, qui se constitue au sein du bloc opératoire, permet aux anesthésistes et aux chirurgiens d'orienter le jeu en fonction de leurs intérêts et de créer une valorisation de leur temps. Ils ne visent donc pas autant une optimisation de l'utilisation des ressources, mais plutôt une optimisation de la rentabilisation de leur temps, en utilisant des arguments qui touchent l'utilisation des ressources. Les chirurgiens et les anesthésistes s'unissent pour démontrer l'importance du temps et les risques cliniques associés à sa mauvaise gestion. Cette association, dans ce contexte, fortifie alors leurs demandes, puisque les dynamiques qu'ils ont développées favorisent le respect de leurs jugements.

La compréhension de ces dynamiques nous permet d'identifier les règles informelles qui régissent donc les interactions entre les acteurs du bloc opératoire.

Elles sont présentées dans le tableau 24.

Tableau 24. Règles de jeu émanant de l'analyse stratégique du bloc opératoire

Règles	Justification
Communication stratégique	*Chaque groupe conserve les informations qu'il possède et l'échange qui en est fait doit contribuer à l'accroissement du pouvoir qu'il détient. La transmission des informations est donc limitée à ce qui doit légalement être officialisé, passe par la documentation et ne fait l'objet de communication verbale qu'en cas de spécificité qui pourrait mettre en péril le succès de l'intervention.*
Valorisation du temps	*Les groupes qui possèdent le plus de pouvoir (chirurgiens, anesthésistes) valorisent la réalisation d'un volume de cas important, entre autres, parce que leur rémunération en est conséquente. L'acceptation de cette règle convient aux autres groupes qui y voient un avantage pour la population (justification clinique) et qui acceptent de se plier à la règle en échange de valorisation et de connaissances. Toutefois, ces derniers sont réticents à investir du temps pour optimiser cette règle, considérant que leurs gains supplémentaires seront minimes.*
Autorégulation	*La complexité des professions et le fait que la pratique soit gérée par les références, émanant de chaque ordre professionnel extérieur à l'organisation, limitent les sanctions locales imposables. La documentation des événements perd de son importance, considérant qu'elle n'ajoute rien à la qualité des actes posés. Sans sanction, les règles s'appliquent peu et sont difficiles à développer. Et même lorsqu'elles existent, les sanctions sont difficiles à appliquer, lorsque les événements ne sont pas documentés.*
Prépondérance du jugement clinique	*Le jugement clinique est respecté par tous les groupes puisqu'il est au cœur de leurs*

	activités. La priorité est la réalisation de leurs actes professionnels, plutôt que la gestion et la documentation de leurs activités.

8.9 Conclusion: Le fonctionnement micropolitique du bloc opératoire

L'analyse stratégique de l'établissement que nous avons observé nous a permis de comparer les éléments, que nous avions relevés dans la littérature, à ceux que nous avons déduits empiriquement, en ce qui concerne les caractéristiques du système d'actions concret, propre au bloc opératoire observé.

Ainsi, nous constatons que l'appartenance à un groupe professionnel est un facteur-clé qui permet à chacun des groupes de négocier ses relations de pouvoir. Alors que cette association avait été vue comme une source de pouvoir reliée à l'effet de groupe, il semble plutôt que la puissance du groupe professionnel se manifeste par la possibilité de référer à des normes, propres au groupe auquel chacun appartient, et de créer une certaine ambiguïté avec d'autres éléments de régulation, émanant des regroupements des autres professionnels ou de l'établissement. Nous notons également que la position organisationnelle est une source de pouvoir, mais celle-ci est plutôt reliée à la légitimité qu'un groupe se négocie auprès des autres groupes, en fonction de son expérience clinique plutôt qu'en fonction de son statut hiérarchique. Ainsi, les anesthésistes sont reconnus comme étant plus crédibles que les chirurgiens pour déterminer l'urgence d'un cas chirurgical. Les infirmières sont identifiées comme étant en mesure de coordonner les activités de la salle d'opération. Les préposés sont les seuls à effectuer les tâches d'entretien de la salle. Les chirurgiens déterminent les indications chirurgicales et les besoins qui y sont reliés. Les inhalothérapeutes peuvent remplacer les anesthésistes dans la prise en charge de l'anesthésie. Quant à l'expertise et à la légitimité, elles se manifestent par les deux compétences que nous venons de détailler : les compétences professionnelles propres, émanant de l'existence de références de pratique des groupes professionnels, et la position organisationnelle, dont le groupe dispose grâce à la reconnaissance de son expérience clinique au sein de l'établissement par les autres groupes. Dans nos observations, le jugement professionnel ne constitue pas une source de pouvoir, mais est plutôt inhérent au fonctionnement informel et se manifeste en tant que règle de jeu. La technologie n'est pas apparue comme conférantt un avantage significatif pour un groupe particulier dans nos observations.

Les enjeux stratégiques, que nous avons identifiés dans notre analyse, viennent définitivement confirmer le besoin, pour tous les groupes professionnels, de maintenir leur identité et leur autonomie professionnelle. Un élément distinct est apparu dans le cadre de

notre analyse stratégique : celui de l'importance du statut. En effet, dans un contexte comme celui de l'établissement de santé, où il existe un pouvoir collectif négocié avec la direction, être reconnu comme le décisionnaire devient critique. Également, sur le plan professionnel, être en mesure de démontrer que le professionnel est celui qui décide pour son patient lui permet d'être au centre des activités. La notion de service complémentaire ou d'activités de support est difficile à accepter pour les professionnels qui existent de manière autonome. Nous constatons également que la négociation des limites de chaque profession est un enjeu important. La majorité des communications, qu'établissent entre eux les acteurs du bloc opératoire, sont négociés en échange de connaissances et de reconnaissances professionnelles. Cette façon de faire constitue également une des règles de jeu propre à ce contexte. Par contre, nous constatons que l'obtention des informations cliniques et administratives est un enjeu important. La structuration et l'organisation du travail avaient été identifiées comme des enjeux dans la littérature, mais semblent assurées par le maintien du système informel qui découle directement de l'existence du microcontexte politique. En effet, nos observations démontrent que la gestion de la pratique par les ordres professionnels, qui n'appartiennent pas à l'établissement, réduit la reddition de compte des professionnels envers l'établissement de santé sur l'organisation de la pratique. La documentation des activités n'est pas valorisée, d'autant plus qu'elle n'ajoute rien aux résultats des activités des professionnels. L'utilisation optimale des ressources est un autre enjeu que nous n'avions pas identifié. Il déclenche des négociations avec les gestionnaires qui permettent aux médecins de faire valoriser leur temps. Ainsi, il semble donc que la rémunération des médecins (extérieure à l'organisation et à l'acte) et le respect des conventions collectives soient d'autres enjeux existants. Finalement, la distribution des rôles et de la position organisationnelle, que nous avions identifiée comme un enjeu, découle plutôt directement des sources de pouvoir de chacun des groupes.

Les stratégies politiques, que nous avons identifiées, sont également précisées. En effet, dans le cadre de notre projet, la manipulation du discours, la représentation des patients, la démonstration d'un risque clinique et la négociation de l'ordre établi ont été relevées comme stratégies dont les groupes d'acteurs font usage. Toutefois, l'engagement organisationnel n'a pas été démontré comme étant un des choix stratégiques, effectué par les groupes d'acteurs que nous avons observés au bloc opératoire. Le positionnement organisationnel, reconnu par les pairs, semble avoir plus d'impact sur les comportements que l'obtention d'un poste hiérarchique. Comme la productivité est privilégiée, puisque les professionnels n'ont pas d'éléments en main qui leur démontrent que leur valorisation du temps peut nuire à la qualité, les enjeux reliés au temps concernent plutôt les retards de début de cas et les délais engendrés par la survenue de problématiques variées, qui servent de levier pour promouvoir le statut ou l'identité de certains groupes. Par contre, la documentation des événements, qu'ils soient reliés à la routine elle-même ou aux perturbations et brèches qui surviennent durant la chirurgie, est une stratégie qui n'avait pas été décrite dans la littérature, mais qui nous est apparue très significative dans le contexte étudié. De plus, le transfert des connaissances est

une stratégie, que la majorité des professionnels vont utiliser pour se créer un réseau d'alliés, leur permettant de mieux négocier leur position. Ainsi, une autre stratégie, que nous n'avions pas identifiée dans la littérature, est celle de la légitimation des aspects informels de l'expérience, gagnée par certains professionnels, dans le cadre de leur travail, par les autres membres de l'équipe. Enfin, la communication est une stratégie puissante qu'utilisent tous les acteurs du bloc opératoire. Le mécanisme de cette communication est en effet une règle du jeu qui caractérise le microcontexte.

Ces constats nous permettent donc de raffiner notre cadre conceptuel initial, détaillant le système concret propre au microcontexte politique spécifique, que nous avons analysé. Nous le présentons dans la figure 29.

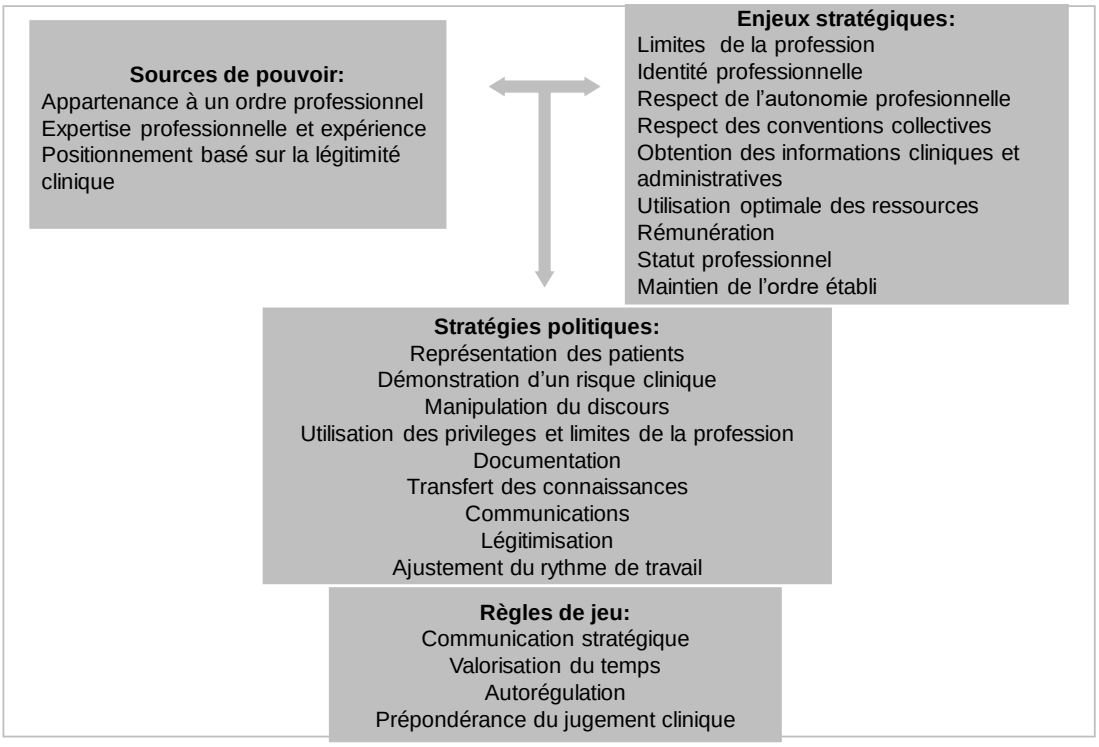


Figure 29. Système d'action concret du microcontexte politique analysé dans le cadre de ce projet de recherche

Nous constatons également que la construction de ce microcontexte politique, basé sur cette expertise professionnelle et sur la légitimité clinique, provoque des règles de jeu qui limitent elles-mêmes la documentation et donc le sanctionnement des activités en salle d'opération. La précarité des sanctions favorise à son tour l'expression même du microcontexte politique.

Ces éléments nous permettent de raffiner notre cadre conceptuel et de démontrer les liens existants entre la zone d'incertitude (créée dans la pratique, et à travers la variation et la rétention de stratégies, donnant des résultats qui correspondent aux idéaux des groupes d'acteurs); la documentation des événements propres à la routine, mais aussi des variantes

et des perceptions multiples de la routine; les sanctions; et la sélection de stratégies appropriées dans le système d'action concret qui se définit par ces liens. Ces liens, que nous avons démontrés, sont présentés dans la figure 30.

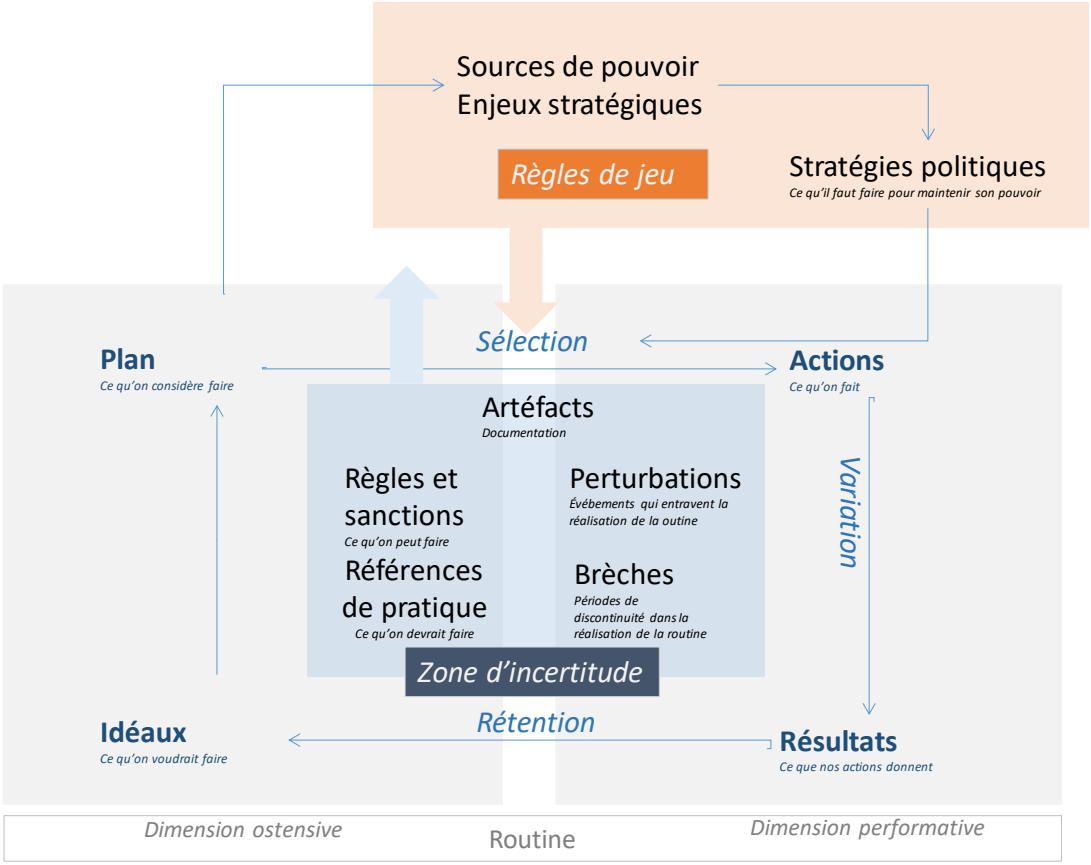


Figure 30. Cadre conceptuel modifié en fonction des données issues de l'analyse stratégique

CHAPITRE 9 : LE PROJET LEAN ET SON IMPACT SUR LA RÉORGANISATION DES ROUTINES ET DU MICROCONTEXTE POLITIQUE

L'analyse du microcontexte politique que nous avons effectuée nous a permis de déterminer les règles formelles et informelles, régissant la dynamique du bloc opératoire d'un établissement de santé. Il nous a par la suite été possible d'observer, dans le même établissement, le déploiement d'un projet d'amélioration des processus par la méthodologie « Lean » et de répéter nos observations de la routine chirurgicale après la réorganisation engendrée par le projet. Ce projet « Lean » a été effectué dans le cadre d'une démarche provinciale qui ciblait quelques établissements phares pour déployer des projets « Lean ». Nous avons ciblé un des trois projets qui était déployé dans cet établissement. Ces projets étaient des projets ad hoc qui ne faisaient pas partie d'une démarche d'implantation de la philosophie et de la culture à tout l'établissement. Ce chapitre résume l'analyse des données que nous avons recueillies et nous permet de montrer comment le microcontexte politique, en place au sein du bloc opératoire, influence l'implantation du changement et comment, par la suite, ce changement modifie à son tour le microcontexte politique. Nous présenterons d'abord un résumé du projet qui a été déployé au bloc opératoire. Puis, nous détaillerons la perspective de chacun des groupes d'acteurs sur les transformations qui ont été apportées par le projet, afin de comprendre les enjeux stratégiques perçus par chacun de ces groupes. Enfin, nous résumerons nos observations sur la persistance ou la disparition des changements apportés par le projet dans la routine des acteurs. Ces éléments de nos résultats nous permettront de voir comment le microcontexte politique permet de comprendre pouquoi le changement est intégré ou non à la routine des groupes d'acteurs. Finalement, nous montrerons comment la mise en place du changement influence à son tour la dynamique micropolitique.

9.1 Le projet Lean: résumé de l'expérience

Nous résumerons, dans les prochains paragraphes, les étapes principales de l'implantation du projet Lean. Pour chaque étape du projet, nous présenterons les formules et les discours utilisés pour rejoindre les équipes et les données dont disposait l'équipe de projet pour travailler.

Le projet Lean Healthcare débute par une première rencontre entre le promoteur de projet, un cadre supéreur de l'établissement, les leaders du projet et l'expert externe, afin de définir les paramètres de l'exercice. Après l'établissement des balises du projet, l'identification de ses limites et la sélection de l'équipe Kaizen, une première formation sur l'approche Lean

Healthcare, incluant des exercices de simulation pratique, se tient en septembre 2012 avec les intervenants sélectionnés qui sont disponibles. La formation donnée présente le Lean Healthcare comme une approche qui permet d'appliquer les meilleures pratiques de gestion et d'organisation, issues de chez Toyota, à l'établissement de santé. Elle est présentée comme une méthode qui vise l'amélioration de la performance, mais aussi de la qualité de vie des employés et de l'expérience du patient (document interne). La présentation de la méthodologie met également l'accent sur l'importance du consensus et de l'enracinement sur le terrain, mais aussi de la mesure (document interne P113). Les membres retenus pour faire partie de l'équipe Kaizen sont informés de la méthodologie spécifique qui sera utilisée pour atteindre les objectifs. Ainsi, les participants sont préparés pour l'atelier Kaizen en leur spécifiant que l'exercice se base sur le partage d'idées et de connaissances, afin d'élaborer des solutions réalisables rapidement et de servir de vecteur de communications avec les autres acteurs du bloc opératoire. L'atelier Kaizen, qui découlera de l'acquisition des nouvelles connaissances par l'équipe sur la méthodologie Lean et des instructions qui leur ont été transmises, se tiendra à la fin de septembre. Les objectifs du projet sont au nombre de trois : augmenter le temps opératoire au niveau des HOP (heures opératoires globales) pour atteindre 40 % et passer de 2,9 heures (36 %) à 3,2 heures; réduire de 20 % les délais d'attente à l'accueil pour atteindre 30 min (à partir des 38 min en moyenne actuelles); et, démontrer une rigueur d'application du processus optimisé à 80 %.

La préparation d'une fiche de projet permet de résumer les problèmes soulevés par les différentes parties prenantes, lors de l'analyse préliminaire, effectuée par les promoteurs du projet, les leaders et l'expert externe auprès de l'ensemble des ayants droit, en tenant compte des mesures qu'ils ont obtenues au départ. Ces données sont collectées en investigant la satisfaction de la clientèle (sondages), la perception des intervenants (entrevues) et par une mesure et une analyse préliminaires des processus (observations). Alors que les gestionnaires, favorisant l'implantation de ce projet, décrivent les problèmes, nuisant aux objectifs à atteindre, comme un manque de standardisation et d'optimisation de la réalisation du programme opératoire (document interne P53), les intervenants, eux, y voient plutôt un manque de leadership (respect des règlements et gestion des débordements), un problème d'équilibre des tâches et de la charge de travail (organisation du travail, horaire, début et fin de journée), une disponibilité insuffisante du matériel et une diminution de l'exercice de leur professionnalisme (manque de confidentialité, préparation insuffisante des patients) (document interne P107). L'équipe identifie également les points forts du milieu, soit l'excellence du climat de travail et de la collaboration, ainsi que l'efficacité de leur système de préparation des salles entre les cas (caissons de matériel pré-préparés, disponibilité et efficacité pour le nettoyage des salles) (document interne P108).

Cette préparation, qui permet à l'équipe de bien circonscrire ses interventions, identifie également certaines contraintes, pouvant limiter l'ampleur que peut prendre le projet.

En effet, on souligne que les solutions proposées devront être réalisables en huit semaines et que le budget accordé ne devra pas dépasser 3 000 $ (document interne P53).

L'atelier Kaizen se déroule sur cinq jours, à la fin septembre 2012. L'équipe réunie, dont les membres sont libérés de leurs tâches habituelles, comprend un anesthésiste, un chirurgien, le chef du bloc, deux assistants-chefs infirmiers, un assistant-chef inhalothérapeute, un préposé et quatre infirmières (dont trois chefs de salle) (document interne P53). Durant ces journées de travail, l'équipe identifie vingt-six problèmes concrets et prépare des solutions pour chaque problématique qu'elle concrétise dans un plan d'action (document interne P81-P115). Des sondages ont également été effectués par le responsable du projet. Ces problématiques sont résumées dans le tableau 25 et concernent surtout l'accueil du patient, le retard en début de la journée, les méthodes de travail employées, l'application des règlements, la gestion du programme opératoire, l'environnement de travail, la gestion des équipements et la capacité des ressources humaines à réaliser le projet.

Tableau 25. Problématiques identifiées dans le cadre du projet Lean

Accueil du patient	*Délai causé par le processus d'accueil et d'accompagnement du patient dans la salle d'opération pour le patient de CDJ* *Attente pour la préparation et l'arrivée du patient de l'étage* *Duplication du travail de la CDJ et de l'accueil du bloc et confusion dans les étapes de préparation de la chirurgie/dossier (tests effectués et vérifiés, dossier complet, préparation du patient)*
Début de journée	*Retard du début de la journée et impact sur la journée* *Arrivée en retard des chirurgiens*
Méthode de travail	*Restriction de monter des patients aux étages entre 15 h 10 et 15 h 45 en lien avec la fin du quart de travail des infirmières de l'étage* *Délais au début des chirurgies, pour la préparation de la salle, du matériel et des instruments, le positionnement du patient et dans la prise des pauses et dîners* *Gaspillages de temps dans le transport du patient, la répartition des rôles et le mode de transport* *Processus non standard pour le respect et l'exécution du Time-Out* *Gaspillage de temps par les infirmières pour l'entrée des données informatique* *Délais en salle de réveil reliés au manque d'information et de documents*
Application des règlements du bloc	*Non-respect des règlements du bloc concernant les urgences créant des dépassements de temps ou des délais*
Programme opératoire	*Manque d'équipement, problèmes de synchronisation des ressources, reliés à la validation du programme opératoire*
Environnement	*Environnement de travail bruyant et non respectueux du patient en salle*
Gestion des équipements	*Recherche d'équipements (GBM), mauvais suivi des réparations* *Manque de tige pour les unités (pour accrocher le soluté)* *Difficulté d'avoir la bonne instrumentation pour le cas (cardex non à jour), mauvaise préparation des caissons en orthopédie et en ORL* *Déplacement fréquent et recherche de matériel en salle et dans le dépôt stérile*
Ressources	*Besoin de définir un plan de communication efficace* *Difficulté à évaluer l'impact du projet sur la performance* *Difficulté à maintenir les gains du processus optimisé parce que les utilisateurs n'embarquent pas ou reviennent aux anciennes habitudes*

L'équipe propose également une vision de la chaine de valeur visée, une fois les solutions implantées, et concrétise le projet dans un document de travail qui résume le projet (fiche A4) que nous illustrons avec la figure 31.

Projet : Processus Bloc Opératoire

Promoteur : **Secteur : Programme Clientèle soins spécialisés en santé physique**

Leader de projet :

Préparé par : **Date : 17 septembre 2012** **Version : 8.0**

Description du problème	
Vue par le promoteur (Personne ultimement responsable du succès du processus)	**Vue par les clients**
• Report de chirurgie • Non respect de la cédule opératoire • Ambiguïté dans les rôles des intervenants • Processus non standardisé, non optimal – activités à non valeur ajoutée • Problèmes dans les communications • Perte de temps (déplacements, chercher information, chercher matériel) • Gestion et planification de dernière minute – temps opératoire non comblé et risque d'erreur • Problèmes de planification des urgences soir, nuit, fin de semaine	• La majorité ont répondu être très satisfait à tous les niveaux des services reçus au bloc opératoire;
Vue par les intervenants	**Vue par l'agent**
• Manque de personnel, gestion des pauses et repas compliquée (18) • Leader ship : pas de décideur pour application des règlements (annulation et débordement) (17) • Programme opératoire : Mauvaise classification des urgences et changements de dernière minute (14) • Retard de début de journée - Attentes d'intervenants et de patients (14) • Fin de journée dépassant 16h00 (cas électif) crée des perturbations sur le quart de soir et les urgences à faire (12) • Mauvaise préparation des patients de l'urgence et des unités de soins (7) • Professionnalisme et confidentialité à l'accueil (7)	• Temps opératoire non comblé en fin de journée (fin trop tôt) • Délais de démarrage en début de journée – attente de patient et d'intervenants • Beaucoup de discussion à l'accueil (patient en attente) – pas de confidentialité et trop de monde • Délai d'attente des patients à l'accueil parfois long • Trop de personnel à la salle de réveil en début de journée • Recherche de matériel à l'extérieur des salles assez fréquent et rangement à améliorer (Kanban) • Utilisation non optimale de la disponibilité des salles d'opération • Pas d'objectif ni de mesure de performance dans le processus • Débordement fréquent des cas électifs après 16h00 • Possibilité de réduire les temps de préparation (de salle, de matériel et de patient) avant le début des chirurgies

Description du mandat (projet)	
Réaliser un projet d'optimisation des processus au bloc opératoire par l'implantation des concepts Lean Healthcare en utilisant la méthodologie IMPACT-Kaizen	
Attentes du promoteur	• Réduction du nombre de changements à la cédule opératoire la journée même (ordonnancement des patients) • Augmentation de la capacité opératoire • Meilleure synchronisation entre les intervenants • Meilleure planification des urgences de soir - lier à l'optimisation de l'horaire de jour (débuter plus tôt les urgences si les salles se libèrent dans la journée)

FIPEC			
Processus concerné	Processus du bloc opératoire		
Fournisseurs			**Extrants**
• **Pré-admission** • **CDJ** • **Unités de soins**	• Secrétaire médicale • Commis • Médecins • Infirmières • Préposés • infirmières aux. • Inhalo.	**Processus** 1. Accueil/Arrivée/Préparation 2. Salle Induction 3. Installation/Position/Drapage 4. Opération 5. Salle de réveil 6. Sortie (vers CDJ ou Unités de soins)	• Patient opéré dans le délai prescrit
Intrants			**Clients**
• Patient • Dossier • résultats d'examen • Matériel et instrumentation • Équipements	• Système information • Planification • procedures et protocoles		• **Patient** • **CDJ** • **Unités de soins** • **Médecin référant**

Début	Appel du patient pour le bloc opératoire	**Fin**	Sortie du patient de la salle de réveil vers l'unité de soins ou la CDJ (et retour du préposé)

Inclus	Exclus
• Clientèle provenant de la chirurgie d'un jour • Clientèle provenant des unités de soins • Processus de planification et livraison des ressources requises (équipement incluant chariot chirurgical, salles, intervenants) • Toutes les spécialités • Appel du patient de la salle d'op pour sa chirurgie • Préparation des salles d'opération (entre les cas) • Processus durant la chirurgie • Planification des chirurgies de soir (urgences)	• Approvisionnement • Pré-op • Pré-admission • Le fonctionnement de l'unité de chirurgie post- op • Le fonctionnement du court séjour • La clientèle provenant de l'urgence

Objectifs de projet (SMART)

1. Augmentation du temps opératoire HOP (actuel 36% ou 2.9 heures/jour) pour atteindre 40% (Excluant ophtalmo et cysto)
2. Réduction de 20% du délai moyen d'attente à l'accueil (actuel à 38 minutes) pour atteindre 30 minutes
3. Démontrer une rigueur d'application des règlements et du processus optimisé à 80%

Opportunités	Contraintes
• Respect des débuts et fins de journées planifiées • Réduire les étapes sans valeur ajoutée • Implanter les méthodes de travail Lean (standardisation du processus) • Optimiser la gestion et le rangement du matériel • Optimiser la gestion des salles et suivi des règles de fonctionnement • Meilleure priorisation et définition des urgences	• Difficulté à aller chercher les données informatique (contact opera) • Ne pas compromettre les services aux patients • Respecter les conventions de travail et les normes • Toutes les solutions doivent être implantées dans un délai maximum de **8 semaines** après la session intensive • Minimiser le dérangement dans les secteurs ciblés pendant l'implantation du projet • Un budget de 3000$ est alloué à l'équipe pour l'implantation des solutions • Démontrer un retour sur investissements à l'intérieur de l'année financière pour toute dépense au dessus de 1500$

Équipe de projet

• (Anesthésiologiste) • (Chirurgien spécialiste ORL) (Coordonnateur des soins périopératoire) • (Préposé aux bénéficiaires) • (Assistant infirmier chef stérilisation et Moniteur clinique au bloc opératoire)	• (Assistant infirmier chef) • (Infirmière auxiliaire) • (Inf. chef d'équipe salle de réveil) • (Inf. chef d'équipe en ORL) • (Inf. chef d'équipe chirurgie générale) • (Assistant chef Inhalothérapie)

Agents Lean

• (Reponsable engagé par le CSSS)	• (Firme consultants)

Plan d'intervention

	Activités	Date d'intervention	Semaine débutant le										
			04-09	24-09	01-10	08-10	15-10	22-10	29-10	05-11	12-11	19-11	15-12
1	Formation Lean Healthcare	31 août 7 septembre											
2	IMPACT-Kaizen	24 septembre											
3	Implantation												
4	Contrôle												3
5	Fermeture de projet												

Mesures de performances

	Mesure / indicateur	Unités	Niveau de référence
1	Le temps opératoire réel (HOP) (Objectif de 40% excluant ophtalmo.et cysto.)	% ou Hr/jour	2010-2012 : HOP = 36% ou 2.9 heures/jour
2	Le délai d'attente du patient à l'accueil	minutes	2010-2012 : Temps d'attente moyen = 38 minutes
3	La rigueur d'application du nouveau processus (Objectif de 80% du temps)	%	N/A

Signatures

Promoteur	Agent Lean	Date

Figure 31. Fiche A4 résumant le projet (document interne produit par la firme de consultants)

L'implantation des solutions proposées par l'équipe Kaizen est effectuée entre le 1 octobre et le 26 novembre 2012 et prend la forme d'un projet pilote qui permettra aux changements de s'implanter dans une salle par jour, sur trois journées consécutives à la mi-octobre. L'équipe Kaizen prévoit un plan de communication et une rencontre d'information au début de la semaine, où se tiendront les journées pilotes (l'implantation réelle étant prévue pour la semaine suivant les journées pilotes), afin de recueillir les commentaires et d'ajuster les solutions implantées si nécessaire.

Les changements généraux qui sont proposés au départ par l'équipe se résument dans le tableau 26.

Tableau 26. Changements attendus pour chaque groupe d'acteurs en fonction des problématiques identifiées par l'équipe Kaizen

Changement proposé	Détails	Membre de l'équipe concerné						
		Chir.	Anest.	Inf.ext.	Inh.	Prép.	Gest.	Inf.CDJ
Balancement des tâches: transport et installation du patient	Arrivée sur pied des patients en provenance de la chirurgie d'un jour (sauf pour les cas pédiatriques qui seront d'abord rencontrés avec leur famille en chirurgie d'un jour et toujours amenés en salle par l'infirmière externe)			X	X	X		
Aucun	Arrivée et attente des patients à l'accueil lorsqu'ils sont en provenance de l'étage (pour vérification du dossier et insertion des feuilles)					X	X	
Accompagnement du patient	Avis sur l'identité et la salle prévue des patients de la chirurgie d'un jour qui cheminent vers le bloc opératoire transmis à l'accueil par l'accompagnateur du patient qui arrive sur pied jusque dans la salle sans s'arrêter à l'accueil (l'infirmière, l'inhalothérapeute ou le préposé au bénéficiaires)			X	X	X		
Accompagnement du patient	Rencontres pré-opératoire par le chirurgien (au besoin) et par l'anesthésiste directement en chirurgie d'un jour (sauf pour le premier cas si cela impose un délai pour l'arrivée du patient)	X	X					
Balancement des tâches: transport et installation du patient	Initiation de l'arrivée du patient dès la fin du ménage en salle d'opération			X	X			
Accompagnement du patient	Accompagnement du patient par l'inhalothérapeute ou l'infirmière externe si 2 salles terminent en même temps et que le prochain patient est en chirurgie d'un jour			X	X			
Aucun	Passage des patients à l'accueil , transport du patient par le préposé et moment d'arrivée déterminé par l'anesthésiste si l'anesthésie est prévue en salle d'induction		X					
Horaire	Alignement de l'horaire des infirmières auxiliaires avec celui des infirmières						X	
Arrivée à l'heure des chirurgiens	Arrivée du chirurgien à l'heure requise le matin et en début de chirurgie, respect du time-out et retour des dossiers complets en salle de réveil	X						
Arrivée à l'heure des anesthésistes	Arrivée de l'anesthésiste à l'heure requise le matin et pour le réveil et retour des dossiers complets en salle de réveil avec prescriptions standardisées		X					
Arrivée à l'heure des chirurgiens	Entrée de tous les premiers patients en salle d'opération dès 8 h 00 am par l'infirmière externe pour les patients en provenance de la CDJ et par le préposé de 7 h 00 pour les patients en provenance de l'étage			X		X		
Identification en salle	Double identification du patient sur la table de la salle d'opération en présence de l'équipe (incluant l'anesthésiste)		X	X	X			
Arrivée à l'heure des chirurgiens	Ouverture des paquets stériles par les infirmières dès la fin du ménage lorsque le patient provient de la chirurgie d'un jour ou dès son arrivée à l'accueil lorsqu'il provient de l'étage (sauf pour le premier cas du matin pour lequel la présence du chirurgien dans l'établissement est également un critère pour débuter l'ouverture du matériel)			X				
Arrivée à l'heure des chirurgiens	Appel du chirurgien et de l'anesthésiste via le numéro de paget bien défini à chaque jour avec le code du numéro de salle	X	X	X	X			
Balancement des tâches: intègration des préposés	Inscription des numéros de chambre des patients hospitalisés sur le programme de la table de travail des préposés			X				
Balancement des tâches: intègration des préposés	Utilisation d'un signal visuel (lumière rouge clignotante) pour signifier l'intercas (fin de la chirurgie correspondant au moment où le patient sera recouvert d'une couverture jusqu'à la disponibilité subséquente de la salle après le ménage) et le besoin du préposé en salle			X		X		
Balancement des tâches: intègration des préposés	Utilisation d'un signal visuel entre la salle de réveil et la chirurgie d'un jour pour aviser du congé de la salle de réveil (en direction de la chirurgie d'un jour)					X		
Balancement des tâches: intègration des préposés	Aménagement d'une table de travail à l'accueil pour les préposés aux bénéficiaires avec le programme opératoire et la planification de la journée (pauses et dîners).					X		
Balancement des tâches: intègration des préposés	Nettoyage de la salle à deux préposés					X		
Balancement des tâches: intègration des préposés	Libération complète de la salle par l'équipe durant le nettoyage			X				
Balancement des tâches: intègration des préposés	Balancement des activités entre infirmières internes, externes, inhalothérapeutes et préposés (Appel du préposé pour le transport du prochain patient, vérification des caissons par les infirmières externes et internes, assistance à l'infirmière en interne pour monter les cas et installer les instruments et l'équipement)			X	X	X		
Balancement des tâches: intègration des préposés	Positionnement du patient en équipe (préposé, infirmière externe, chirurgien, anesthésiste et inhalothérapeute)	X	X	X		X		
Balancement des tâches: intègration des préposés	Sortie du patient par l'infirmière externe et l'anesthésiste, sinon par l'inhalothérapeute		X	X	X			
Planification journalière	Rencontre quotidienne de l'équipe en salle à 7 h 45 (infirmières, inhalothérapeutes et anesthésistes) pour planifier les besoins particuliers et les exigences spécifiques en fonction du programme de même que la planification des pauses et diners			X				
Vérification des tests	Vérification pré-opératoire des patients de la chirurgie d'un jour par les infirmières de la chirurgie d'un jour							X
Vérification des tests	Vérification des prochains patients (mobilité, réception de médication pré-opératoire, test de grossesse), sinon par l'anesthésiste, sinon par l'infirmière externe		X	X	X			
Balancement des tâches: intègration des préposés	Affichage en salle d'un programme opératoire à jour et inscription des numéros de téléavertisseurs des chirurgiens, des anesthésistes et des préposés de la salle , des équipements requis par cas et des heures de pause et de repas			X				
Organisation du matériel	Réorganisation ergonomique (5S) des espaces (dépôt des instruments stériles, dépôt des préposés, salle de réveil, chariot de matériel dans les salles)						X	

L'équipe Kaizen propose également des indicateurs afin de mesurer les progrès et un processus permettant leur mise à jour. Des audits hebdomadaires seront réalisés par les leaders du projet, en plus de la mise à jour automatique de la mesure des HOP dans OPERA (le logiciel de gestion en place dans l'établissement), afin de se conformer à la liste des indicateurs retenus et au suivi proposé (document interne P80). Les indicateurs hebdomadaires, qui feront partie du tableau de bord, comprennent les HOP, le délai à l'accueil et le pourcentage de respect du processus. Les indicateurs quotidiens comprennent l'heure de début et de fin de la journée opératoire, ainsi que la durée moyenne intercas (document interne P78). Les audits hebdomadaires permettront de valider les éléments modifiés du processus, qui continuent d'être observés par les intervenants, et la conformité en ce qui a trait à la réorganisation du matériel (fiche de contrôle 5S) (document interne P124). Enfin, des rencontres hebdomadaires avec les membres de l'équipe sont prévues, tout comme des rencontres ad hoc qui pourraient être sollicitées par un intervenant qui identifie une problématique en cours d'implantation (document interne P80).

À la clôture du projet en mars 2013, les derniers audits ont démontré l'atteinte des objectifs visés (tableau 27). Le projet entrait, par la suite, dans une phase d'amélioration continue qui impliquait l'intégration du suivi dans les fonctions usuelles des cadres.

Tableau 27. Portion des résultats obtenus sur les indicateurs retenus à la fermeture du projet (source : document interne P85)

Indicateurs	Avant projet	Prévu	Réalisé
HOP	2,9 heures	3,2 heures	3,5 heures
Délai moyen à l'accueil	38 minutes	30 minutes	30 minutes
Début de journée	80 % en retard	-	13 % en retard
Fin de journée	60 % débordement	-	43 % débordement
Temps de préparation	Ch. Général avant: 56 minutes	-	Ch. Générale après: 48 minutes
Rigueur de processus	-	80%	84%

Le projet Lean, implanté au bloc opératoire de l'établissement que nous avons observé, est un projet bien circonscrit qui visait l'optimisation de l'utilisation du temps opératoire, grâce à un meilleur balancement des activités entre les groupes de professionnels et les préposés et grâce à des améliorations de l'ergonomie du travail en salle. Les efforts déployés par les équipes ont démontré l'atteinte des objectifs qui étaient visés par le projet. En se limitant à ces indicateurs de projet, il serait difficile de déterminer si cette mesure ponctuelle reflète réellement l'intégration des changements par les différents groupes

touchés. Notre investigation plus approfondie de la perception du projet par les groupes d'acteurs concernés et nos observations des routines en salle, suite à l'implantation des mesures proposées par l'équipe Kaizen, nous ont permis de mieux évaluer et de mieux comprendre les éléments précis qui n'ont pas été maintenus et les raisons sous-jacentes qui motivent la persistance du statu quo, malgré l'atteinte à court terme de résultats satisfaisants. Nous détaillerons donc la perspective des acteurs, en identifiant les éléments du microcontexte qui expliquent leurs réactions, puis nous analyserons les changements qui ont été intégrés et ceux qui ont disparu, en sollicitant les éléments que notre analyse stratégique nous a permis de mettre en évidence dans le chapitre précédent.

9.2 Perspective des acteurs sur le projet

Dans cette section de nos résultats, nous présenterons les perceptions des acteurs sur le projet, sur la méthodologie, l'implantation des changements et les résultats constatés, afin de mettre en évidence les facteurs qui suscitent de la résistance envers le projet ou qui sont mieux acceptés, et nous identifierons les enjeux stratégiques que les changements proposés soulèvent.

De manière générale, le projet a été vu comme étant un événement positif au bloc opératoire.

> *« Je trouve que ça été le fun. Moi, j'ai bien aimé et j'aime bien le fait qu'il y ait eu un rafraîchissement dans la façon de fonctionner. »* (Infirmier)
>
> *« Bien, je pense que c'est une bonne chose qui nous est arrivée. »* (Inhalothérapeute)
>
> *« Bien, moi je vois juste du positif. »* (Préposé)
>
> *« Finalement j'ai aimé ça et je pense que c'est une bonne chose, en bout de ligne. »* (Anesthésiste)

Bien que la majorité perçoive que le projet a contribué positivement au fonctionnement du bloc opératoire, il reste que plusieurs groupes questionnent les résultats, les changements mis en place, les moyens disponibles pour assurer le maintien des modifications et les investissements effectués pour y arriver.

9.2.1 Perceptions du projet d'amélioration par les gestionnaires

Ainsi les gestionnaires perçoivent que la mise en place du projet leur crée une surcharge de travail.

> *« Je veux pas que ça ait l'air négatif, mais je trouve que les agents Lean sont très demandants. Je sais, ça doit être leur job de faire ça… Faire des audits de qualité deux fois par semaine, personnellement je trouve que c'est beaucoup. »* (Gestionnaire)
>
> *« Ça fait beaucoup de travail supplémentaire.»* (Gestionnaire)

Aussi, il semble que les aspects de la réorganisation touchent directement les compétences des gestionnaires qui doivent alors digérer cette critique de manière constructive dans leurs relations avec le reste des professionnels du bloc opératoire.

> *« Quand tu t'en vas dans un atelier Kaizen comme cadre, il faut que tu sois très humble. Ça prend une grosse dose de courage parce que je vais te dire que ça a été difficile. »* (Gestionnaire)

Ces deux commentaires négatifs de la part des gestionnaires se comprennent mieux en recourant à la dynamique que nous avons décrite dans le sociogramme des enjeux, émanant de l'analyse des interactions managériales et professionnelles. Les gestionnaires deviennent imputables des problèmes administratifs par l'officialisation de leur rôle dans le cadre des ateliers Kaizen. La formalisation de ce rôle nuit aux gestionnaires qui responsabilisaient les professionnels sur l'utilisation des ressources, en créant un flou sur la disponibilité de ces ressources et en minimisant leur propre responsabilité dans l'attribution de celles-ci et dans la résolution et le partage des problématiques qui y sont reliées. Les professionnels n'ont alors pas besoin de négocier l'utilisation des ressources, lorsqu'ils participent de manière officielle à l'atelier Kaizen, puisque l'énoncé des besoins qui déterminent les ressources nécessaires est alors présumé juste et objectif (même si ce n'est pas nécessairement le cas). De plus, les gestionnaires deviennent responsables de documenter la performance, ce qui consomme de leur temps et ne leur permet pas de mieux contrôler la dynamique interne, puisque les mesures qui s'ajoutent ne concernent pas les activités en salle. Dans le cas étudié, contrairement aux apparences, les gestionnaires perdent donc du pouvoir, dans le cadre d'un projet d'amélioration des processus, en devenant plus imputables du fonctionnement administratif du bloc, ce qu'ils évitaient quelque peu avant, attribuant plutôt les problèmes au manque de collaboration des équipes du bloc opératoire, surtout de la part des chirurgiens. De plus, la nécessité d'effectuer des mesures de la performance et de les communiquer aux équipes qui les réalisent diminue leur pourvoir qui dépendait justement, entre autres, de l'échange négotié et sélectif de ces informations. Ainsi, si les résultats attendus sont maintenus, les équipes ont plus de liberté d'action et la dynamique existante à l'interne risque de s'intensifier. Cette réalité s'exprime d'autant plus que les gestionnaires mobilisent leur temps à effectuer ces mesures, ce qui aggrave la situation, puisque leur capacité de résoudre les problématiques administratives sera d'autant réduite et ainsi de suite.

9.2.2 Perceptions du projet d'amélioration par les chirurgiens

L'inquiétude des chirurgiens se traduit par un doute sur la capacité du projet d'avoir un impact clinique suffisant, leur permettant de réaliser plus de cas de manière durable, sans effectuer de coupures sur la qualité des soins.

> *« Quand ils sont arrivés, ils ont dit : «Ah, au lieu de finir à 4 h, tu vas finir à 2 h», mais ça, ce n'est pas arrivé. C'est ça l'affaire. »* (Chirurgien)

« Tu sais, comme à l'urgence, ils l'ont fait le Lean, là, et quand tu parles aux infirmières : «Ah, ça a marché deux semaines et on est revenu comme avant». On se fait dire ça. » (Chirurgien)

Les chirurgiens soulignent certains impacts positifs du projet sur leur comportement, tel que leur participation au travail d'équipe en salle.

« Je pense que je passe plus de temps dans la salle pendant qu'ils font l'anesthésie. Ça me donne le temps de regarder le dossier (…), je regarde le scan ou les films et en même temps j'écoute. S'il y a un problème, bien, je suis là, je peux aider. Je regarde si tout se passe bien. » (Chirurgien)

« Bien, ce qu'on a vu avec le Lean, c'est que le travail d'équipe est tellement important. Dans toutes les choses, ça va plus vite et ça aide pour mieux travailler et pour mieux le faire. Mais par contre, ça prend un ajustement.» (Chirurgien)

Toutefois, la participation à ce travail d'équipe ne se fait pas sans inquiétudes et sans résistance.

« On dirait que j'ai moins de pouvoir pour décider de l'ordre de mes cas durant la journée.» (Chirurgien)

L'intégration des chirurgiens à la nouvelle structure impose en effet le respect des règles définies par l'équipe.

« Oui. Bien, il y avait beaucoup de chicane déjà parce qu'au début, il y avait comme trois ou quatre personnes qui t'attendaient à la porte, qui checkaient quand tu arrivais. Il y avait des chicanes aussi parce qu'il y a certains chirurgiens qui aiment pas se faire dire : «Ah, tu es en retard». Là, il y a un nouveau règlement : si on est 15 minutes en retard plus que deux fois en trois mois on a une sanction. » (Chirurgien)

Malgré la contribution importante que les chirurgiens peuvent apporter au problème de l'efficacité par leur arrivée à l'heure en début de journée, ils minimisent l'impact de leur comportement sur les résultats, qu'ils jugent alors comme insuffisants.

« Moi personnellement, je ne trouve pas que j'opère plus ou moins et d'après moi, c'est pas lié au projet Lean, c'est lié à, mettons, des anesthésistes qui sont plus lents, tu sais, entre les cas et que ça finit plus de finir. » (Chirurgien)

« Je trouve que le Lean, c'est variable. On a juste regardé les statistiques en fait. En urologie, c'est dur à croire, mais c'est pire qu'avant. Tu sais, ils montrent toujours avant et après et après, en uro, on ne sait pas pourquoi, le temps, c'est plus long. En chirurgie générale, c'est vraiment variable.» (Chirurgien)

Pourtant, l'impact des chirurgiens sur les résultats du projet ont été soulevés par d'autres.

« L'acteur central, si on peut dire, qui n'est pas à l'heure, ça, ça a pas changé. Tant que ça, ça changera pas, on aura beau changer après ça qu'est-ce qu'on fait autour, mais si lui arrive pas à l'heure… » (Inhalothérapeute)

Les chirurgiens ne se sentent pas responsables de l'amélioration des processus, car les rôles administratifs ne leur permettent pas d'augmenter leur autonomie, ni de rehausser leur statut essentiellement basé sur les aspects cliniques. Ainsi, ils perçoivent négativement

le changement, puisqu'il risque justement de remettre en question cette autonomie à laquelle ils tiennent. En effet, la mesure de l'heure de leur arrivée ou la réorganisation du programme opératoire par l'équipe réduit le contrôle qu'ils détiennent sur les activités reliées à leurs patients et donne du pouvoir à d'autres groupes dans les décisions concernant leur patient. En comprenant mieux les enjeux de la dynamique, que nous avons décrite dans nos sociogrammes, émanant de l'analyse des interactions managériales et professionnelles, nous sommes en mesure de comprendre pourquoi les chirurgiens résistent, mais aussi pourquoi ils apprécient l'optimisation du travail d'équipe. En effet, celui-ci s'effectue en salle et contribue à renforcer le rôle central de la chirurgie et donc son importance par rapport aux autres activités, dont l'anesthésie.

9.2.3 Perceptions du projet d'amélioration par les inhalothérapeutes

Les inhalothérapeutes soulèvent les changements positifs comme étant principalement ceux reliés à l'amélioration du travail d'équipe.

> *« Ça a apporté des bonnes choses, quand même, pour ce qui est du roulement, du climat de travail, pour ce qui est de l'entraide. »* (Inhalothérapeute)

Toutefois, ils sont très critiques sur les moyens employés pour arriver à de tels changements et sur les résultats à long terme.

> *« Tu sais, on a changé la méthode, mais je pense qu'au bout du compte ça change pas grand-chose. »* (Inhalothérapeute)

> *« Ça coûte peut-être un peu cher pour un examen de conscience. J'ai comme pas vraiment d'opinion. Je suis sceptique un peu. »* (Inhalothérapeute)

> *« Je pense que jusqu'à maintenant, pour ce que j'ai vu, ça change pas nécessairement grand-chose. Tu sais, on a changé la façon de faire, mais je pense que jusqu'à maintenant le résultat est pas mal le même. Il y a tellement de variables qu'on ne contrôle pas. »* (Inhalothérapeute)

La vérification du test de grossesse par les inhalothérapeutes demeure le meilleur exemple de leur doute sur la persistance des changements.

> *« C'était supposé être une tâche attitrée à nous parce que c'est nous qui avions du temps pour le faire, mais finalement la secrétaire au poste le fait quand même et l'infirmière le fait quand même dans la salle… »* (Inhalothérapeute)

Enfin, ils ne se sentent pas nécessairement avantagés par tous les changements reliés au projet.

> *« Mais, avant, je trouvais ça bien que le préposé vienne nous aider, je trouvais qu'on faisait plus une équipe pour l'installation et pour la désinstallation du patient. »* (Inhalothérapeute)

Les inhalothérapeutes gagnent du pouvoir, essentiellement à travers leurs échanges avec les anesthésistes. Leur déception face au projet se comprend à travers le manque de

gain qu'ils effectuent de manière indépendante et par la perte d'acquis. Ceci s'explique effectivement par la dynamique que nous avons décrite et qui explique que les inhalothérapeutes interagissent avec le reste du groupe, principalement grâce à leur collaboration avec les anesthésistes. Ils ont donc peu de chance d'être reconnus davantage auprès de l'équipe, dans le cadre de changements qui les touchent en tant que groupe indépendant, si les anesthésistes ne sont pas impliqués dans ces changements.

9.2.4 Perceptions du projet d'amélioration par les anesthésistes

Dans le cadre du projet Lean, les anesthésistes sont surtout concernés par le balancement des tâches, permettant d'envoyer chercher le patient sur pied par l'intervenant disponible (eux-mêmes à l'occasion) et de l'évaluer en chirurgie d'un jour. Les anesthésistes n'y voient pas d'avantages et soulignent même les désavantages des changements.

> *« C'est sûr que c'est bien cute le patient parce qu'il marche, d'un autre côté, c'est sûr que tu dédoubles le travail du préposé qui est obligé d'aller chercher le patient une fois et après ça d'aller chercher la civière parce que le patient sort pas à pied, là. »* (Anesthésiste)

> *« La journée finit pas bien, bien plus vite en allant chercher les patients là-bas… Avant, comme je vous dis, ils étaient au poste. Il me semble que c'était plus simple pour tout le monde, mais là ils sont pas au poste…Et j'aime pas ça quitter la salle… »* (Anesthésiste)

Les anesthésistes soulignent quand même les bénéfices théoriques du Lean, mais remettent en perspective leurs apports réels et la valeur attribuée au projet.

> *« Écoute, un des mérites du projet Lean, c'est que tout le monde arrête, réfléchit à ce qu'il fait ou à qu'est-ce qu'il peut faire pour aider. Ça, c'est positif, je pense. Les gens se parlent entre eux autres, c'est positif, mais, dans ma vie à moi quotidienne, je n'ai pas remarqué de bouleversements. »* (Anesthésiste)

> *« Je sais pas si ça vaut le coût… Parce que l'implantation du projet Lean, il y a des frais par rapport à ça. Est-ce qu'en bout de ligne, on va regagner à long terme ces millions-là que ça a coûtés? Est-ce que ça vaut le coût? Ça, je le sais pas, je ne peux pas apporter une réponse. Est-ce que ça a amélioré? Oui. »* (Anesthésiste)

La résistance des anesthésistes s'explique également en comprenant mieux la dynamique que nous avons décrite dans nos sociogrammes, émanant de l'analyse des interactions managériales et professionnelles. Par exemple, le statut qu'ils revendiquent au sein du bloc opératoire est définitivement remis en question lorsqu'on leur attribue les fonctions d'un préposé aux bénéficiaires (transport du patient).

9.2.5 Perceptions du projet d'amélioration par les préposés

Les préposés ont vu leur travail se transformer à la suite du projet Lean. En effet, le positionnement, dont ils avaient l'entière responsabilité de manière informelle, ne leur est plus nécessairement délégué, puisque leur travail s'ajuste maintenant en fonction de la disponibilité des autres membres de l'équipe, qui doivent leur apporter du support lorsqu'ls

sont disponibles. Les préposés soulignent l'allègement de leur tâche comme étant un point positif dans la réorganisation de leur travail, relié au projet Lean.

> *« Le poste m'appelait, les trois infirmières m'appelaient, l'autre s'en allait en pause, elle avait oublié de dire à l'autre qu'elle me l'avait dit, ça fait que j'avais cinq téléphones pour la même chose. Il y en a plus de ça, il y en a plus de ça. Ça, le Lean, ça…, c'est fantastique. Je te dis, ça nous donne beaucoup moins d'ouvrage que ça nous en donnait. »* (Préposé)

Par contre, ils réalisent que l'impact sur la richesse de leur travail peut être significatif.

> *« Pas vraiment moins utile, mais la valorisation un petit peu moins…, tu sais, frustré de pas pouvoir faire toutes ces affaires-là. »* (Préposé)

Les préposés gagnent en valeur, en faisant partie intégrante de l'équipe, puisque leur charge de travail est enfin reconnue et qu'une aide leur est apportée.

> *« Oui, depuis que je travaille là, c'est la première fois que je suis autant valorisé que ça. Je suis comme…, je flotte. »* (Préposé)

Mais ils réalisent qu'en contre-partie, leur travail devient mieux observable.

> *« S'il y en a rien qu'un qui fait pas sa job, ça va paraître tout de suite. »* (Préposé)

Les préposés sont gagnants dans le cadre du projet d'amélioration des processus. En effet, leur rôle, qu'ils souhaitent voir reconnaître, est mieux défini et officialisé et les tâches, qui ne leur appartiennent pas, sont redistribuées aux professionnels qui en sont responsables. Par contre, ils se rendent compte que les actions, qu'ils posaient officieusement, contribuaient à leur donner du pouvoir. Ce pouvoir leur permettait d'avoir plus de contrôle sur leur horaire et leur travail.

9.2.6 Perceptions du projet d'amélioration par les infirmières

Les infirmières, quant à elles, voient le projet de manière très positive. Elles semblent avoir apprécié le fait de pouvoir enfin prendre le temps de réorganiser leur façon de travailler.

> *« C'est parce que c'est plus plaisant de travailler. »* (Infirmière)

> *« Quand tu améliores ta situation, c'est jamais très triste, c'est plutôt plaisant. »* (Infirmière)

> *« Bien, on a l'impression de faire plus de cas, de pouvoir opérer plus longtemps, sans être aussi crevé en fin de journée. »* (Infirmière)

Cette perception positive repose sur la clarification de leurs rôles, l'amélioration de la communication et l'accroissement de leur autonomie dans la résolution des problématiques découlant de la démarche Lean.

« Ça fait qu'on sait ce qu'on a à faire, chaque personne. Tu sais, ce n'est pas tout le monde qui se pitche sur la même affaire. Ça fait que, ça je trouve que c'est mieux. » (Infirmière)

« Bien, on a sauvé du temps. Je pense qu'on est moins mêlé dans la distribution des tâches. Les gens tournent moins en rond. On a nos rôles, on fait ça comme ça, comme ça, comme ça, ça fonctionne bien, tu sais, et on peut se parler. » (Infirmière)

« Ça fait que maintenant on arrive le matin et on se rassemble, l'équipe, dans la salle et là je vais dire : « On a besoin de faire restériliser telle affaire, telle affaire, telle affaire ». Tout le monde est au courant. Il y a plus de communication. » (Infirmière)

« Avant, on déléguait beaucoup au poste, puis des fois ça ne se faisait pas parce que le message se faisait pas nécessairement… Je trouve qu'aujourd'hui on a plus nos affaires parce qu'on les gère justement tout seuls, puis on sait ce qu'on a de besoin, nous autres, c'est nous autres qui est dans la salle. Ça fait que, oui, on est plus autonomes, je trouve. » (Infirmière)

Les infirmières reconnaissent toutefois que les changements auraient pu aussi se faire sans la démarche Lean, si le contexte avait été différent.

« Je pense que ça a débloqué certaines choses côté administratif qui ne bougeaient pas avant parce qu'on n'avait pas assez de pouvoir pour faire certains changements.» (Infirmière)

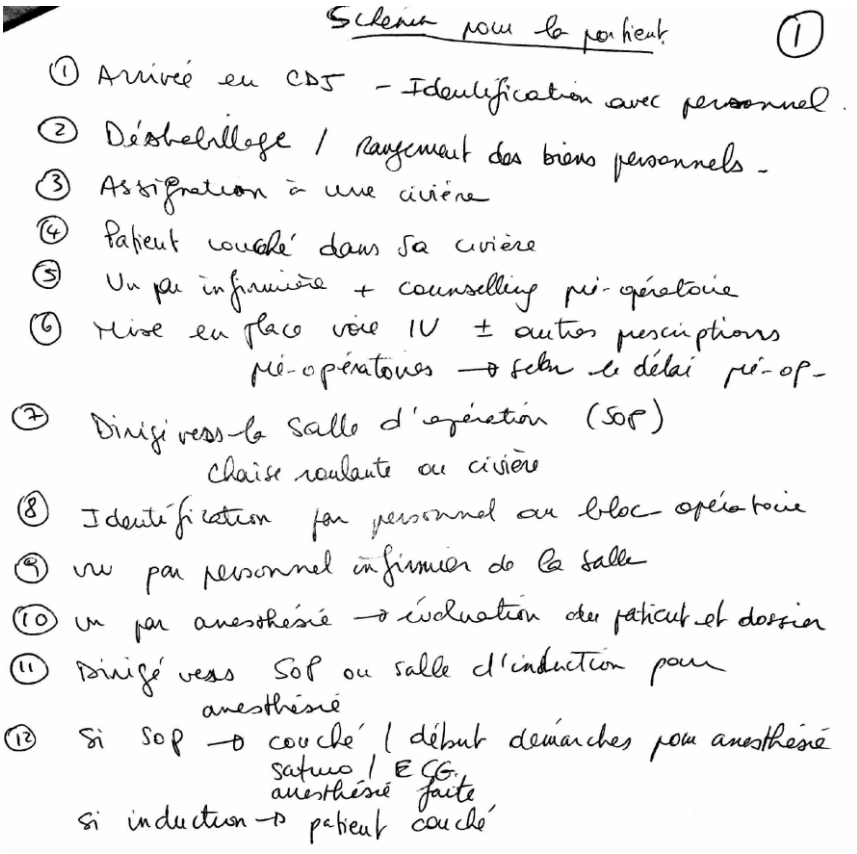
« Ce n'est pas parce qu'on est cadre qu'on a les meilleures solutions et ce n'est pas parce qu'on est sur le plancher qu'on a les meilleures solutions. On ne voit pas les problèmes des uns et les autres ne voient pas le problème des uns. Mais il faut essayer de travailler ensemble. Je pense que c'est une chose qui est perdue. Ça fait que le projet Lean a aidé, mais je pense que c'est quelque chose qui ne nécessite pas un Lean, c'est le gros bon sens. » (Infirmière)

Les infirmières apprécient le projet Lean. En effet, il contribue directement à reconnaître leur rôle central dans la coordination des soins au bloc opératoire et leur redonne même plus de pouvoir sur les activités qui se déroulent dans la salle. La reconnaissance de leur identité professionnelle et l'élargissement des limites de leur profession sont les deux enjeux les plus importants pour elles, tel que nous l'avons décrit dans nos sociogrammes d'analyse des interactions managériales et professionnelles. La majorité des changements vient soutenir le développement de leur reconnaissance et de leurs compétences. Leur seule réticence face au projet concerne le besoin d'avoir recours à des experts externes pour qu'elles soient écoutées. Cette perception confirme bien que la reconnaissance de leur rôle central, dans le cadre du projet, contribue à leur implication et à leur appréciation des changements proposés.

9.2.7 Représentation ostensive post-changement

L'évaluation de la perception des groupes d'acteurs sur la routine chirurgicale après l'implantation du projet Lean, grâce aux graphiques et descriptifs que nous avons recueillis, nous a permis de relever quelques constats.

D'abord, Les gestionnaires, les chirurgiens et les infirmières ont maintenu les mêmes types de perceptions après le projet Lean (vision de l'ensemble et vision autocentrée de la routine). Par contre, les inhalothérapeutes, les préposés et un chirurgien ont élargi leur vision et perçoivent mieux le travail de chacun. Ces éléments sont démontrés dans la figure 32 et 33.


Scénario pour le patient (1)

(1) Arrivé en CDJ – Identification avec personnel.
(2) Déshabillage / rangement des biens personnels.
(3) Assignation à une civière
(4) Patient couché dans sa civière
(5) Vu par infirmière + counselling pré-opératoire
(6) Mise en place voie IV ± autres prescriptions pré-opératoires → selon le délai pré-op.
(7) Dirigé vers la salle d'opération (SOP) chaise roulante ou civière
(8) Identification par personnel au bloc opératoire
(9) vu par personnel infirmier de la salle
(10) vu par anesthésie → évaluation du patient et dossier
(11) Dirigé vers SOP ou salle d'induction pour anesthésie
(12) Si SOP → couché / début démarches pour anesthésie saturo / ECG. anesthésie faite
Si induction → patient couché

Figure 32. Extrait de la représentation de la routine de réalisation de la chirurgie telle que décrite par un chirurgien

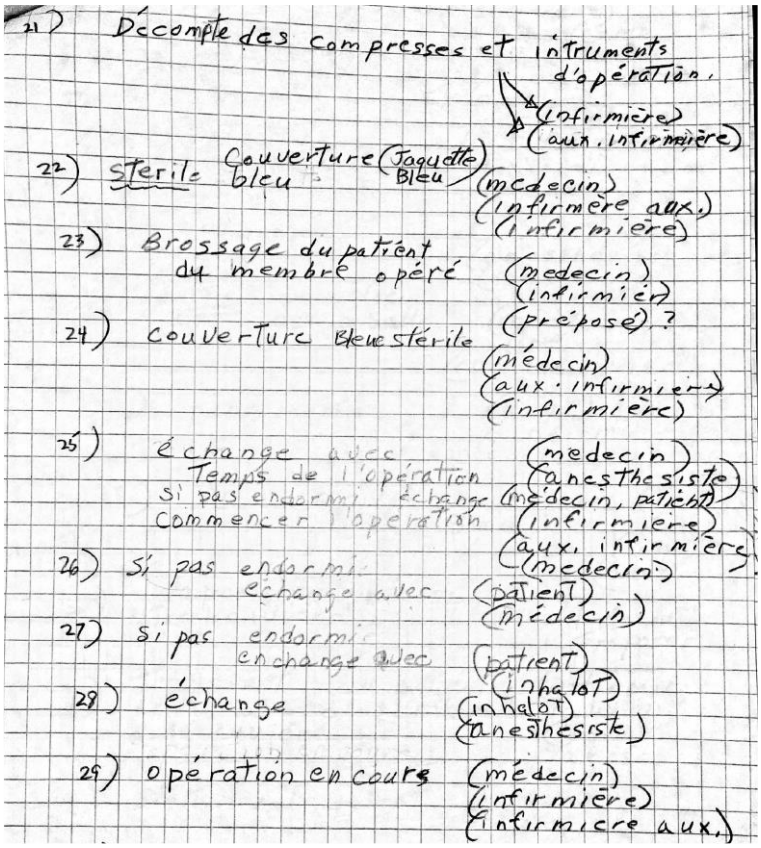

21) Décompte des compresses et intruments d'opération.
(infirmière)
(aux. infirmière)
22) Stérile Couverture (Jaquette Bleu) bleu.
(medecin)
(infirmère aux.)
(infirmière)
23) Brossage du patient du membre opéré
(medecin)
(infirmier)
(préposé) ?
24) couverture bleu stérile
(médecin)
(aux. infirmiers)
(infirmière)
25) échange avec
Temps de l'opération
Si pas endormi échange
Commencer l'opération
(medecin)
(anesthesiste)
(médecin, patient)
(infirmiere)
(aux. infirmière)
26) Si pas endormi échange avec
(medecin)
(patient)
(médecin)
27) si pas endormi en change avec
(patient)
(inhalot)
28) échange
(inhalot)
(anesthesiste)
29) opération en cours
(médecin)
(infirmière)
(infirmiere aux.)

Figure 33. Extrait de la représentation de la routine de réalisation de la chirurgie telle que décrite par un préposé

Puis, il semble que les préposés, les infirmières et les gestionnaires intègrent par exemple, la rencontre préparatoire du matin, dans leur perception de ce qui doit être fait, ainsi que d'autres changements Lean, mais ce n'est pas le cas pour les inhalothérapeutes, les chirurgiens et les anesthésistes qui en font totalement abstraction.

Le projet Lean semble donc s'intégrer de deux façons dans la routine des acteurs, et ce, en lien avec l'équipe. En effet, l'ouverture sur le travail des autres groupes est améliorée et les éléments intégrés dans les perceptions ont un lien avec l'entraide et le travail d'équipe. Par contre, il semble que les acteurs les moins impliqués dans le projet et les moins affectés par les changements (chirurgiens, anesthésistes et inhalothérapeutes) modifient peu leurs perceptions.

9.3 Persistance des changements en lien avec notre analyse du microcontexte politique

Parmi l'ensemble des changements induits par le projet Lean, certains ont été intégrés à la routine et d'autres n'ont pas survécu à l'épreuve du temps. Parmi les changements qui ont persisté suite aux projets, on note l'accompagnement du patient sur pied; l'identification du patient en salle; le balancement des tâches en ce qui concerne le travail d'équipe en salle (principalement relié à l'intégration des préposés) et une meilleure organisation de l'ergonomie du travail, dont la gestion du matériel. Parmi les changements qui se sont intégrés plus difficilement à la routine des acteurs, on retrouve le balancement des tâches qui concerne le transport et l'installation du patient; la modification de l'arrivée des chirurgiens le matin et en salle; l'intégration d'une réunion d'équipe et de la planification journalière; et, la vérification des tests de grossesse par les inhalothérapqutes. Dans les sections qui suivent, nous décrirons les enjeux qui expliquent que ces changements aient été intégrés ou non dans les routines, en mobilisant les éléments que nous avons décrits dans le cadre de notre analyse des interactions professionnelles et managériales, donnant naissance au microcontexte politique présent au sein de l'établissement.

9.4 Changements implantés et maintenus

9.4.1 L'accompagnement du patient

L'accompagnement du patient en salle est décrit comme un des changements les plus significatifs.

> *« La chose la plus remarquable c'est que les patients arrivent en marchant. »* (Inhalothérapeute)

> *« Bien, le gros morceau qui a vraiment été un changement concret, c'est la partie où les patients de la chirurgie d'un jour ne passent plus par une transition au poste, ils font juste passer devant le poste pour aller vers la salle. Donc, ils restent en chirurgie d'un jour jusqu'au moment où la salle est prête pour eux.»* (Anesthésiste)

La transformation du mode de transport (à pied au lieu de sur la civière), plus adapté aux capacités de l'ensemble des intervenants à réaliser le transport, a contribué à la transformation.

> *«J'amenais jamais le patient en avant du poste en civière parce que je ne suis pas la meilleure conductrice de civière, l'apporter à pied en traînant son dossier, ça il y a pas de problèmes.»* (Anesthésiste)

Un des aspects qui a aussi contribué à convaincre les acteurs d'intégrer ce changement à leur routine est la conscience d'un gain pour tous.

> *«C'était juste bien plus simple de le questionner et de partir avec lui après, il y avait moins d'aller-retour pour tout le monde. »* (Anesthésiste)

> *« C'est bien moins compliqué, bien moins de transferts pour nous autres. Tu sais, nos salles sont pas super grandes.»* (Infirmière)

Mais l'intégration de ce changement à la routine n'a pas été aussi facile pour tous les groupes d'acteurs. Les préposés semblent avoir été plus résistants à accepter de modifier leur façon de faire.

> *«Et ce que je trouve de déplorable, c'est d'aller chercher le patient à pied, de revenir et de repartir chercher la civière. Nous autres, on perd du temps.»* (Préposé)

> *« Le principe c'est que, s'il y a trois infirmières dans la salle, deux qui se préparent, la troisième peut aller chercher le patient. Il faut retravailler ça… ou ça peut être l'inhalo. L'inhalo est prête, elle peut y aller chercher le patient. Ce bout-là est pas encore up to date, ils se fient encore que c'est le préposé. » (*Gestionnaire)

En effet, bien que l'accompagnement sur pied du patient ait été maintenu, la délégation du transport à d'autres groupes que celui des préposés a moins bien survécu à l'épreuve du temps.

L'accompagnement du patient sur pied a été en partie intégré aux routines des équipes du bloc opératoire. Un des éléments qui permet le maintien de ce changement est l'appréciation soulevée par les patients, ce qui vient renforcer la sélection de cette stratégie par les acteurs, pour lesquels la satisfaction des patients correspond à un idéal. D'autant plus que le fait de transporter le patient sur pied ou sur civière n'a d'influence défavorable significative ni sur les autres aspects de la routine, ni sur le maintien du microcontexte politique et des règles de jeu qui sont en place. La seule dimension qui peut nuire au changement est la résistance des préposés, pour qui ce changement vient définitivement réduire les compétences, qu'ils détiennent dans le transport sur civière des patients et avec lesquelles d'autres groupes ne se sentaient pas à l'aise. Par contre, le fait que les préposés soient des employés non professionnels, qui ne peuvent référer à des normes externes reconnues pour justifier leur position, limite leur capacité d'opposer de la résistance aux directives imposées par l'établissement dans le cadre de ce changement.

> *« «Pourquoi que ça nous écoute pas?» Il dit : «Parce que vous êtes juste des préposés». Si l'infirmière en arrière de toi va le dire, là c'est correct. La hiérarchie, je suis d'accord avec ça. Mais les bonnes idées, ils n'acceptent pas de les prendre, tu sais, les pousseux de crayon, ça vient pas d'eux autres… »* (Préposé)

9.4.2 L'identification du patient en salle

L'identification du patient en salle est la confirmation de l'identité du patient et la réalisation du questionnaire préopératoire par les infirmières. Elle s'effectuait

traditionnellement au poste du bloc opératoire. Le projet Lean a permis que cette identification se réalise directement dans la salle et que cette identification, effectuée par les infirmières, soit entendue par les autres acteurs présents en salle et permette ainsi au patient d'être plus à l'aise avec l'équipe dans la salle avant d'être endormi et opéré.

> *« La façon dont ils l'accueillent dans la salle d'opération…, tu sais, on l'accompagne, il marche et là il rentre dans sa salle et s'assoie sur la table, donc on le couche pas et on saute pas dessus. On l'assoie : « Bonjour » et là on l'identifie, ça fait qu'il a une minute pour saisir qu'est-ce qu'il y a autour de lui et c'est qui qui est autour de lui. »* (Spécialiste Lean)

L'appréciation des patients pour cette nouvelle façon de faire a aussi contribué au maintien de ce changement.

> *« Cette portion-là a un impact majeur sur les patients. Et au début, les gens venaient beaucoup…, et ça, on l'a pas mesuré et on l'a pas chiffré non plus parce que ça se chiffre difficilement, mais les gens me disaient : « Il y a des patients qui viennent et : «Ah, c'est le fun, je reviendrais ici» », tu sais. Écoute, ça, pour l'équipe, c'était valorisant au maximum d'avoir des commentaires positifs de leurs patients. »* (Spécialiste Lean)

La modification sauve également du temps, réduit la duplication des questionnaires professionnels réalisés en silos et favorise une meilleure coordination des soins, tout en réduisant les irritants reliés à l'enchaînement des activités de chacun.

> *« Avant, on attendait 5 minutes, parfois, ou 10 minutes parce qu'ils préparaient la salle ou ils préparaient les instruments (…) il faut attendre l'infirmière, où est-ce qu'elle est l'infirmière? Quand il est à l'intérieur, tout le monde se stimule pour travailler. »* (Anesthésiste)

> *« T'es un patient et le préposé demande ton nom au complet, ta date de naissance,… t'arrives, la commis qui vérifie ton dossier te redemande la même chose… L'infirmière arrivait, elle te redemandait la même chose. L'anesthésiste arrivait, il te redemandait la même chose. Dans ma tête, je me disais, le patient doit se dire… : « Je m'appelais X, je m'appelle X et je vais encore m'appeler X ». Tandis que là, quand il arrive dans la salle, l'anesthésiste est là, l'inhalo est là, l'infirmière externe est là, puis l'infirmière interne est là. »* (Gestionnaire)

> *« J'aime ça le fait qu'on n'ait pas besoin de sortir, on se prépare, le patient arrive, ça, c'est le fun. »* (Infirmière)

> *«Je peux arranger quelques petites affaires pendant que l'autre parle au patient.»* (Infirmière)

> *«Quand on continue à travailler, on sait déjà s'il a des allergies ou pas, etc.. Ça fait que ça nous permet, dans le fond, d'être plus au courant du dossier du patient. »* (Inhalothérapeute)

Le deuxième changement implanté avec succès est donc l'identification du patient en salle. Cette façon de faire permet à l'infirmière de réaliser son questionnaire et l'identification du patient directement dans la salle et d'être écoutée par les autres professionnels qui sont présents. Ce changement donne des résultats appréciés de la part des patients qui peuvent se familiariser avec l'environnement de la salle et communiquer avec les gens qui prendront soin de lui, sans qu'il soit requestionné à répétition sur les mêmes éléments. Les

professionnels réalisent donc que leurs activités donnent des résultats positifs et cela contribue à les encourager à maintenir le changement. Pourtant, le changement réduit les perturbations et les brèches qui survenaient lorsque l'identification se faisait devant le poste d'accueil du bloc opératoire, puisque chacun y allait à tour de rôle et ne disposait pas des informations obtenues par les autres, réduisant donc potentiellement la zone d'incertitude et la marge de manœuvre de certains groupes. Mais le fait que ce changement valorise, devant les autres groupes de professionnels, le travail des infirmières et fortifie leur identité professionnelle, sans nuire aux autres professionnels, constitue un atout puissant pour que le changement persiste, d'autant plus qu'il dépend de la volonté des infirmières elles-mêmes. Un autre élément qui aurait pu nuire à la rétention du changement est l'uniformisation des pratiques qui découle de l'identification en salle, c'est-à-dire l'utilisation du questionnaire des infirmières pour documenter l'identification, faite normalement par les autres groupes, avec leurs propres questionnaires et selon les façons de faire qu'ils jugent plus adéquates, en fonction de leurs appartenances professionnelles. Mais, le fait que l'identification en salle ramène justement les activités d'identification directement dans la salle, réduisant la multiplication de la documentation et gardant à l'interne, et loin des gestionnaires, les activités reliées au patient, encourage plutôt le maintien du changement.

9.4.3 Balancement des tâches reliées à l'intégration des préposés

Quelques mois avant le projet Lean, des modifications, concernant le travail des préposés, avaient eu lieu dans l'établissement. Ainsi, il y a eu attribution d'un préposé pour chaque salle. Ce travail a facilité l'intégration du préposé à l'équipe de la salle. Mais c'est surtout avec le projet Lean que cette intégration s'est par la suite développée et améliorée, grâce à une meilleure définition du rôle du préposé en salle et d'une optimisation du moment de son appel en salle. Ces démarches ont provoqué un réajustement significatif de leur travail.

> *« Qui est le plus touché? Les préposés au niveau de leur fonctionnement. Ça, ça a été difficile. Le premier matin, là, ils étaient tous perdus, eux autres. »* (Gestionnaire)

Cette modification a été vue positivement par le reste de l'équipe de la salle.

> *« Point de vue implication des préposés, c'est nettement mieux ici. Ici, ils sont partie intégrante de l'équipe, donc c'est beaucoup plus facile de les rejoindre… »* (Anesthésiste)

> *« Maintenant, les préposés sont attitrés à leur salle. Moi, je revenais et en fin de compte tout ce que j'avais dit à un préposé, j'avais gaspillé ma salive parce qu'il y avait rien qui avait été fait comme il le faut* (puisqu'un autre préposé avait fait le travail). *Maintenant, bien, comme je te dis, il y a un préposé d'attitré par salle, ça fait que cette histoire-là ne se répète pas. »* (Infirmière)

> *« Les préposés maintenant sont autosuffisants. Ça se dit-tu? Non, mais, tu sais, ils gèrent eux autres mêmes leur heure de dîner, puis leurs pauses puis tout ça. Ils ont un tableau puis là ils disent : « OK, moi, ma salle, je vais aller dîner à… 11 h, c'est-tu*

*correct pour vous autres? » Ça fait qu'on n'entend plus parler des préposés. » (*Gestionnaire)

Cette implication organisée des préposés au travail de l'équipe permet aussi d'améliorer l'efficacité.

« On a un préposé encore attitré à chaque salle, mais maintenant avec la gestion visuelle, la lumière, dans le fond, ce que ça dit, c'est, un, ça te donne le signal quand rentrer, donc on te cherche pas et tu es pas en train d'attendre non plus. Et dès que tu vois une lumière allumée et c'est pas ta salle, bien, tu sais que la salle est en nettoyage, ça fait que si toi tu es disponible, tu y vas. Ça fait que ce qu'on veut c'est qu'il y ait toujours deux préposés par salle pendant les nettoyages parce que c'est vraiment un gain majeur. Au lieu de prendre 12 minutes, tu vas en prendre 8 et ça, ça a un impact sur tout le reste de la journée, c'est vraiment un 8 minutes pur et dur que tu viens de gagner. » (Spécialiste lean)

Mais ce sont plus spécifiquement des éléments découlant directement de la méthodologie Lean qui ont contribué à mieux intégrer les préposés. D'abord, la philosophie Lean, qui encourage le balancement des tâches concernant le partage de certaines activités, a favorisé l'esprit d'équipe.

« L'infirmière externe, si elle a le temps, peut aider le préposé à rentrer le nouvel appareillage qu'on a besoin ou sortir l'ancien, ce qu'on ne faisait pas avant. » (Infirmière)

« Il y a beaucoup plus de communication. Et les gens sont comme…, ils ont comme…, c'est pas encore un automatisme, mais il y a de l'entraide au lieu de se dire : « Bon, le ménage de la salle, ça regarde juste les préposés et moi, bien, je m'assoie et j'attends que ce soit fini avant de faire autre chose »… » (Infirmière)

« Des fois, je peux aider l'infirmière aussi, ça fait qu'il y a des choses qui peuvent être faites en groupe. » (Inhalothérapeute)

« En apportant le Lean, on s'est fait dire que c'était plus un travail d'équipe qu'on devait faire et les gens en parlaient beaucoup, que ça allait mieux si on aidait notre préposé, que si l'interne se faisait aider par l'externe pour ouvrir ses choses au début. » (Infirmière)

« Un inhalo va faire quelque chose qui, traditionnellement, relevait pas de l'inhalo. L'infirmière va faire quelque chose qui, traditionnellement, ne relevait pas d'elle. » (Anesthésiste)

Puis, la meilleure définition des rôles, que joue chacun des membres de l'équipe dans le déroulement de la chirurgie, a contribué au succès de la coordination de l'équipe.

« On voit bien que chaque personne sait exactement ce qu'elle a à faire et où elle est positionnée dans ce processus, ce qui a amélioré l'efficacité. On n'a pas besoin de perdre du temps à appeler des gens…On sait, bon, salle 1 finie, OK, bang, tout le monde…, tous les différents intervenants savent où aller, quoi faire… Donc vraiment, dans la chaîne, tous les maillons sont bien raccordés. » (Chirurgien)

« Je pense qu'on est plus allé cibler les responsabilités de chacun pour que, justement, il y ait une bonne harmonisation au travers de tout ça. » (Infirmière)

Mais, malgré l'amélioration du travail d'équipe, certains groupes soulèvent les limites de l'approche. D'abord, les préposés restent mal à l'aise par rapport aux professionnels et se voient toujours comme des membres à part de l'équipe, qui n'ont pas le droit de franchir la barrière clinique auprès du patient.

Puis, les chirurgiens sentent que cette amélioration du travail d'équipe en salle ne se fait pas à leur bénéfice.

> *« En tout cas, moi, il y a jamais un préposé qui me demande : « Avez-vous besoin de quelque chose? » ou « Voulez-vous quelque chose? » ou « Voulez-vous que je mette les jambières? ». Non, ils ne me demandent jamais si j'aurais besoin de leur aide. »* (Chirurgien)

Finalement, certains soulèvent que ces changements dans le travail d'équipe pourraient être dépendants de la surveillance effectuée par l'équipe du projet Lean.

> *« Il y a plus de coopération…mais moins que quand il y avait une surveillance des travailleurs du Lean. »* (Anesthésiste)

Le balancement des tâches, favorisant l'intégration des préposés dans l'équipe en salle, est un des autres changements qui a été maintenu avec succès. Le changement impliquait l'ajout d'un préposé par salle et la gestion de son travail par l'équipe de la salle et non par le poste, en fonction des besoins ponctuels. Cette transformation réduit significativement les perturbations et les brèches qui survenaient durant la chirurgie, diminuant donc potentiellement la variation qui permettait à certains groupes d'aller chercher du pouvoir, en trouvant des solutions ponctuelles aux problèmes. Pourtant, le changement a quand même été adopté avec succès. Une des explications est que le changement a rapproché les façons de faire des idéaux des acteurs du bloc, en contribuant à améliorer le climat de travail en salle, n'étant pas toujours à la recherche d'un préposé ou ne devant pas effectuer le travail du préposé durant son absence. De plus, le changement, permettant aux infirmières de gérer directement le travail en salle, renforce le mécanisme de communications qui est valorisé, en leur donnant plus de contrôle sur l'échange des connaissances détenues par les préposés (sur les équipements), en fonction d'une organisation acceptable du travail des préposés (pauses, activités déléguées, demandes, présence en salle). L'intégration des préposés ramène leur gestion en salle et minimise la gestion par le poste du bloc opératoire, ce qui diminue l'officialisation des pratiques auprès des gestionnaires et leur documentation. Les préposés soulèvent leur crainte d'être plus observables par l'équipe et donc sanctionnables, mais acceptent le changement, puisqu'ils deviennent partie intégrante de l'équipe - ce qui va dans le sens de leurs revendications d'élargissement des limites de leur profession - et que le changement est apprécié par la majorité des autres groupes.

9.4.4 Organisation et gestion du matériel en salle

L'amélioration de l'organisation du matériel a été vue comme un facilitateur dans la réalisation des activités journalières. Plusieurs éléments expliquent le maintien des améliorations. D'abord, le regroupement et l'identification adéquate du matériel permettent de minimiser les déplacements du personnel.

> *« Maintenant, tout est regroupé à côté de la salle sur un mur. Avant, tu sais, les petits instruments étaient à côté de la salle, mais le moteur était complètement à l'autre bout, ça fait que tu faisais beaucoup de va-et-vient, tu marchais… Là, tout est ensemble, tout est identifié, étiqueté. »* (Infirmière)

Puis, la disposition appropriée des équipements facilite leur entretien selon les normes et rassure le personnel.

> *«On peut les nettoyer ceux-là* (nouveau chariot d'instruments). » (Préposé)

Le rassemblement du matériel disposable le plus fréquemment utilisé permet aussi à l'équipe d'éviter les interruptions des activités en salle.

> *« Je trouve que l'organisation avec le nouveau chariot, contrairement à ce qu'on avait pour mettre juste des sutures, les pansements, les gants… On a tout là-dedans… Ça fait qu'on n'a pas besoin de sortir de la salle. Ça fait que juste ça là, ça a amélioré notre manière de travailler beaucoup, beaucoup, beaucoup, dans toutes les salles. »* (Infirmière)

Mais les conséquences positives de la réorganisation, ce ne sont pas les seuls éléments ayant contribué au maintien des changements. Le processus d'implantation, négocié avec l'équipe, a également permis que les modifications correspondent aux attentes de l'équipe.

> *« Quand ils ont voulu modifier des choses à notre matériel, on a grogné et…, ils ont modifié leur intention de départ. »* (Inhalothérapeute)

> *« Un soir ils l'ont fait, nous autres on est arrivé le lendemain matin tout était comme déplacé. Il y avait quand même quelqu'un de la gang qui était resté là, qui était rentré le matin pour nous dire : « Regardez, je vous fais faire le tour du proprio. C'est rendu comme ça ». Et tout de suite, nous autres on a dit : « Bien, regarde, ce chariot-là, je l'aurais pas mis là, je l'aurais mis là et… »… Et « Ah, bien, c'est une maudite bonne idée ». Ça fait que ce n'est pas parce que c'est eux qui l'ont fait et qu'ils ont décidé qu'ils sont fermés à : « C'est comme ça, c'est comme ça ». Et même, de toute façon, avant même qu'ils fassent les changements, ils avaient laissé une feuille que tout le monde aurait pu remplir pour leur donner des idées. »* (Infirmière)

Le temps pris par l'équipe de projet pour requestionner les façons de faire (propre à la méthodologie Lean) a permis de réaliser que l'application des normes, concernant la stérilité et l'ouverture du matériel, s'était adaptée et s'était transformée avec le temps.

> *« Les gens du Kaizen ont relu les normes et ils se sont rendu compte que, non, en fin de compte ce qu'ils appliquaient ici, ce n'était pas marqué dans les normes…Ça fait que là ils ont dit : « Non, il faut que les paquets soient ouverts le plus près du coup de bistouri et si tout le monde est dans la maison». Ça fait que ça a changé beaucoup notre temps de préparation entre deux chirurgies. »* (Infirmière)

> *« Avant ça, ils attendaient que le patient soit entré et installé dans la salle avant d'ouvrir les paquets stériles. Maintenant, on peut tout faire notre préparation dès que la salle est nettoyée. »* (Spécialiste Lean)

En effet, alors que ce qui était fait nuisait à la préparation efficace du matériel et dépendait de la coordination efficace des membres de l'équipe, la transformation proposée rendait le processus plus robuste et moins dépendant des individus.

> *« On installait le patient…le préposé installait le patient parce que le médecin était pas là, puis on commençait à ouvrir nos choses, et là le médecin arrivait ' go go go go go, on commence', puis on n'avait rien de fait, ça fait qu'il y avait un délai, le médecin attendait, tout le monde attendait… Là c'est beaucoup… c'est beaucoup mieux. »* (Infirmière)

> *« Avant, on attendait que l'anesthésiste aille voir le patient en chirurgie d'un jour ou devant le poste, il fallait pas ouvrir nos paquets avant que le patient soit rentré. Des fois, ça pouvait prendre une demi-heure que l'anesthésiste aille voir le patient et poser les questions. Nous, pendant ce temps-là, bien, on attendait. »* (Infirmière)

Mais il reste que le projet Lean n'a pas réussi à transformer la culture du bloc qui favorise l'efficacité plutôt que le requestionnement sur les manières de faire et leurs correspondances aux normes en vigueur.

> *« Il y a peut-être des livres, on les regarde pas là, on n'a pas le temps. »* (Infirmière)

L'organisation du matériel est un autre changement qui a été définitivement apprécié et maintenu. Ce changement réduit pourtant significativement les problématiques, reliées à la recherche constante de matériel manquant et à la possibilité pour certains groupes d'en tirer parti, en devenant les spécialistes de la recherche ponctuelle de matériel. Mais il devient acceptable de l'intégrer à la routine de certains groupes, puisqu'il donne des résultats positifs sur l'optimisation du fonctionnement en salle. L'amélioration du fonctionnement est d'ailleurs bénéfique pour tous les autres groupes, sauf pour le groupe des préposés dont l'échange d'informations sur la localisation des instruments et du matériel leur permettait de négocier d'autres avantages auprès des professionnels. Mais les préposés ne peuvent malheureusement pas, pour eux, négocier cette compétence qu'ils avaient acquise au préalable, grâce au dysfonctionnement du système.

9.5 Changements implantés et peu intégrés

9.5.1 Arrivée à l'heure des chirurgiens le matin et en salle

Les modifications des routines, touchant l'autonomie des chirurgiens, semblent être celles qui ont subi le plus de résistance et qui ont eu le plus de difficulté à s'implanter et à se maintenir dans le temps. Ainsi, alors que le processus se base sur la simplification des appels

sur les téléavertisseurs, afin d'optimiser le délai entre les cas, les plus simples détails sont définitivement négligés par les chirurgiens.

> *« On leur demande de traîner leur pagette tout le temps pour la simple et bonne raison que, quand on veut l'avoir dans la salle, on va le pager et le numéro qu'on va marquer sur le page, ça va être le numéro de la salle, ça fait que si tu vois le numéro 1, ça veut dire rapporte-toi tout de suite à ta salle (1). Bien, il y en a que tu les pages et toi tu es dans le vestiaire en train de te changer parce que c'est ton heure de dîner et là tu entends une pagette qui sonne. Elle est encore après les jeans et non pas après le docteur. »* (Infirmière)

> *« Oui ça marche, sauf les gens qui ont pas de pagette. Des fois, les gens disent : «Je ne suis pas de garde, donc j'ai pas ma pagette ». Là, ça peut causer des problèmes. »* (Anesthésiste)

Au mieux, certains chirurgiens acceptent des concessions, mais ne changent pas leurs habitudes.

> *« On a un chirurgien qui arrive en retard une semaine sur deux, mais il nous le dit : « Je vais arriver en retard, si vous voulez mettre un petit cas avant, il y a pas de problème avec moi ». Tu sais, au lieu que nous on pense qu'il arrive à 8 h, puis qu'il arrive… à 8 h 30, 9 h, il nous le dit : « Je suis en retard». »* (Gestionnaire)

> *« Mais quand c'est des cas d'uro, des vrais cas d'uro, des opérations, des calculs ou bien des prostates par laparoscopie, là ils arrivent…, 8 h, ils sont là, même avant. Avant, ils arrivaient à 8 h 25, 8 h 30. Même pour les cystos, au lieu d'arriver 35 minutes en retard, ils arrivent seulement 10 minutes en retard, 15 minutes. »* (Préposé)

Pourtant, l'arrivée des chirurgiens est essentielle pour autoriser le début des activités en salle.

> *« Bien, il y en a qui arrive encore à 8 h 10, 8 h 15, 8 h 30, ça fait qu'étant donné qu'ils sont comme pas rentrés dans la salle, nous on ne peut pas commencer la journée s'ils sont pas arrivés. Et là, ils se demandent comment ça se fait qu'en fin de compte il y en a d'autres qui font plus de cas et que lui en fait toujours pas plus et… Mais c'est parce que si tu arrivais à l'heure et…, en principe, tu sais, ils sont supposés d'être là pour aider s'il y a des positionnements spéciaux, etc… »* (Infirmière)

Le délai dans la réalisation du programme opératoire, causé par l'arrivée tardive des chirurgiens en salle, irrite toute l'équipe.

> *« Tu sais, le sentiment que j'ai ressenti c'est que les gens se sentaient bousculés pour travailler plus vite, mais qu'ultimement, si la personne était arrivée à l'heure le matin, ça aurait été plus productif que tout ce qu'on aurait pu faire dans la journée après pour essayer de rattraper ce retard-là. »* (Infirmière)

> *« On sauverait du temps si tout le monde était à l'heure. Les infirmières sont à l'heure, nous autres on est à l'heure, mais les médecins ne sont pas à l'heure. Et à cause de ça, c'est nous autres qui faut qui courent. Les infirmières, il faut qu'elles courent, tout le monde faut qui coure parce que les médecins ne sont pas à l'heure. »* (Préposé)

> *« Après ça, les cas d'urgence, bien, tu sais, ils se font tard le soir. S'ils étaient à l'heure, je suis sûr que ça irait bien, personne ne serait stressé et… Là, tout le monde est stressé, tout le monde ont la gueule de même parce qu'on est écœurés de courir. »* (Préposé)

Et même quand l'effort est fait par les chirurgiens, il semble qu'il soit insuffisant ou moins persistant.

> *« Mon chirurgien courait comme un vrai fou dans le mall et disait à l'autre chirurgien : «Je n'ai pas le temps, je n'ai pas le temps, il ne faut pas que j'arrive en retard» . Et il courait, il était 8 h 02. »* (Infirmière)

> *« Je ne comprends pas parce que, quand tu commences à dire 8 h, c'est 8 h 05, parfois c'est 8 h10. Ça commence un peu à se relâcher. S'il n'y a pas quelqu'un qui vient te contrôler, tu te relâches et… »* (Anesthésiste)

L'arrivée à l'heure des chirurgiens le matin et en salle est un des premiers changements qui a eu un succès mitigé. En effet, l'arrivée à l'heure d'un chirurgien pour un cas particulier ne permet pas nécessairement de débuter la chirurgie à l'heure, puisque de nombreux autres facteurs peuvent retarder le début du cas : un bris de matériel, un délai dans la préparation des instruments par les infirmières, un problème lors de l'anesthésie, une équipe plus lente, etc.. Les chirurgiens n'arrivent pas à l'heure puisqu'ils ne veulent pas attendre. Attendre après l'anesthésiste ou après les infirmières diminue le statut qu'ils croient détenir au sein de l'équipe. Les résultats obtenus, lorsque les chirurgiens arrivent occasionnellement à l'heure, ne renforcent donc pas le changement, puisque l'objectif est rarement atteint pour un ensemble d'autres raisons, tel que nous l'avons mentionné, en plus de l'inconstance des chirurgiens dans leurs efforts qui créent nécessairement des résultats variables. Dans le projet que nous avons étudié, un autre élément fondamental peut être responsable de la réticence des chirurgiens à adopter le changement. En effet, la documentation de l'heure d'arrivée des chirurgiens et des sanctions prévues pour ces retards n'ont certainement pas favorisé l'intégration du changement. Grâce à notre compréhension du microcontexte politique, nous percevons que de telles mesures, qui documentent le comportement des chirurgiens et l'officialisent auprès des gestionnaires, nuisent au maintien du statu quo du système informel, dans lequel ils se sont taillés une place dominante. De plus, leur arrivée, avant que l'anesthésie ne débute, suppose qu'ils doivent attendre après les anesthésistes, ce qui donne un rôle secondaire aux chirurgiens. Pourtant, le changement favorise la valorisation du temps et est avantageux pour les chirurgiens. En effet, il s'agit du changement qui pourrait être le plus bénéfique pour les chirurgiens, puisqu'il permet d'optimiser l'utilisation de temps en salle et de réduire les chances d'annulation des patients, ce qui maximise les gains potentiels des chirurgiens sur les plans financier et professionnel.

> *« Oui, si ça marche je pourrais gagner plus d'argent. Oui, c'est ça. C'est la seule chose. À part de ça, j'ai aucune motivation… »* (Chirurgien)

Mais, les chirurgiens sous-estiment leur responsabilité dans la problématique de début des cas et les résultats obtenus (en grande partie par leur faute) leur donnent raison. Pour les autres groupes, un début de cas plus précoce ne fait que leur imposer un volume et un rythme potentiel de travail plus important, mais cette surcharge pourrait être compensée

par la possibilité que l'arrivée à l'heure des chirurgiens les rende égaux aux autres membres de l'équipe, qui, eux, se font une obligation d'être présents à l'heure.

> *« Puis ceux qui étaient récalcitrants, qu'est-ce qu'ils évoquaient, pourquoi ils résistaient? Ah bien, parce qu'eux autres ont dit : « Bien, pourquoi on travaillerait plus? Puis pourquoi on courrait comme des poules pas de tête, pour… le salaire du médecin là? ». »* (Gestionnaire)

Le changement n'est donc pas maintenu facilement, puisqu'en acceptant de se présenter à la même heure que les autres membres de l'équipe, les chirurgiens ont la perception que leur statut n'est pas reconnu à sa juste valeur. De plus, se présenter à l'heure veut aussi dire qu'ils attendront que les anesthésistes effectuent leur travail, ce qui diminue leur importance par rapport à celle des anesthésistes. Dans le cadre du projet, la documentation des arrivées et des départs des chirurgiens réduit la reconnaissance de leur autonomie professionnelle et leur capacité de s'autogérer, alors que ces éléments sont au cœur du système informel qui leur donne leur pouvoir. De plus, lorsqu'ils acceptent de se présenter à l'heure pour que leurs efforts soient reconnus par l'équipe, d'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte (dont le début des activités par tous les autres membres de l'équipe) et causer des retards dans le début de la chirurgie. Des résultats insuffisants, dans une majorité de cas, combinés aux éléments défavorables sur le plan micropolitique empêchent que le changement s'intègre à leur pratique.

9.5.2 Réunion d'équipe/Planification journalière

Prévoir une réunion d'équipe pour mieux orienter les activités en salle devait résoudre certains problèmes de coordination et de communications, concernant les rôles de chacun et l'organisation des remplacements pour les pauses et les heures de dîners. Mais il semble que d'arriver à rassembler l'équipe au même moment ne soit pas facile.

> *« Oui, ça existe, à moins quart, quand tout le monde est vraiment là à moins quart. »* (Infirmière)

> *« À part ça, il était supposé d'avoir un petit meeting le matin, ce qui se fait rarement. »* (Inhalothérapeute)

Les facteurs, qui expliquent que cette mesure n'a pu être intégrée, comprennent l'autonomie des professionnels, qui restent libres de décider des activités qu'ils jugent prioritaires dans l'organisation de leur horaire, mais aussi la perception par les professionnels que les efforts, investis dans cette planification d'équipe, ne permettront pas d'atteindre les résultats escomptés et de mieux planifier la journée, qui sera nécessairement soumise à des imprévus.

> *« Pourquoi ça ne se passe pas? Parce qu'on dirait qu'il y a de la misère à avoir tout le monde… et à 7 h 45, il y a toujours un contretemps… L'anesthésiste, souvent le matin, bien, il n'est pas dans la salle à 7 h 45, parce que lui, il est allé voir le patient pour accélérer le processus, ça fait que lui il est en train d'interroger le prochain…*

Aussi, c'est difficile de prévoir les types d'anesthésies, des choses comme ça…Puis bon, si moi je rentre dans la salle à 7 h 45, mais que tout le monde est pas là, puis on ne fait pas un meeting, bien, moi j'ai des choses à aller faire, aller préparer, je vais préparer ma journée, ça fait que, s'ils sont pas vraiment en train d'en parler à 7 h 45, on prend de l'avance au lieu de rester là puis d'attendre. Ça fait que si, dans le fond, on attend puis on fait notre meeting, bien, le patient rentrera pas à 8 h, il va rentrer plus tard… ça nuit au roulement… » (Inhalothérapeute)

« Souvent, il nous manque des informations, même si on en parle, des fois on ne sait pas…il est marqué sur notre programme opératoire que le patient il est hospitalisé, si on veut, ça fait que là nous autres on pense qu'il est à l'étage, mais finalement il est au court séjour, puis il va aller à l'étage après. Ça fait que, tu sais, il y a des informations comme ça qu'on ne sait même pas avant le début de notre journée, ça fait que… même si on voulait en parler,… ça serait difficile. Même l'ordre des patients, on peut en parler le matin, puis une demi-heure après ils décident de changer l'ordre des patients parce que… le patient n'est pas prêt, le patient n'est pas arrivé ou le patient… Ça fait qu'au bout du compte, même si on en parle le matin, on dirait que ça finit toujours par avoir plein d'impondérables, puis ça change. Ça fait qu'à ce niveau-là on dirait que c'est difficile. » (Inhalothérapeute)

La planification journalière des activités entre les infirmières, les préposés et les inhalothérapeutes est un autre changement qui n'a pas été maintenu dans le temps. Bien que le changement réduise potentiellement la zone d'incertitude, en minimisant la survenue de perturbations et de brèches durant la réalisation de la routine et en assurant justement une meilleure planification du déroulement des cas, de la prise des pauses et des dîners, en fonction des besoins spécifiques reliés aux cas, la variabilité inhérente aux chirurgies rend inutile la réduction de la zone d'incertitude par la planification. En effet, même si la journée est organisée en fonction du programme et que chaque membre de l'équipe connaît le rôle qu'il aura à jouer, les imprévus reliés aux cas perturbent cette organisation qui n'a plus aucun sens. La réunion de planification ne permet donc pas d'obtenir des résultats positifs et elle consomme le peu de temps de préparation dont dispose les membres de l'équipe. Un autre élément important qui explique le peu d'efforts, mis à intégrer ce changement dans la pratique, est le fait que la planification de la journée et le partage des particularités, sur le déroulement de la journée et les cas à opérer avec le reste de l'équipe, réduisent, par la suite, la possibilité d'échanger ces informations pertinentes contre des connaissances, des privilèges (de la part des préposés envers les infirmières) et de la reconnaissance (des infirmières par rapport aux inhalothérapeutes et aux préposés auprès des médecins).

9.5.3 Vérification des tests par inhalo

La vérification des tests par les inhalothérapeutes n'a pas réussi à transformer la routine qui existait au préalable. En effet, dans ce cas, même si les inhalothérapeutes ont facilement adopté cette nouvelle pratique, c'est la persistance des autres professionnels à maintenir le statu quo qui a nui à la transformation.

« Bien, les inhalos s'impliquent plus, ça veut dire que l'inhalo est supposé d'appeler toujours pour savoir si la patiente a un test de grossesse négatif ou positif. Parce qu'avant, c'était les infirmières ou on attendait que quelqu'un le fasse, mais là c'est toujours l'inhalo qui le fait. » (Préposé)

« C'est arrivé qu'on a eu un test positif une fois, puis l'inhalo est arrivé pour leur dire au poste, puis ils le savaient déjà, ça fait que, tu sais, il y a d'autre monde qui le vérifie aussi là. Mais j'ai aucune idée pourquoi qu'il y a d'autre monde qui vérifie (…) ils doivent avoir peur qu'on l'oublie. » (Inhalothérapeute)

« Vérifier le test de grossesse, bien, nous autres on le fait tout le temps, les inhalos, mais on s'est rendu compte que tout le monde, dont les infirmières, le font quand même, ça fait que…» (Inhalothérapeute)

La vérification des tests de grossesse par les inhalothérapeutes ne s'est pas maintenue dans le temps, puisqu'il touche la remise en question du mécanisme de communication entre les membres de l'équipe. Les infirmières se valorisent professionnellement dans leur identité, en assurant le contrôle des informations pertinentes au bon déroulement de la chirurgie et en partageant ces informations avec le reste de l'équipe, en échange de reconnaissance, de privilèges et de connaissances. L'identification d'un test de grossesse positif est un événement qui a des impacts majeurs au bloc opératoire. Elle protège le chirurgien, l'anesthésiste et le patient de la survenu d'un risque majeur, qui n'avait pas été identifié et discuté, et il conduit à l'annulation de la chirurgie. Il s'agit donc d'un acte qui a une valeur inestimable pour l'équipe. Même si les inhalothérapeutes ont intégré le changement à leur routine, ce sont les infirmières qui n'ont pas été en mesure de l'abandonner et ont provoqué le maintien du statu quo, puisque les inhalothérapeutes ne voyaient plus la pertinence (et la valeur) de vérifier des tests que les infirmières avaient déjà confirmés auprès des médecins.

9.5.4 Balancement des tâches-transport et installation des patients

Un des grands changements, relié au projet Lean, est l'intégration au travail de l'équipe de la notion de balancement des tâches. Celle-ci implique que plusieurs activités, qui sont normalement réalisées par certains acteurs, peuvent être réalisées par d'autres si ceux-ci ont terminé leurs propres activités. C'est le cas du transport du patient et de son installation sur la table de la salle d'opération. Depuis le projet Lean, le transport du patient, de la chirurgie d'un jour vers la salle d'opération, peut être réalisé par n'importe quel acteur de la salle d'opération, afin d'éviter d'attendre après le préposé, qui souvent doit compléter le ménage de la salle avant d'être disponible pour aller chercher le patient. La modification a dû subir un réalignement en cours d'application pour éviter que certains groupes profitent de la situation.

« Ça fait que ce que les préposés, eux, ont compris c'est, quand c'est en CDJ, c'est n'importe qui qui va le chercher sauf eux autres.» (Infirmière)

Le succès pratique du balancement des tâches reste limité par la pauvreté des mécanismes de liaison et de communication entre les acteurs.

« Puis le transport des patients, ça, des fois, c'est un peu cacophonique dans le sens aller chercher le patient en chirurgie d'un jour, c'est pratique que tout le monde puisse y aller, mais des fois ce n'est pas clair si quelqu'un est parti le faire non plus. Ça, c'est une étape qui rend ça un peu plus compliqué. » (Anesthésiste)

«Il y a beaucoup d'in and out dans la salle, ça fait qu'il y a personne qui reste là en permanence pour s'occuper juste de coordonner que les choses se fassent.» (Anesthésiste)

Cette difficulté contribue à réduire le balancement des tâches, d'autant plus que plusieurs professionnels n'ont pas été formés à ce concept qui découle directement de l'approche Lean.

« J'ai l'impression qu'il y en a qui ne le savent pas qu'ils peuvent aller chercher le patient si mettons on est bien occupé, les préposés, il y a la salle, il y a bien des choses à sortir et tout ça et eux autres qui ont fini, qui vont jaser, ils vont rester dans la salle. » (Préposé)

« C'est vraiment un travail d'équipe, mais ça se fait surtout avec le monde qui ont été au Lean. Ceux qui ont pas été au Lean sont moins portés à se dépêcher et pensent: « J'ai déjà assez d'ouvrage et… »… Tu sais, ils ont plus de cette philosophie-là.» (Préposé)

Les chirurgiens n'y contribuent dans aucune mesure. Pour ce qui est des anesthésistes, leur implication est variable et des aspects cliniques et humains sont invoqués pour expliquer leur résistance.

« Une autre affaire, quand tu vas chercher le patient…, si vous allez chercher le patient en tant que chirurgien ou anesthésiste, c'est pas la même relation entre le patient et le préposé ou la personne qui va le chercher. Là, il va se mettre à jaser, là il va en avoir des questions, hein? « Qu'est-ce qu'il peut arriver? » C'est ci et c'est ça et « Ma sœur a été… »… Tu sais, ce n'est pas le temps. Je pense. C'est mon opinion. » (Anesthésiste)

Le balancement des tâches a remis en question l'installation et le positionnement du patient par les préposés, mais reste difficile à appliquer lorsque les professionnels ont d'autres activités à accomplir, qui leur apparaissent dans certains cas plus pertinentes.

« Il y en a qui veulent faire un peu plus de travail que l'autre et c'est un petit peu chasse gardée entre tous… Entre autres, bien, tu sais, positionner le patient en orthopédie, c'est-tu le préposé? C'est-tu l'infirmière? Est-ce que le préposé peut mettre le garrot? Peut pas mettre le garrot? Il y en a qui veulent qu'ils le mettent, d'autres qui ne veulent pas qu'ils le mettent. Tu sais, le genre de trucs…» (Anesthésiste)

« L'installation, c'est la responsabilité officielle de l'anesthésiste et du chirurgien, mais le chirurgien, étant souvent absent, l'infirmière, le préposé, l'anesthésiste, l'inhalo s'occupent de l'installation. (…) pas mal en groupe. » (Anesthésiste)

Les infirmières semblent satisfaites que les préposés ne participent plus à l'installation du patient, puisqu'elles considèrent que leur place n'est pas dans la salle lorsque le patient n'est pas habillé.

« Avant d'emblée c'était le préposé qui faisait tout tout tout tout tout. Ça fait que nous autres, on ramassait nos affaires, puis le préposé s'occupait de repositionner le patient…. Mais, dans le fond, eux autres…, tu sais, ils n'ont pas à voir le patient tout écartillé devant eux autres puis, tu sais, c'est… des préposés, mais ils ont pas d'affaire

à être là pendant que le patient est exposé comme ça, ça fait que c'est juste une question de logique. » (Infirmière)

« Avant, les préposés, je trouvais qu'ils nous aidaient plus pour l'installation, pour désinstaller le patient, enlever les champs, mais je sais qu'ils ont demandé à ce que les préposés ne rentrent pas dans la salle tant que le patient est pas recouvert et tout ça. Ça, je trouvais qu'il y avait…, j'ai l'impression qu'on formait plus une équipe avant parce qu'on avait plus d'aide. Mais je sais qu'il y a une histoire aussi de profession. Je ne sais pas si c'est au niveau des infirmières qui veulent pas que les préposés rentrent quand le patient est pas tout à fait recouvert ou elles veulent pas qu'ils enlèvent leurs plaques ou des trucs. » (Inhalothérapeute)

Elles ne se sentent pas défavorisées par ce recul d'aide, puisque les inhalothérapeutes compensent pour cette tâche, que les préposés ne font plus.

« Ça fait qu'en théorie, même si, mettons, on n'a pas de préposé de disponible, parce que souvent c'est ça qui arrive, on n'en a pas de disponible pour venir nous aider, bien, on a toute l'équipe d'inhalo, ça fait qu'on est trois pour le transférer, puis c'est parfait. » (Infirmière)

Selon les préposés, ce balancement des tâches ne doit pas aller que dans le sens des infirmières.

« Bien, c'est parce qu'eux autres pensent juste à développer leurs papiers stériles et tout ça et leurs champs et leurs instruments, mais elles peuvent aider aussi, elles ne sont pas juste là pour ça. Tu sais, en ortho quand tu fais une hanche, c'est vrai que c'est long à ouvrir les paquets et tout ça, sauf que la hanche, il y a quelqu'un qu'il faut qui l'installe et c'est toujours moi qui le faisais tout seul.» (Préposé)

D'ailleurs, la participation aux tâches des autres membres de l'équipe se fait de manière sélective.

« Quand il manque un oreiller pendant que le préposé finit de mopper, je vais chercher l'oreiller ou je vais chercher la taie ou je vais chercher les draps et ça ne me gêne pas du tout, si j'ai le temps. Mais, tu sais, ma priorité c'est de questionner le patient, préparer mes médicaments, préparer mon anesthésie, ça fait que je n'ai pas le temps de mopper le plancher, mais… Des étapes qui officiellement appartiennent à quelqu'un d'autre, ça ne me dérange pas du tout de les faire. » (Anesthésiste)

La possibilité pour chacun de participer aux tâches partagées crée de la confusion sur le responsable ultime de cette activité pour chacun des cas.

« On dirait qu'on est pêle-mêle un petit peu, on oublie qu'il fallait aller le chercher. » (Infirmière)

Puis les obstacles, rencontrés à certains moments, découragent les membres de l'équipe, dont le travail n'est pas directement relié au transport.

« C'est parce que, si tu le fais et qu'il est prêt et que tu rentres avec et ce n'est pas prêt dans la salle, tu restes dans le corridor avec le patient. Ce n'est pas gênant pour le patient de rester comme ça dans le corridor? Je ne sais pas. Sauf si on aménage, par exemple, à côté de chaque salle une chaise. » (Anesthésiste)

« C'est sûr qu'il y en a qui vont encore chercher le patient au court séjour, mais ce n'est pas tout le monde. » (Préposé)

> *« Comme je te dis, c'est sûr qu'au début, il y en avait plus qui allaient chercher le patient au CDJ (comme les inhalos), mais là on dirait que ça devient de moins en moins vrai… »* (Préposé)

Finalement, la réticence des chirurgiens à s'impliquer, au même titre que les autres membres de l'équipe, ne contribue pas positivement au maintien de cette modification.

> *« Vous me dites quelque chose que je n'avais pas catché, que ça peut être le chirurgien ou l'anesthésiste qui va chercher le patient. Mais ça, je n'ai jamais vu un chirurgien le faire et je ne me vois pas aller chercher le patient. »* (Anesthésiste)

> *« Non, je ne suis jamais allé parce qu'habituellement, c'est des journées planifiées ordinaires, ça fait que là il y a du personnel. »* (Chirurgien)

Le dernier changement qui n'a pas réussi à se maintenir est le balancement des tâches au niveau du transport et de l'installation des patients. Cette modification prévoyait que n'importe quel membre de l'équipe, disponible en salle, puisse aller chercher le patient et son dossier. Cette démarche permettait de ne pas attendre que le membre le plus occupé durant l'intercas, le préposé, ait terminé le ménage et l'installation de la salle pour aller chercher finalement le patient; d'autant plus que dans plusieurs cas, le reste de l'équipe n'était pas occupé au même moment. Le changement remet directement en question des éléments fondamentaux du microcontexte politique. En effet, le positionnement organisationnel basé sur l'expertise clinique est une source de pouvoir. Rendre n'importe quel membre de l'équipe égal à l'autre, à ce niveau, réduit la place privilégiée qu'un groupe se taille, grâce à ses compétences. De plus, en étant affecté au transport, le professionnel, qui négocie les limites de sa profession auprès des autres groupes et qui valorise l'identité de sa profession, grâce au respect de normes et de références de pratique professionnelle, sent que le rôle qu'on lui propose ne correspond pas à ses idéaux et aux compétences connexes qu'il cherche à obtenir ou à maintenir auprès des autres groupes. Le transport du patient par n'importe quel membre de l'équipe ne serait pas nuisible, mais, dans la pratique, seuls certains groupes sont visés par ce changement. Les compétences de ces groupes, qui accomplissent alors des tâches qui ne sollicitent pas leurs qualifications, dévalorisent leur profession et leur reconnaissance auprès des autres groupes.

9.6 Impact du microcontexte politique sur le changement de la routine

En utilisant notre description du microcontexte politique au moment où ont eu lieu les changements, nous sommes en mesure de mieux comprendre les raisons de l'implantation plus au moins réussie de ces changements. Nous proposons donc d'utiliser le cadre conceptuel modifié en fonction de nos observations afin d'analyser le changement (figure 34).

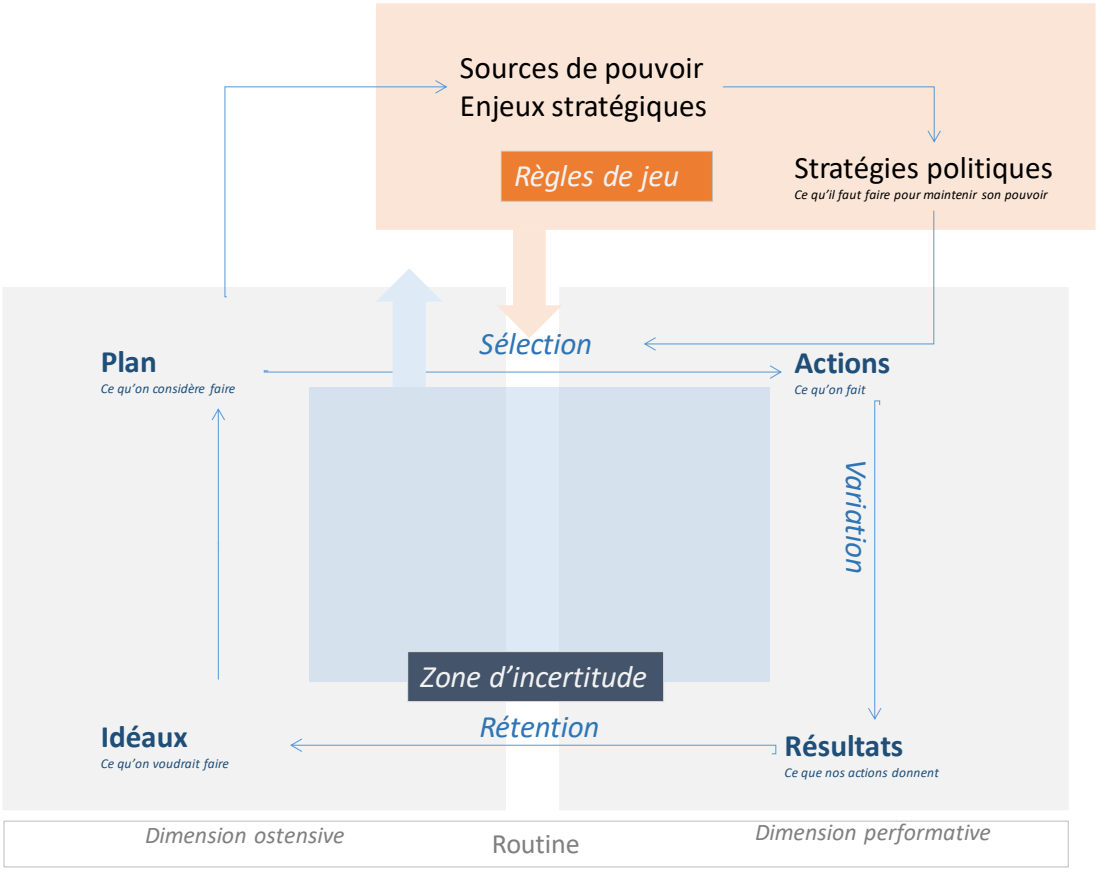
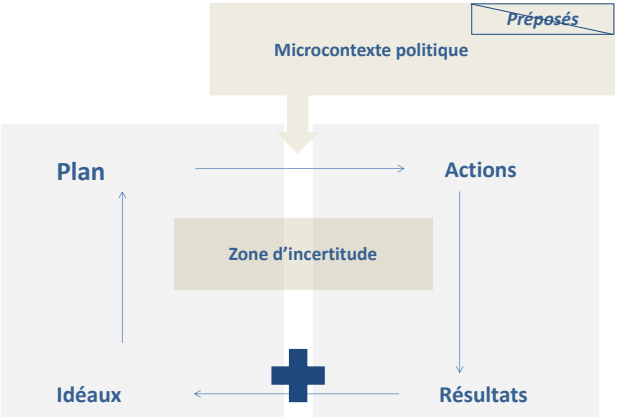
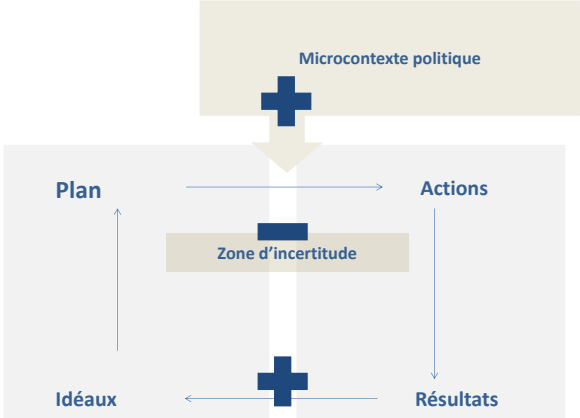
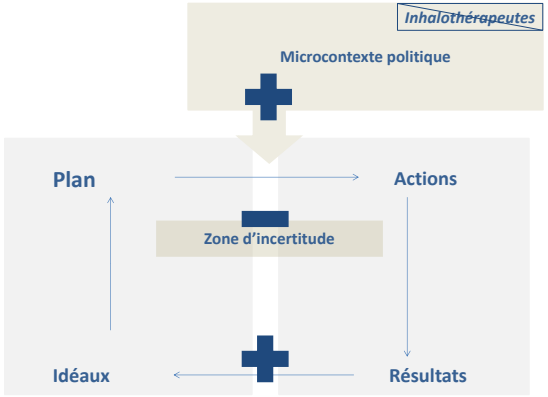


Figure 34. Cadre conceptuel modifié

Les changements implantés ont eu des effets sur la variation, sur la rétention et sur le maintien du microcontexte en place et sur la redéfinition des règles de jeu. Ainsi, les changements proposés créent une réduction ou une augmentation de la zone d'incertitude. Mais même si la réduction de la zone d'incertitude peut créer de la résistance de la part des acteurs, qui voient alors leur marge de manœuvre se restreindre, ce n'est pas le seul élément qui influence l'intégration du changement dans les routines. Parmi les autres éléments, il y a le potentiel de rétention. En effet, lorsque des changements à la routine sont proposés ou surviennent, les résultats obtenus, suite à leur déploiement, sont comparés aux idéaux que visent les acteurs. Ceux-ci sont retenus et intégrés à la routine si les nouvelles activités qu'ils réalisent ont une influence positive sur la réalisation de leurs objectifs de travail, mais aussi sur leur capacité de mieux se positionner par rapport aux autres groupes. Ainsi des résultats favorables, suite aux actions posées, pourraient être retenus, même s'ils réduisent la zone d'incertitude. Le dernier élément, que nous avons choisi d'incorporer à notre analyse, est l'effet des changements sur le maintien du statu quo micropolitique, puisqu'une réduction de la zone d'incertitude, qui permet aux mêmes règles de persister, pourrait être plus acceptable qu'un changement qui remet en question ces règles. Finalement, les impacts des changements ne se font pas toujours sentir également sur l'ensemble des groupes. Ce déséquilibre peut favoriser certains groupes et nuire à d'autres groupes. L'analyse de la persistance des changements, suite au projet Lean est résumée dans les figures 35 et 36.

Changement Lean implanté	*Accompagnement du patient*
	
Effet sur la variation	Non significatif
Effet sur la rétention	Diminue le stress du patient et est apprécié, ce qui renforce les idéaux des professionnels.
Effet sur le maintien du microcontexte politique en place et sur les règles de jeu	Non significatif
Impact sur les groupes spécifiques	Dévalorise les compétences du préposé (travail peut être effectué par n'importe qui).

Changement Lean implanté	*Identification en salle*
	
Effet sur la variation	Réduit les brèches.
Effet sur la rétention	Diminue le stress du patient et est apprécié, minimise les dédoublements, ce qui renforce les idéaux des professionnels.
Effet sur le maintien du microcontexte politique en place et sur les règles de jeu	Uniformise les pratiques et les communications, mais intègre le processus dans la salle et réduit donc la documentation et l'officialisation du processus auprès des gestionnaires.
Impact sur les groupes spécifiques	Valorise le rôle de l'infirmière, sans dévaloriser les autres groupes de professionnels.

Changement Lean implanté	*Balancement des tâches-Intégration des préposés*
	
Effet sur la variation	Réduit les brèches et les perturbations.
Effet sur la rétention	Favorise un meilleur climat en salle.
Effet sur le maintien du microcontexte politique en place et sur les règles de jeu	Renforce les règles de jeu en place (Communications), intègre la gestion des préposés dans la salle et réduit le contrôle effectué par les gestionnaires.
Impact sur les groupes spécifiques	Rend le contrôle des activités des préposés plus visible, mais favorise leur intégration et leur appréciation dans l'équipe. Est avantageux pour tous les groupes, sauf les inhalothérapeutes.

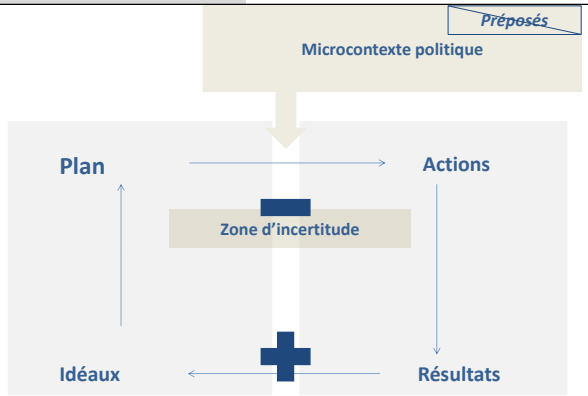
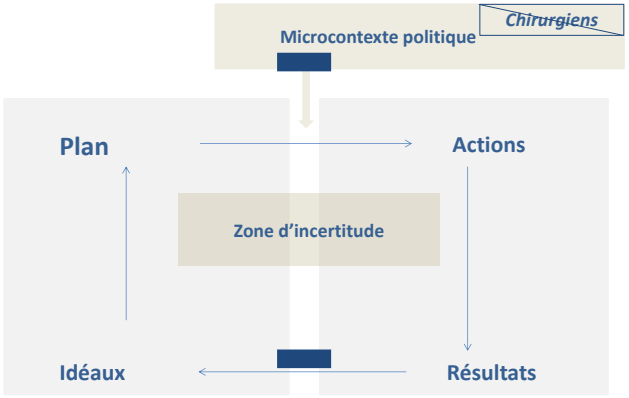
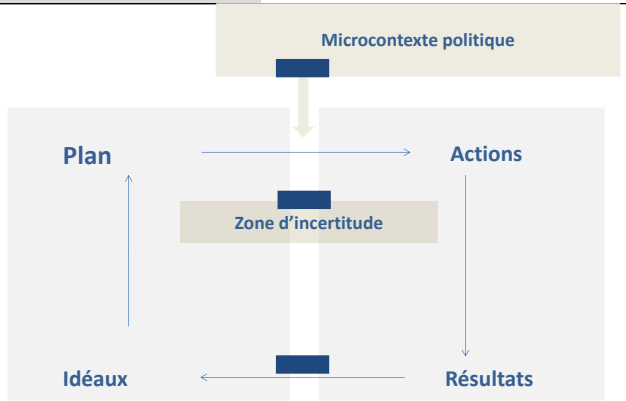
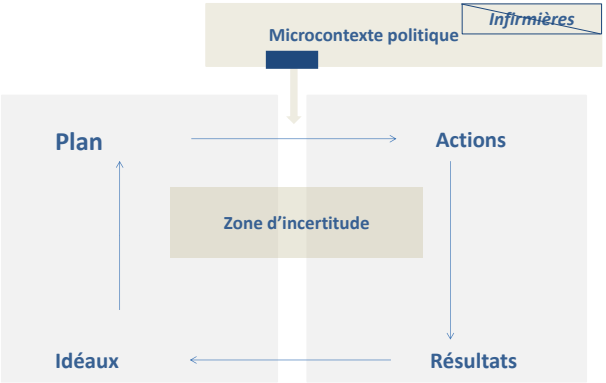
Changement Lean implanté	*Organisation du matériel*
	
Effet sur la variation	Réduit les brèches et les perturbations.
Effet sur la rétention	Favorise un meilleur fonctionnement en salle.
Effet sur le maintien du microcontexte politique en place et sur les règles de jeu	Non significatif
Impact sur les groupes spécifiques	Est favorable pour tous les groupes, sauf pour les préposés dont l'expertise sur l'équipement peut être réduite.

Figure 35. Interprétation des changements implantés avec succès, en fonction de leur effet, sur le microcontexte politique et sur la transformation de la routine chirurgicale

Changement Lean implanté	*Arrivée à l'heure des chirurgiens le matin et en salle*
	
Effet sur la variation	Non significatif
Effet sur la rétention	N'augmente pas l'efficacité, car d'autres facteurs causent les retards de début des cas.
Effet sur le maintien du microcontexte politique en place et sur les règles de jeu	Même si la pratique renforce la règle de jeu de la valorisation du temps, elle crée une augmentation de la documentaion de la pratique des chirurgiens (mesure de l'heure d'arrivée comme indicateur) et permet des sanctions en officialisant la problématique auprès des gestionnaires.
Impact sur les groupes spécifiques	Minimise la capacité des chirurgiens d'autogérer leur temps et déstabilise leur positionnement par rapport aux anesthésistes en les obligeant à attendre après eux plutôt que le contraire. N'est pas avantageux pour les autres groupes, sauf par souci de rendre les chirurgiens égaux au niveau de leurs obligations.

Changement Lean implanté	*Planification journalière*
	
Effet sur la variation	Réduit les perturbations et les brèches.
Effet sur la rétention	La variation des activités reliées aux imprévus inhérents à la chirurgie rend la planification inutile.
Effet sur le maintien du microcontexte politique en place et sur les règles de jeu	Réduit la capacité d'échanger des informations contre des privilèges.
Impact sur les groupes spécifiques	Non significatif

Changement Lean implanté	*Vérification des tests de grossesse par les inhalothérapeutes*
	
Effet sur la variation	Non significatif
Effet sur la rétention	Non significatif
Effet sur le maintien du microcontexte politique en place et sur les règles de jeu	Réduit la capacité d'échanger des informations contre des privilèges.
Impact sur les groupes spécifiques	Menace l'identité professionnelle des infirmières.

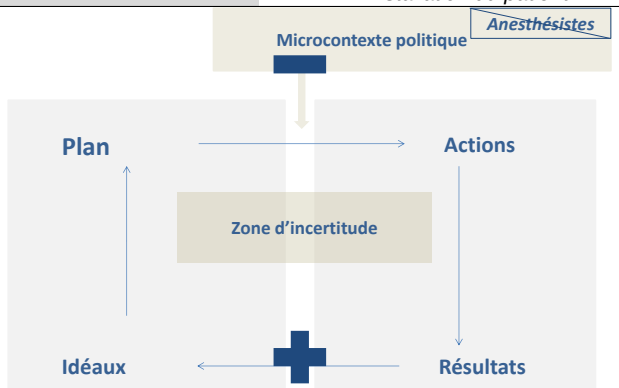
Changement Lean implanté	*Blancement des tâches-Transport et installation du patient*
	
Effet sur la variation	Non significatif
Effet sur la rétention	Améliore l'utilisation optimale du temps de salle d'opération.
Effet sur le maintien du microcontexte politique en place et sur les règles de jeu	Réduit les sources de pouvoir des professionnels en minimisant la reconnaissance de leur statut organisationnel, relié à leur expertise, en les dévalorisant.
Impact sur les groupes spécifiques	Touche plus spécifiquement les anesthésistes.

Figure 36. Interprétation des changements implantés avec moins de succès, en fonction de leur effet, sur le microcontexte politique et sur la transformation de la routine chirurgicale

L'utilisation de notre analyse stratégique des interactions professionnelles et managériales, existant au sein de l'établissement de santé que nous avons observé, nous a permis de mieux comprendre ce qui influence la persistence des changements dans le cadre du projet d'amélioration des processus, selon la méthodologie Lean Healthcare. Ainsi, la connaissance du microcontexte politique nous permet d'utiliser les forces en place, au sein de la dynamique entre les acteurs, pour favoriser la persistence du changement.

Le tableau 28 présente des exemples d'optimisation des changements Lean implantés afin de tenir compte du microcontexte politique.

Tableau 28. Exemple de correctifs potentiels aux changements implantés dans le cadre du projet Lean tenant compte du microcontexte politique

Changements Lean implantés	Optimisation du projet en tenant compte du microcontexte politique
Accompagnement du patient	Trouver un nouveau domaine de compétence pour les préposés.
Identification en salle	(Ne défavorise aucun groupe et appuie positivement les idéaux et le maintien du microcontexte politique.)
Balancement des tâches-Intégration des préposés	Intégrer les demandes des inhalothérapeutes dans la routine des infirmières.
Organisation du matériel	Trouver un nouveau domaine de compétence pour les préposés.
Arrivée à l'heure des chirurgiens le matin et en salle	Ne pas mesurer l'heure d'arrivée et éliminer les sanctions. Planifier en fonction des habitudes des chirurgiens et mieux gérer les variations propres aux particularités des membres de l'équipe.
Planification journalière	Rendre les infirmières responsables de communiquer les informations sur les imprévus au reste de l'équipe.
Vérification des tests de grossesse par les inhalothérapeutes	Officialiser le rôle de coordonnateur des infirmières et les rendre responsables de déléguer et d'assurer le suivi sur les activités effectuées par le reste de l'équipe.
Blancement des tâches-Transport et installation du patient	Balancer les tâches de manière à favoriser le développement des expertises et non pas de manière à les dévaloriser.

Même les projets qui ont été implantés avec plus de succès peuvent être optimisés. Effectivement, les groupes spécifiques qui sont défavorisés peuvent être revalorisés, en tenant compte des enjeux stratégiques qu'ils défendent.

La perte de la compétence du transport nécessaire des patients sur civière par les préposés peut créer de la résistance de leur part et un abandon des changements par les autres groupes, puisque l'opposition des préposés peut nuire au climat de travail général. Ainsi, la recherche d'une solution qui renforce les besoins stratégiques des préposés (soit la reconnaissance de leur existence en tant que professionnel) pourrait permettre de mieux gérer le changement. Par exemple, le développement de nouvelles compétences, dans ce cas, dans l'évaluation du meilleur moyen de transport à autoriser pour le patient pourrait être une option qui compenserait pour la perte de leur compétence de transport sur civière. Pour ce qui est de l'effet de la réorganisation du matériel, qui engendre une perte du potentiel pour les préposés d'utiliser leurs connaissances sur la localisation du matériel en échange de privilèges, la solution pourrait être de leur reconnaître un nouveau rôle dans l'entretien préventif de ce matériel et des équipements par exemple.

L'intégration des préposés en salle semble n'avoir nui qu'aux inhalothérapeutes. Puisqu'ils accordent moins d'importance à leur statut qu'à la reconnaissance de leur existence professionnelle, la prise en compte de leurs besoins d'avoir aussi accès aux préposés est importante, mais pourrait être gérée par les infirmières, ce qui renforcerait les deux groupes sur les aspects qu'ils souhaitent voir reconnaître.

Les projets qui ont été implantés avec moins de succès peuvent aussi être optimisés, en favorisant les éléments qui ne dévalorisent pas leur positionnnement micropolitique.

L'analyse du microcontexte politique nous a permis de comprendre pourquoi les infirmières n'ont pas été capables de déléguer la vérification des tests de grossesse par les inhalothérapeutes. Par contre, la reconnaissance de leur rôle, en tant que coordonatrices des activités de la salle, aurait pu leur permettre de déléguer cette tâche, en autant qu'elles soient responsables de valider que celle-ci ait été effectuée (peu importe par qui). Cette distinction permettrait aux inhalothérapeutes d'être valorisés dans leurs capacités professionnelles (grâce à l'élargissement des limites de leur profession qui inclurait la vérification des tests), tout en favorisant l'acceptation par les infirmières, puisqu'elles sont à leur tour reconnues et valorisées dans ce qui leur donne du pouvoir.

Quant à la mesure de l'heure d'arrivée des chirurgiens, elle n'est pas nécessaire, puisque leur retard les défavorise déjà et les chirurgiens auront toujours de la difficulté à accepter de se conformer et de se laisser mesurer, puisque cette mesure touche leurs besoins stratégiques principaux d'autonomie et d'autogestion. Par contre, la dynamique interne est le plus important motivateur pour les chirurgiens, puisque ces derniers y puisent leur statut. Les échanges qu'ils négocient avec le reste de l'équipe sont à utiliser. Aussi, une meilleure compréhension de la variation des heures de début, en fonction de la connaissance des rythmes des membres des équipes en salle, permettrait plutôt de ne pas dévaloriser les chirurgiens dans leurs besoins stratégiques et d'atteindre quand même les objectifs. Un autre exemple serait d'accepter une heure d'arrivée différente pour les chirurgiens et les

anesthésistes. Accepter tout simplement l'autonomie des chirurgiens et des anesthésistes et trouver des solutions qui contournent celle-ci seraient une solution qui tient compte de la dynamique du bloc opératoire. Par exemple, savoir à l'avance qui seront les chirurgiens et les anesthésistes dans chaque salle permettrait d'évaluer l'heure de début et le rythme potentiel de la salle. D'autres options sont envisageables, telles que des sanctions dans l'obtention de priorités opératoires aux chirurgiens fautifs; toutefois celles-ci pénalisent également les patients. Des alternatives plus appropriées seront présentées dans les pistes de solutions que nous présenterons en conclusion. Les exemples de changements, que nous avons présentés dans ce chapitre, servaient seulement à illustrer le potentiel de la prise en compte du microcontexte politique dans l'amélioration des processus.

Finalement, dans un monde de professionnels, demander à n'importe quel membre de l'équipe d'effectuer une tâche, pour laquelle ses compétences spécifiques ne sont pas valorisées, vient non seulement à l'encontre de ses valeurs, mais l'empêche de négocier les limites de sa profession en sa faveur, réduit la reconnaissance de son statut et ne correspond pas aux idéaux qu'il vise. Dans le cas d'un objectif de meilleur balancement des activités en salle, celui-ci devrait viser l'accroissement acceptable (par les autres groupes) des compétences de chaque groupe. L'acceptation de ce balancement dépend également des autres changements implantés, favorisant ou non la reconnaissance de chaque groupe, qui sera alors plus ou moins enclin à se laisser envahir dans sa profession.

9.7 Impact des changements sur le microcontexte politique

Les changements, implantés dans le cadre du projet d'amélioration des processus, affectent le microcontexte politique, même lorsqu'ils ne sont pas implantés avec succès. Le projet d'amélioration des processus émane des gestionnaires. Les problématiques de l'implantation ou les insuccès sont donc attribués aux gestionnaires. Ainsi, la remise en question de l'autonomie professionnelle et de l'autogestion des chirurgiens peut les rendre plus conscients de l'importance de renforcer leurs appuis de la part des infirmières, puisque ceux-ci leur sont nécessaires pour exercer leurs pleins pouvoirs auprès des gestionnaires et des anesthésistes. Puis, les infirmières, elles, se rendent compte que leur identité professionnelle, basée, entre autres, sur la légitimité qu'on leur reconnait dans la coordination des soins en salle, n'est pas valorisée par les gestionnaires. Les inhalothérapeutes constatent que ce sont leurs besoins qui ne sont pas pris en compte par les gestionnaires. Les anesthésistes, eux, peuvent réaliser que leur bonne entente et leur dévouement à rendre plus efficace l'optimisation de la salle réduisent le statut qu'ils ont auprès des autres professionnels, puisqu'ils deviennent responsables de tâches qui appartiennent normalement aux préposés. Finalement, les préposés perdent des compétences. Tous ces éléments constatés par les groupes d'acteurs, à travers leur réticence au changement dans le cadre du

projet d'amélioration des processus, peuvent rendre les changements subséquents plus difficiles à implanter, puisqu'ils seront perçus plus rapidement comme une menace stratégique.

Les changements qui ont été implantés avec succès peuvent également modifier le microcontexte politique. Dans le cadre du projet d'amélioration que nous avons observé, puisque la période observée est courte, il est difficile de déterminer si les modifications implantées ont eu un impact sur ce microcontexte politique. En effet, la présence de la dualité des dynamiques (externe et interne), qui persiste et s'intensifie avec les changements implantés, ne permet pas toujours aux gestionnaires de documenter ce qui se passe dans la salle. L'ajout d'indicateurs, qui permettent de mesurer ce qui se passe en salle, reste dépendant de la volonté des professionnels de documenter leurs activités, ce qui n'est pas leur priorité. De plus, les changements implantés avec succès réduisent la gestion qui s'effectuait à l'extérieur de la salle, en donnant plus d'autonomie aux membres de l'équipe en salle, ce qui réduit davantage le besoin, pour les membres de l'équipe, de documenter les activités dans un but uniquement administratif. Cet élément semble donc favoriser le maintien du microcontexte en place avant le changement. Deux attitudes semblent toutefois s'être transformées, sans que nous puissions déterminer avec certitude leur effet sur les aspects politiques. La première est la redécouverte des actions qui correspondent aux idéaux des groupes de professionnels. Ce sont souvent, dans le milieu que nous avons observé, celles qui remettent le patient au centre des préoccupations. Par exemple, l'identification du patient directement en salle permettait au patient de se familiariser avec l'environnement et d'interagir de manière plus active avec l'ensemble de l'équipe, même dans le contexte d'une salle froide remplie d'instruments. Le fait que les patients mentionnent leur appréciation a permis aux équipes de maintenir le changement et d'agir avec plus de confiance. La seconde est la revalorisation du travail d'équipe. Il avait été démontré, dans la littérature, que les acteurs de l'établissement de santé peuvent coordonner leurs actions, en situation d'urgence, lorsqu'ils agissent avec la vocation (Shah et al., 2008; Glouberman et Mintzberg, 2001), puisqu'ils le font alors pour l'être humain en situation de souffrance. Nous avons également remarqué que le balancement des tâches plaisait aux acteurs du bloc opératoire, remettant l'entraide et la vocation au sein de leurs activités. De plus, cette proximité avec les autres membres de l'équipe leur permettait d'entretenir de meilleures relations entre eux, ce qui améliore le climat de travail, qui, dans nos entrevues, a été noté comme le principal moteur du changement.

9.8 Conclusion

Le changement au cœur de l'établissement de santé est complexe, mais il doit certainement tenir compte de la réalité informelle qui existe et qui découle de la présence d'une dynamique spécifique (interne et externe), se transformant à mesure que les acteurs concernés réalisent leurs activités. De nouvelles opportunités d'action émanent des

perturbations et des brèches qui surviennent dans la routine de ceux-ci (spontanées ou en lien avec un projet d'amélioration) et donnent naissance à des résultats qui, occasionnellement, sont favorables, en lien avec les idéaux visés par chaque groupe, mais aussi en fonction des ambitions de repositionnement politique que ces nouvelles actions permettent. Ces deux dimensions des résultats potentiels, obtenus dans la pratique, permettent aux acteurs de retenir ou non la nouvelle séquence d'activités dans leur routine. Une meilleure connaissance du microcontexte politique permet de mieux comprendre les impacts des changements proposés dans le cadre d'un projet d'amélioration des processus. En détaillant le véritable fonctionnement du bloc opératoire et en permettant de mieux prédire les impacts sur la dynamique en place, il devient possible d'approfondir la résistance des groupes qui seront touchés, en comprenant mieux les gains et les pertes qui en découleront.

CHAPITRE 10 : CONCLUSION : IMPLICATIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES

L'objectif relié à ce projet de recherche était de mieux comprendre l'influence du microcontexte politique sur l'amélioration des processus dans un établissement de santé. En effet, la révision des expériences d'amélioration des processus dans le secteur de la santé nous avait révélé que des éléments, appartenant au contexte, et les dynamiques, propres à la complexité du secteur de la santé, méritaient d'être approfondis. Nous avons donc intégré deux cadres théoriques qui nous apparaissaient pertinents pour mieux comprendre l'impact des aspects stratégiques émergeants de ces pratiques dans le contexte d'un changement. Dans les paragraphes qui suivent, nous présenterons d'abord une synthèse générale de la recherche. Puis, nous établirons la contribution que ce projet apporte pour la gestion des opérations, la théorie sur les routines, la compréhension de la dynamique politique dans le contexte hospitalier, le changement organisationnel et les méthodologies d'analyse du contexte. Nous soulignerons, par la suite, les limites de la thèse. Finalement, nous identifierons les implications pratiques, qui découlent de ce projet, et nous suggérons des pistes de recherche future.

10.1 Synthèse générale de la recherche

Nous avons initié ce projet dans l'optique de mieux comprendre la complexité et l'influence du système informel, constituant le microcontexte politique sur le changement possible, dans les établissements de santé, par des approches d'amélioration des processus. Nous nous sommes donc tout d'abord attardée à cibler ce qui était spécifique et particulier aux établissements de santé. Nous avons relevé, dans la littérature, ce qui pouvait faire de l'établissement de santé un milieu particulier, doté d'aspects sociaux, politiques, structurels, contextuels qui expliquaient qu'une transposition intégrale des manières de faire, propres à d'autres secteurs, n'obtenait pas le même succès dans ce secteur. Notre projet nous permet donc d'emblée de mieux caractériser les particularités des établissements de santé. Celles-ci sont présentées dans le chapitre un.

Nous avons ensuite identifié les problématiques d'analyse des projets Lean implantés dans le secteur de la santé et les défis nécessaires pour être en mesure de mieux comprendre le changement. Nous avons soulevé le besoin de développer une meilleure compréhension des aspects sociologiques, reliés à l'implantation des projets d'amélioration des processus, puisque la résistance au changement ne semblait pas avoir de sens dans un contexte où les individus impliqués devaient en récolter des bénéfices. Il apparaît donc, dans cette revue de la littérature que nous présentons dans le chapitre deux, que des explications politiques, contextuelles et sociales pouvaient permettre de mieux comprendre les comportements.

Nous avons donc utilisé deux cadres théoriques qui nous apparaissaient pertinents. En effet, notre revue de la littérature sur les expériences d'amélioration des processus dans les établissements de santé a démontré qu'il s'agissait d'un milieu hautement politisé, où les acteurs avaient leurs propres agendas influençant les transformations.

Ainsi, les chercheurs qui ont investigué ce secteur ont noté qu'ignorer cette dynamique politique nuisait à la capacité d'améliorer les soins.

«Advice to avoid 'playing politics' could threaten ability to implement strategic change.» (Buchanan, 2008: p.18)

Le premier cadre qui nous apparaissait pertinent était celui des routines organisationnelles de Pentland et Feldman. Puis, le cadre théorique de Crozier et Friedberg (1977) nous permettait de repositionner la réflexion de l'acteur dans un contexte spécifique et d'expliquer la logique de son comportement, en tenant compte du contexte micropolitique dans lequel il évolue. L'approche crozérienne permet de comprendre cet acteur, dont les raisons d'agir deviennent compréhensibles et même pertinentes stratégiquement, lorsque l'on regarde comment il utilise ses atouts pour améliorer son positionnement au sein de l'organisation. L'utilisation combinée de ces deux cadres facilitait la compréhension des éléments stratégiques qui s'insèrent dans la dynamique quotidienne des routines. En effet, cet acteur qui peut changer n'est pas que stratégique. Pour modifier son comportement, il vise également l'atteinte de ses propres idéaux; et l'apprentissage de meilleures méthodes de travail se fait à travers la répétition et l'évaluation des résultats de ses actions. L'utilisation de ces cadres théoriques met en évidence la réflexion de l'acteur qui agit et apprend à travers ses routines.

Le chapitre quatre a pour objectif de présenter, par la suite, notre démarche de recherche. Nous y présentons d'abord notre paradigme de recherche. Puis, nous expliquons les choix méthodologiques que nous avons faits pour permettre l'exploration approfondie que nous souhaitions accomplir dans les établissements de santé. Nous avons choisi d'étudier la routine chirurgicale en salle d'opération. Nous avons observé ses dimensions ostensives et performatives afin de mieux comprendre son évolution et son lien avec l'acteur stratégique qui en crée la performance. Puis, après avoir identifié la dynamique stratégique de cette routine chirurgicale, nous avons étudié l'influence du microcontexte politique qui contribuait à cette dynamique sur l'implantation d'un projet d'amélioration et de changement avec l'approche Lean. Nous présentons chacune de nos étapes, ainsi que l'ensemble des sources de données que nous avons récoltées, afin d'appuyer la validité de notre expérience quasi ethnologique dans un établissement de santé unique. Nous présentons également les stratégies utilisées afin de procéder à l'analyse de nos données.

Les prochains chapitres résument notre analyse des données.

Ainsi, afin de faciliter la compréhension pour le lecteur, nous avons présenté d'abord, dans le cinquième chapitre, un résumé du contexte organisationnel et professionnel de l'établissement de santé. Ainsi, nous décrivons les ressources, contraintes et objectifs formels, reliés aux rôles attendus de chacun des groupes d'acteurs, oeuvrant au sein de l'étabissement de santé. Puis, afin de faciliter la compréhension des liens qui existent entre ces acteurs, nous présentons un exemple type, amalgamé à partir de nos observations, qui explique le déroulement de la dynamique existante, lors de la performance de la routine de réalisation d'une chirurgie. Cette narration permet d'envisager la complexité des performances, mais aussi l'indépendance des trajectoires de ces groupes d'acteurs.

Dans les sixième et septième chapitres, nous avons présenté notre analyse de la dynamique organisationnelle. L'étude de la dimension ostensive des routines, à travers l'analyse graphique de la perception des acteurs et de leurs discours, nous permet d'effectuer des constats, qui nous aident à raffiner notre compréhension des liens entre les routines et l'évaluation que font les acteurs de leur performance. Ainsi, notre recherche met en évidence qu'il existe une multiplicité de références de pratique et de contradictions dans leur déploiement, ce qui rend confus le mandat de chaque acteur. Mais les idéaux mêmes de chaque acteur ne sont pas non plus uniformes. En effet, il existe des perceptions multiples de la routine et de ce que chaque acteur voudrait faire dans un monde idéal. Finalement, nous constatons que ce que chaque acteur peut faire, aux sens légal, déontologique et professionnel, est mal défini, peu documenté et sanctionné. L'étude de la dimension ostensive de la routine nous permet donc de conclure que les groupes d'acteurs, oeuvrant au sein de l'établissement de santé, disposent d'une marge de manœuvre dans la conception de ce qu'ils ont à faire. L'étude de la dimension performative des routines, quant à elle, se fait grâce à des observations du déroulement des chirurgies et par l'analyse des discours sur cette performance. Elle nous permet, à son tour, de mettre en évidence des discordances entre ce qui se fait et ce qui devrait se faire, puisqu'il existe des perturbations à la routine, à cause de divers imprévus et de périodes de discontinuité dans la réalisation des activités. De plus, nous constatons que les acteurs ne communiquent pas efficacement pour pallier à ces variations et qu'ils ne documentent pas ces problématiques, survenant durant la réalisation de leurs activités. Ces phénomènes, qui se produisent également dans la réalisation même de la routine, nous poussent à conclure, sur notre étude de la dimension performative, que les groupes d'acteurs jouent un rôle stratégique dans le maintien de cette variation.

Nous avons donc conduit une analyse stratégique, afin de mieux cerner le comportement des acteurs et d'expliquer comment l'évaluation de leur situation organisationnelle contribue ou non au maintien de ce fonctionnement. Nous mettons en évidence deux types d'interactions, existant au sein de l'établissement de santé. Dans la première dynamique, dite externe, de par ses interactions avec l'administration, les acteurs utilisent le pouvoir qu'ils détiennent pour réaliser ce qui est avantageux pour eux ou leurs alliés. Notre analyse démontre que les gestionnaires se retrouvent alors dans une situation

où ils doivent eux-mêmes négocier la disposition des ressources, en fonction d'informations que leur prodigue, de manière privilégiée, un des groupes, identifié comme décideur, souvent celui des anesthésistes, sinon celui des chirurgiens. Ces interactions dépendent en partie de la négociation existante au sein de la dynamique interne (qui se joue dans chaque salle spécifique du bloc opératoire). Ainsi, il existe des interactions professionnelles, découlant d'une deuxième dynamique, interne, à travers lesquelles les acteurs négocient leur positionnement dans le fonctionnement informel, en fonction du soutien ou d'informations privilégiées renforçant leur statut, leur autonomie ou leur expertise. Ces interactions déterminent le groupe d'acteurs, qui a la légitimité requise pour représenter les décisions de l'équipe. En général, les négociations, découlant des interactions négociées à l'interne, divisent l'équipe dans ses appuis, soit envers le chirurgien soit envers l'anesthésiste, reconnaissant alors que l'un ou l'autre dispose de la légitimité pour décider sur l'état du patient. Les enjeux stratégiques que ces dynamiques soulèvent, ainsi que l'utilisation de diverses stratégies par les groupes d'acteurs pour assurer leur positionnement au sein de l'organisation, sont présentés dans ce huitième chapitre. Nous expliquons également comment cette dynamique politique pondère l'évaluation, que fait l'acteur de sa performance dans la réalisation de la routine, et contribue ou non à sa modification.

Les éléments, relevés dans les chapitres précédents, permettent de mieux comprendre comment la réalisation de la routine évolue, en considérant non seulement les aspects formels du changement, mais aussi toute la dimension informelle. Le cadre conceptuel nous permet de présenter le système d'action concret du bloc opératoire que nous avons étudié. En effet, nous constatons que la zone d'incertitude se crée par l'écart qui existe entre la dimension ostensive (perceptions) et la dimension performative (actions) de la routine chirurgicale. Elle dépend des règles, des sanctions, des références de pratiques et de leur documentation qui rendent cette dimension de la routine d'abord difficile à clarifier. Puis, elle dépend également des brèches, des perturbations et de la documentation des événements (usuels ou non) qui font varier la routine et ses résultats. Cette zone d'incertitude permet à l'acteur de réfléchir. Il regarde ce qui est bon pour atteindre ses idéaux, mais aussi ce qui lui permettra de mieux se positionner, en tenant compte des enjeux qui l'affectent et des atouts qu'il possède. Il teintera donc sa performance future de la routine par ce jugement qui engendrera une ou des stratégies pour agir. Dans le contexte que nous avons étudié, nous avons mis en évidence que ces éléments du microcontexte influençaient des règles de comportement, qui contribuaient au fonctionnement : la communication stratégique, la valorisation du temps, l'autorégulation et la prépondérance du jugement clinique.

C'est à partir du cadre conceptuel, que nous avons modifié à mesure que se construisait notre analyse des données, que nous procédons finalement, dans le chapitre neuf, à l'analyse d'un changement planifié, exécuté au sein du même établissement de santé. Nous démontrons que la compréhension du microcontexte politique, propre à cet

établissement, permet d'expliquer la persistance ou la résistance reliées à l'introduction des changements.

Ainsi, nous pensons que notre projet de recherche permet de répondre aux questions de recherche que nous nous étions posées.

En premier lieu, nous nous étions demandé : « Quels sont les éléments qui caractérisent la dynamique de la routine chirurgicale (microcontexte)? »

Nous avons expliqué comment les règles, les références de pratique et les perceptions multiples, de même que les perturbations, les brèches et les difficultés de communiquer réduisaient la capacité de la structure formelle de l'établissement de santé de définir le cadre de l'action, en créant un flou (zone d'incertitude). La documentation limitée de ces principes, régissant l'action, et des activités réalisées dans la pratique diminue les sanctions applicables, ce qui augmente d'autant plus la marge de manœuvre, dont certains groupes d'acteurs peuvent alors disposer. Cette zone d'incertitude sur le « quoi faire » ou le « qui a fait quoi » permet à certains groupes (surtout les chirurgiens et les anesthésistes) d'utiliser leurs ressources pour construire un cadre d'actions informel.

Ces constats confirment nos hypothèses de recherche, qui soulevaient le rôle potentiel d'acteurs stratégiques, et renforcent notre désir d'approfondir ce lien sous un angle plus politique, en répondant à notre deuxième question de recherche : « Comment les groupes d'acteurs stratégiques contribuent-ils à la dynamique de la routine chirurgicale (microcontexte politique)? »

Nous avons compris que les acteurs n'agissent pas qu'en fonction des limites que l'organisation leur impose ou en fonction de leurs idéaux; ils agissent aussi stratégiquement en évaluant les actions qui leur donnent plus de pouvoir dans le système d'action qui se met en place informellement dans cette zone de flou. Il se crée donc des règles de jeu spécifiques qui construisent ce microcontexte politique, structurant alors informellement le cadre de l'action. Ces règles du fonctionnement informel sont la communication stratégique et minimale des informations, la valorisation du temps et son utilisation optimale selon les critères des acteurs, l'autorégulation en fonction des règles professionnelles et cliniques et la prépondérance du jugement clinique dans les décisions.

Ainsi, nous avons été en mesure de répondre à notre dernier questionnement : « Comment le microcontexte politique influence-t-il l'adoption de changements, imposés par l'organisation, dans le cadre d'un projet Lean, sur la routine chirurgicale? »

En effet, nous avons démontré que la connaissance de cette structure informelle, qui existe au sein de l'organisation, permet de mieux comprendre comment des changements peuvent être adoptés ou non dans une organisation, caractérisée par cette complexité politique et structurelle, impliquant des composantes formelles et informelles. Les jeux de

pouvoir existants au sein de du bloc opératoire doivent être pris en compte afin de réduire la résistance à l'amélioration du processus de soins. Lorsque nous avons mis en évidence, dans le chapitre neuf, les effets des changements proposés sur le maintien de cette structure politique informelle, nous avons été en mesure de le relier à la persistance ou non de ces changements. La compréhension des impacts sur le positionnement politique des acteurs est donc utile pour adapter le changement.

10.2 Contributions de la thèse

Le projet de recherche, réalisé et présenté dans cette thèse, procure diverses contributions à la fois théoriques, pratiques et méthodologiques. Celles-ci sont présentées dans les paragraphes qui suivent.

10.2.1 Compréhension des limites de l'amélioration des processus et de la gestion des opérations

La recherche, effectuée dans le cadre de cette thèse de doctorat, a permis de démontrer que l'utilisation d'une approche sociologique, pour comprendre les problèmes d'implantation des approches d'amélioration des processus, permettait de mieux comprendre la résistance au changement. En effet, la littérature sur l'implantation des différentes méthodologies d'amélioration des processus avait montré des problématiques d'implantation lorsque le changement affectait le travail des cliniciens (Mc Nulty et Ferlie, 2002). Notre démarche, qui visait à mieux comprendre le contexte global, indique que les changements processuels, même limités, ne peuvent être analysés de manière isolée. Dans cette démarche de recherche, la compréhension des particularités du secteur, à partir de la littérature existante, nous a permis de le distinguer des autres industries, dans lesquelles les différentes méthodologies d'amélioration des processus ont été implantées, et de mieux comprendre les raisons potentielles de la résistance dans ce secteur (Currie et *al.* (2009), Lamothe (1996), Glouberman et Mintzberg (2001), Denis et *al.* (1996), Brock (2006), Abbott (1988)). Ainsi, nous avons relevé que la multiplicité des perspectives en provenance de professionnels autonomes qui interagissent, la prépondérance d'un système clinique qui cohabite avec le système de gestion et crée une distribution du pouvoir hiérarchique, la gestion de services complexes au gradient de connaissances important avec la clientèle, l'urgence et la haute fiabilité nécessaire de la prestation de service sont des éléments distinctifs de ce secteur qui affecte la transposition inchangée des outils.

La documentation théorique de ces particularités n'est pas la seule contribution de notre recherche pour les gestionnaires des opérations. Nous avons aussi démontré que la compréhension spécifique du microcontexte politique, présent au sein de l'établissement de santé, permet d'expliquer ce qui, en apparence, apparaît comme de la résistance au

changement. En fait, la contribution la plus importante de notre recherche est d'avoir mis en évidence qu'il existe un fonctionnement « parallèle » qui se base sur des règles informelles qui se développent à travers les interactions sociales (un microcontexte politique). Ainsi, la modélisation des processus ou l'identification de la chaîne de valeurs bénéficierait d'être complétée par une analyse stratégique (Crozier et Friedberg, 1977; Foudriat, 2007), telle que nous l'avons effectuée. Certaines autres approches permettent aussi de combiner cette compréhension sociologique des changements et sont facilement applicable en gestion des opérations. Elles sont d'ailleurs de plus en plus utilisées. L'analyse du pouvoir des parties prenantes (Freeman, 1984), afin de pondérer les solutions envisagées par les équipes Kaizen, en tenant compte des impacts sur ce microcontexte politique (les parties prenantes), en est un autre exemple. Cette addition à l'identification des problématiques permettrait de générer des solutions favorables pour les groupes d'acteurs, à risque d'être défavorisés dans leur positionnement politique par l'implantation des changements proposés. Par exemple, la vérification des tests de grossesse préopératoire par les inhalothérapeutes nuisait à la stratégie des infirmières de se positionner comme coordonnatrices de la salle. Les infirmières ont donc continué à effectuer cette vérification, ce qui a découragé les inhalothérapeutes de le faire. En tenant compte des enjeux et des stratégies de ces deux groupes, d'autres solutions auraient pu être envisagées. Dans cet exemple, répartir les différentes vérifications à l'équipe, mais rendre l'infirmière de salle responsable de vérifier, valider et communiquer les informations à toute l'équipe et au chirurgien aurait été une solution qui aurait tenu compte du microcontexte politique.

10.2.2 Théorie sur les routines

En révisant la littérature sur les routines, nous avions identifié que les routines étaient créées à la fois à travers nos perceptions de l'action et dans l'action (Feldman et Pentland, 2003). Une première contribution de cette thèse est en lien avec le modèle présenté par ces auteurs. En effet, notre projet de recherche a démontré que la perception des acteurs sur les résultats de son action comprenait également une analyse des conséquences de ses actions sur son positionnement politique au sein de l'organisation. Ainsi, l'acteur ne juge pas seulement le résultat de ses actions en fonction de ses idéaux, mais également en fonction de l'impact sur son potentiel stratégique dans le système informel, gouverné par les règles de jeu qui émane du microcontexte politique.

Alors que le modèle performatif des routines de Feldman (2000) démontrait les liens directs entre ces éléments, notre recherche semble plutôt suggérer que l'évaluation que fait l'acteur des résultats de ses actions tient également compte de l'analyse politique de celles-ci. L'exemple de l'introduction de nouvelles routines de travail suite à l'implantation de la chirurgie cardiaque minimalement invasive (Edmonson et *al.,* 2001) suggérait l'influence du processus d'apprentissage sur la transformation des routines. Ainsi, Edmonson et al. (2001), pondérait le modèle de Feldman en proposant une influence de l'apprentissage sur les

résultats des actions découlant de la routine. Notre recherche, quant à elle, pondère également le modèle performatif des routines de Feldman (2000), mais, cette fois, en proposant une influence du microcontexte politique sur les plans découlant de l'évaluation que fait l'acteur de ses actions en les confrontant à ses idéaux, mais aussi à son potentiel de gagner du pouvoir. La figure 35 présente ces contributions.

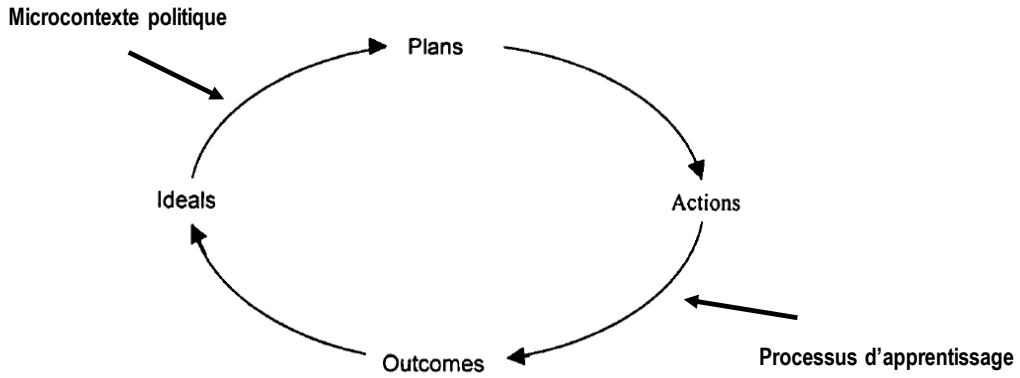


Figure 37. Contributions de la littérature et de notre recherche au modèle performatif des routines de Feldman (2000)

L'intégration de la dynamique politique à l'analyse des routines est aussi une contribution importante de cette thèse. En effet, l'intégration de la notion de zone d'incertitude tirée des travaux de Crozier et Friedberg (1977) au modèle de Pentland et Feldman (2008) révèle comment les éléments contribuant à cette zone (les brèches, les perturbations, les règles et références de pratique), peuvent permettre aux acteurs de reformuler leur routine et d'évaluer les bénéfices résultant de leur nouvelle séquence d'activités. La figure 36 présente cette contribution.

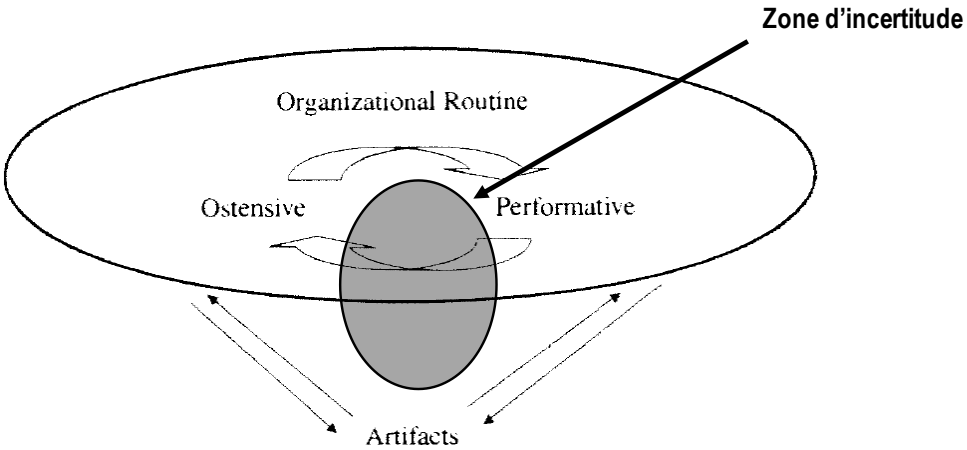


Figure 38. Contributions de notre recherche au système organisationnel des routines de Pentland et Feldman (2008)

Ce lien entre le pouvoir et le choix des itérations de la routine a été soulevé par Aggerholm et Asmuß (2016). En effet, ces chercheurs ont démontré que les interactions sociales qui existent dans la performance de la routine permettent de déterminer si l'échange sera plus ou moins standardisé ou s'il fera l'objet d'une interprétation subjective qui provoquera la déviation de ce qui est perçu comme « modèle » des actions à accomplir (aspect ostensif). Ainsi, l'acteur peut être stratégique en choisissant des actions qui le positionne mieux, tel que nous l'avons démontré. Mais il peut aussi utiliser son pouvoir relationnel pour favoriser une itération de la routine qui, en étant plus subjective, lui permettra de mieux négocier sa position à travers l'échange avec l'acteur avec qui il entre en relation.

La notion de zone d'incertitude est d'ailleurs une autre contribution que notre projet apporte à la théorie des routines. En effet, les écarts qui se créent entre « ce qu'on fait » (actions), « ce que nos actions donnent » (résultats), « ce qu'on voudrait faire » (idéaux) et « ce qu'on considère faire » (plans) créent de l'incertitude. Cette incertitude favorise la variation, la sélection et la rétention d'autres patterns d'actions qui sont plus bénéfiques au sens large pour l'acteur (politiquement et philosophiquement). Il existe donc une zone d'incertitude, déterminée par les liens entre les dimensions ostensive et performative des routines et leurs liens avec les artéfacts correspondants.

Une dernière contribution de notre recherche en lien avec la théorie sur les routines est d'avoir démontré l'influence importante de la documentation des activités (artéfacts) sur les possibilités de variation des routines. La variation, qui est au cœur même de la dynamique des routines selon Pentland et *al.* (2012), dépend de la présence d'une zone d'incertitude. La notion de zone d'incertitude n'avait pas été mise en évidence par ces auteurs, mais l'utilisation de nos cadres théoriques combinés permet d'y introduire le concept qui raffine la compréhension de cette dynamique et explique le lien qui se crée avec la documentation. En effet, lorsque la documentation des routines est limitée, la variation entre ce qui doit être fait

et ce qui est fait augmente, ce qui génère plus d'incertitude et donc, d'opportunités d'expérimenter de nouvelles séquences d'activités. De plus, en fonction de l'importance de cette documentation, l'expression du microcontexte politique devient plus ou moins influente dans le changement de la routine (lorsque la documentation est limitée, les systèmes informels deviennent plus omniprésents dans la gouverne des actions).

10.2.3 Dynamique micropolitique dans les établissements de santé

Notre projet contribue à mieux comprendre le microcontexte politique existant au sein d'un établissement de santé. En effet, nous avons montré qu'il existait, au sein du bloc opératoire étudié, une dynamique interne; or ce qui se passe dans chaque salle du bloc opératoire est peu documenté et ne sort généralement pas de la salle, malgré la présence de systèmes formels qui obligent une reddition de compte de ces activités. Dans notre revue de littérature, nous avons présenté le cas du matériel à usage unique en anesthésie (Currie et *al.*, 2009). Notre recherche rend plus compréhensible les mécanismes qui expliquent pourquoi le jugement clinique des anesthésistes est respecté par les autres professionnels dans un tel cas et pourquoi l'équipe accepte de supporter la vision de l'anesthésiste auprès de l'administration. Les privilèges qu'apporte l'expertise s'échangent contre des informations, qui permettent aux acteurs de mieux se positionner stratégiquement, afin de faire reconnaître leur statut, leur identité ou d'augmenter les limites de leur profession, par rapport aux autres groupes qui oeuvrent au sein du bloc opératoire. Les négociations, qui émanent de cette dynamique, influencent les relations avec l'extérieur de la salle (le système hiérarchique plus formel). Il se crée donc une deuxième dynamique, externe, au sein de laquelle les arguments cliniques sont utilisés afin de favoriser l'autonomie, la rémunération et la prépondérance du jugement clinique des professionnels sur les décisions administratives et l'utilisation des ressources.

10.2.4 Changement organisationnel

Notre projet de recherche a permis de mieux comprendre le changement. Ainsi, une de nos contributions concerne la pertinence de comprendre la dimension politique du changement. En effet, celle-ci n'est pas généralisée dans une organisation, elle est complexe et nécessite une compréhension de l'univers de chaque groupe d'acteurs. Ainsi, nous avons démontré que les enjeux politiques interviennent dans la sélection des performances que les acteurs privilégient. De plus, selon les modalités des changements proposés, chaque groupe peut être affecté, de manière plus ou moins significative, dans son positionnement stratégique par rapport aux autres groupes. Nous avons donc montré qu'il était pertinent de comprendre comment une nouvelle dynamique pouvait affecter chacun des groupes significatifs dans l'organisation.

10.2.5 Méthodologie

Une contribution significative de notre projet de recherche est d'avoir combiné deux cadres théoriques qui nous apparaissaient coexister dans la pratique. En effet, nous avons montré que l'étude des routines, qui se concentre sur l'acteur et l'action et qui étudie la dualité principe-pratique, ne peut exclure les intentions de cet acteur qui perçoit et agit aussi en fonction de son meilleur intérêt. Nous avons donc intégré un cadre théorique, permettant de développer notre compréhension globale de cet acteur, en combinant l'étude des routines avec l'analyse stratégique de Crozier, afin d'inclure la dimension politique. Le modèle conceptuel que nous avons construit, qui combine les perspectives de ces deux cadres théoriques et que nous avons utilisé pour effectuer l'analyse de nos données, permet de raffiner les cadres théoriques de ces chercheurs en sociologie des organisations et d'offrir une nouvelle lunette d'analyse. Les méthodes que nous avons utilisées pour effectuer cette analyse sont également novatrices. D'abord, nous avons fait ressortir les perceptions des participants par l'utilisation de graphiques de modélisation. Puis, nous avons utilisé des vidéos afin d'être en mesure de mieux interpréter les interactions entre les acteurs. En effet, nous avons présenté des séquences pertinentes sur le plan politique, directement aux acteurs, lors de nos entrevues. Ils étaient donc en mesure de commenter leurs actions, ce qui a enrichi nos entrevues et nous a permis d'approfondir nos hypothèses stratégiques. L'utilisation de sociogrammes est le dernier élément de méthode, que nous avons utilisé, afin de mieux organiser notre interprétation des événements et de construire notre argumentation sur les dynamiques présentes au sein du bloc opératoire.

10.3 Limites de la thèse

Notre projet de recherche présente des limites méthodologiques et des limites théoriques.

D'abord, d'un point de vue méthodologique, notre recherche est limitée par l'utilisation d'un cas unique. Notre analyse n'a donc pas été répliquée dans plusieurs établissements de santé. Toutefois, l'objet de notre recherche était justement d'analyser un microcontexte en profondeur, ce qui implique, par le fait même, que celui-ci soit propre à une organisation, à un contexte spécifique. De plus, nous avons récolté des données provenant de multiples sources (observations, entrevues, documentation, journaux de bord) et avons opté pour une approche multi-perspective. Mais cette limite concerne l'interprétation des constats spécifiques que nous tirons de l'analyse de ce cas. Elle ne concerne pas la possibilité d'appliquer notre approche d'analyse à d'autres organisations. Une limite méthodologique additionnelle de notre projet est la nécessité de rendre le projet réalisable dans un délai adéquat pour l'établissement et pour les besoins académiques, reliés à la réalisation d'une thèse de

doctorat. En effet, une réévaluation à plus long terme, postimplantation du projet Lean, aurait pu démontrer d'autres éléments pertinents, que nous n'avons pas été en mesure de relever lorsque nous avons collecté nos données.

En ce qui concerne les limites théoriques de notre projet, elles concernent principalement notre focus sur les éléments microcontextuels. En effet, les organisations sont également influencées par leur environnement, ainsi que par le contexte plus large qui peut définitivement s'immiscer dans les jeux micropolitiques. Par exemple, dans la construction d'un savoir partagé par des équipes multi-disciplinaires, il apparaît que l'accès à certaines formes de savoir plus institutionnalisées (Evidence Based Medicine) constitue une ressource permettant de favoriser son discours sur celui des autres membres de l'équipe (Oborn et Dawson, 2010). Or, dans le cas que les auteurs rapportent, ce savoir provient des liens qu'entretient un des groupes d'acteurs avec l'industrie pharmaceutique. Le macrocontexte et le mésocontexte peuvent donc avoir un impact dans la construction du microcontexte politique. Notre cadre d'analyse n'était pas en mesure de mesurer l'impact de cette dimension plus globale et constitue donc une des limites de l'interprétation de nos résultats.

10.4 Implications pratiques

La compréhension des mécanismes, qui expliquent le comportement des acteurs, plus particulièrement dans le cadre d'un changement, est primordiale. Ainsi, lorsque les approches d'amélioration des processus se basent sur l'évaluation des activités formelles de l'organisation, il est possible que le modèle de transformation, alors proposé, ne corresponde pas à la réalité organisationnelle, plus particulièrement dans certaines organisations où il existe un système informel développé, comme c'est le cas dans les établissements de santé.

La mise en évidence de l'influence du microcontexte politique sur l'amélioration des processus a des implications pratiques significatives. D'abord, reconnaître son existence permet de mieux prévoir les groupes les plus affectés par les changements proposés et de trouver des solutions qui minimiseront les impacts potentiels sur leur positionnement stratégique. Puis, la compréhension du microcontexte politique nous permet d'utiliser la sphère informelle pour effectuer des changements qui auront un réel impact sur l'amélioration de la qualité des soins. Dans le cas de notre projet de recherche, il permet de considérer des solutions méthodologiques plus efficaces, pour obtenir les résultats escomptés, que les approches classiques d'amélioration des processus.

Ainsi, une solution qui pourrait être envisagée, par exemple, afin d'utiliser les contributions de cette thèse de manière pratique, serait la mise en place d'une « boîte noire » en salle d'opération. En effet, un système de ce type, qui permettrait d'analyser par un organisme indépendant ce qui s'est réellement passé en salle d'opération lors d'un décès,

pourrait avoir l'effet d'un panoptique, qui inciterait les acteurs, agissant en salle, à se comporter d'une manière plus conforme aux règles formelles, sans toutefois avoir besoin d'imposer plus de sanctions. Le panoptique était une structure de contrôle carcéral qui faisait en sorte d'être en mesure d'observer les détenus, sans qu'ils sachent s'ils étaient réellement surveillés ou non. Tel que le propose Michel Foucault, dans *Surveiller et punir* (1975), le fait de se sentir potentiellement observé et jugé influence l'individu à avoir une conduite plus disciplinaire et conforme aux normes sociales. Il est donc facile d'imaginer que, dans un tel contexte, un chirurgien qui sait qu'on peut revoir la façon dont il s'est comporté, si un accident survient, sera plus enclin à avoir un comportement moins stratégique et en conformité avec ce qu'on attend officiellement de lui. De plus, cette façon de s'assurer de la qualité permettrait de bonifier la qualité des soins, en y incluant la dimension résultats, sans pour autant susciter autant de résistance que par d'autres moyens déjà proposés, tels que la publication des complications et mortalités ou l'ajout de caméras de surveillance. En effet, la « boîte noire » serait un système qui laisserait une certaine marge de manœuvre aux acteurs et ne bousculerait pas autant le microcontexte politique. Toutefois, comme la surveillance implique des acteurs dotés d'agence, la mise en place de mécanismes de compensation et de stratégies d'évitement pourrait affecter l'objectif recherché (Bernstein, 2012). Une réévaluation du microcontexte serait à prévoir afin de déterminer l'impact d'une telle solution.

Ce désir d'utiliser le microcontexte politique pour améliorer la qualité des soins est essentiel pour émerger de l'impasse actuelle en amélioration des processus dans les établissements de santé. En effet, considérant les dynamiques politiques actuelles, ce sont les professionnels qui imposent leur vision de la qualité. Cette qualité des soins est basée sur le respect des normes et correspond à une vision de la qualité qui remonte, en gestion, à l'époque de Ford (1926). Pourtant, la prestation de soins reste un service que l'établissement donne aux patients. Il devrait donc y avoir une préoccupation pour la satisfaction de la clientèle, qui déterminerait les améliorations qui sont nécessaires. Pourtant, la clientèle est rarement sondée dans cette optique, même si les gestionnaires disposent de principes qui devraient permettre la mesure de leurs attentes (Zeithmal et Parasuraman, 1990). La mise en place d'une « boîte noire » permettrait également, dans ce contexte, de réintroduire la nécessité d'obtenir des résultats satisfaisants dans la production de soins de qualité, puisqu'elle impliquerait une évaluation des échecs. L'ajout de cette dimension aux efforts de qualité conduirait également à une meilleure évaluation du compromis qui est actuellement négocié entre la prestation de soins de qualité et l'importance du temps dans cette prestation (délais, roulement). Par exemple, nous avons observé que les acteurs du bloc ne respectaient pas les protocoles en place, pour ce qui est du nettoyage de la salle, pour ne pas nuire au roulement des cas, ce qui apparaît tout à fait illogique à première vue. Mais lorsque nous repositionnons ce comportement dans le contexte, où la qualité des soins dépend du respect des normes et que ces normes auxquelles on réfère ne sont pas élicitées et sanctionnées, nous comprenons qu'il existe un flou sur les attentes sur le plan de la qualité. Par conséquent, l'amélioration des processus et des façons de faire devient difficile à réaliser, malgré de

mauvais résultats, puisque la qualité n'est perçue que comme le respect des normes. Pourtant, le service rendu au patient (les soins) doit se faire dans un délai raisonnable, sans pour autant en sacrifier la qualité.

Le temps est au cœur des enjeux qui construisent le microcontexte que nous avons observé. Le compromis à faire sur les objectifs de qualité au profit du temps peut pourtant être résolu, grâce à des philosophies de gestion qui ont démontré la compatibilité de ces deux objectifs (Ferdows et de Meyer, 1990). Bien sûr, la priorisation d'un objectif sur l'autre est aussi influencée par le microcontexte, puisque le temps est de l'argent (surtout pour les médecins) et que la qualité est coûteuse (surtout pour les gestionnaires). Le statu quo convient donc aux deux parties, et ce, aux dépens de la clientèle. La gestion de la qualité, avec l'effet panopticon de la boîte noire, est également une solution au problème de priorisation du roulement sur la qualité des soins et aussi au problème de l'engagement des parties prenantes dans l'amélioration de ces soins.

Dans un système où des règles de jeu, telles que celles que nous avons décrites, influencent les comportements, la compréhension de la réticence des professionnels, oeuvrant au sein des établissements de santé, de s'impliquer, pour améliorer la performance, se comprend mieux. En effet, la collaboration avec les gestionnaires, dans le contexte que nous avons étudié, ne permet pas vraiment de respecter les règles de jeu qui renforcent les dynamiques existantes et contribuent au bon positionnement des groupes, sauf dans certains cas où des groupes y verront l'opportunité de redéfinir leur place. Les gestionnaires doivent alors savoir que ces enjeux stratégiques teinteront la collaboration et l'enthousiasme de ceux qui ont l'ambition de se repositionner à travers la participation aux ateliers de changement.

Les professionnels peuvent obtenir des gains s'ils collaborent avec les gestionnaires des établissements de santé. Entre autres, l'augmentation de l'efficacité de la salle et la réduction des irritants. Toutefois, l'investissement de temps qu'ils doivent y mettre ne contribue souvent pas beaucoup à la valorisation de leurs valeurs et au renforcement des règles de jeu, qu'ils appliquent dans le système informel qui régit leurs comportements. Le statu quo leur donne plus de pouvoir sur les négociations qu'ils peuvent entretenir de manière individuelle comme groupe que de manière commune comme équipe. En considérant les éléments du microcontexte politique que nous avons mis en évidence, il serait plus profitable, pour l'établissement, que les gestionnaires fassent partie de l'équipe, à titre de professionnels et d'experts pour la résolution des problématiques administratives et logistiques plutôt que comme supérieurs hiérarchiques de groupes, qui se considèrent comme indépendants de la structure de l'établissement. L'exemple des systèmes, où des cogestions clinicoadministratives existent, est une stratégie qui tient compte du microcontexte politique.

D'ailleurs, le rôle des gestionnaires, dans un tel contexte, est définitivement à revoir. L'impuissance des gestionnaires ne s'applique pas que dans la sphère informelle. Le bloc opératoire, que nous avons étudié, a permis de mettre en évidence que cette difficulté, pour

les gestionnaires, de s'imposer au sein de ce monde professionnel, même dans la sphère formelle, peut aussi être liée à leur appartenance à ce monde. En effet, la majorité des gestionnaires sont également des professionnels de la santé. Pourrait-on appliquer, ici, le principe de Peter (Peter et Hull, 1970)? En effet, dans une bureaucratie multiprofessionnelle dont la structure de pouvoir est collective, tel que l'est l'établissement de santé, il est possible que les gestionnaires atteignent leur niveau d'incompétence. Ces professionnels de la santé, promus dans des postes hiérarchiques, n'ont souvent aucune compétence ou formation en gestion. Issus du monde des professionnels, ils sont également désavantagés dans leur rôle par leur lien avec leur groupe d'origine. Finalement, leur potentiel d'intrapreneurship est pratiquement inexistant, ayant appris à gérer dans ce milieu uniquement, avec des principes et un historique teinté du microcontexte existant.

10.5 Recherche future

Notre projet de recherche a montré que le microcontexte politique influence le potentiel d'amélioration des processus. Dans le cas que nous avons étudié, nous avons approfondi les mécanismes qui expliquent comment les dynamiques existantes au sein du bloc opératoire ont contribué aux problématiques d'implantation de certains changements. Il serait donc pertinent d'effectuer d'autres analyses comparables à celle que nous avons faite, afin de comparer comment la prise en compte du microcontexte politique s'est faite dans d'autres milieux ou d'autres époques.

L'étude du microcontexte politique, dans le cadre de l'amélioration des processus, a démontré que la recherche en gestion doit sortir de son cadre traditionnel et faire preuve d'interdisciplinarité, afin d'éviter une compréhension des organisations qui se construit en silos. L'utilisation combinée des perspectives scientifiques, sociologiques, médicales et administratives est définitivement plus compliquée à réaliser, mais ne reflète-t-elle pas justement la réalité des organisations complexes et pluralistes qu'elles cherchent à étudier?

Plusieurs pistes restent à explorer. Tout d'abord, notre approche serait intéressante à appliquer pour mieux comprendre l'influence des changements politiques plus globaux. Il serait intéressant par exemple de procéder à une étude similaire dans un contexte de changement de structure organisationnelle. En effet, l'étude de cette microdynamique est-elle influencée par les fusions d'établissements ou les restructurations hiérarchiques et bureaucratiques, dont l'influence est en apparence limitée, d'après notre projet de recherche, ou se constitue-t-elle de manière indépendante sans lien avec les dynamiques plus macros?

Pour ce qui est du microcontexte politique, il serait également pertinent de rediviser les groupes afin de mieux comprendre les dynamiques qui influencent directement la gestion du bloc opératoire, mais aussi de tout l'établissement. Ainsi, les jeux politiques, qui se

déploient entre les spécialités médicales elles-mêmes dans la répartition des ressources, semblent découler de stratégies, qui se manifestent directement dans la pratique clinique et la priorisation des besoins cliniques, partagés avec les gestionnaires. Quelles sont leurs influences sur la construction de la dynamique externe?

Dans un design de recherche similaire, le jeu spécifique du préposé serait également à analyser, puisqu'il influence directement le rythme de travail et que la délégation de ses activités est la plus difficile à réaliser. En effet, comme tous les professionnels sont réfractaires à partager ses activités, qui ne valorisent ni le statut, ni l'identité professionnelle recherchés, ses activités deviennent celles qui contribuent le plus au goulot qui limite l'augmentation de la rapidité des activités du bloc opératoire, que tous ces professionnels valorisent. Le préposé a donc un rôle plus important et possède plus de pouvoir qu'il ne le réalise.

Bien entendu d'autres pistes de recherche concernent l'utilisation d'un cadre méthodologique similaire pour mieux comprendre le changement dans les organisations complexes. En effet, en élargissant le contexte d'étude à d'autres secteurs, afin d'utiliser les contributions méthodologiques de notre projet, combinant les deux cadres d'analyse que nous avons intégrés, il pourrait y avoir une meilleure compréhension des échecs d'implantation des changements proposés à ces organisations.

BIBLIOGRAPHIE

Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor,* Chicago, The University of Chicago Press.

Abdolvand, N., Albadvi, A. & Ferdowsi, Z. (2008). «Assessing Readiness for Business Process Reengineering», *Business Process Management Journal*, 14(4): 497-511.

Addicott, R. & Ferlie, E. (2007). «Understanding Power Relationships in Health Care Networks», *Journal of Health Organization Management*, 21(4-5): 393-405.

Addicott, R., McGivern, G. & Ferlie, E. (2007). «The Distorsion of a Managerial Technique? The Case of Clinical Networks in UK Health Care», *British Journal of Management*, 18(1): 93-105.

Adler, P.S., Kwon, S.-W. & Heckscher, C. (2008). «Professionnal Work: The Emergence of Collaborative Community», *Organization Science*, 19(2): 359-376.

Aggerholm, H.K. & Asmuß, B. (2016). When «good» is not good enough : Power dynamics and performative aspects of organizational routines. *Organizational Routines: How They Are Created, Maintained, and Changed,* Oxford, Oxford University Press, p.140-178.

Aherne, J. & Whelton, J. (2010). *Applying Lean in Healthcare: A Collection of International Case Studies*, New York, Productivity Press.

Ahire, S. L., Golhar, D.Y. & Waller, M.A. (1996). «Development and Validation of TQM Implementation Constructs», *Decision Sciences*, 27(1): 23.

Allen, D. (2009). «From Boudary Concept to Boudary Object: The Practice and Politics of Care Pathway Development», *Social Science & Medicine*, 69: 354-361.

Al-Mashari, M. & Zairi, M. (1999). «BPR Implementation Process: An Analysis of Key Success and Failure Factors», *Business Process Management Journal*, 5(1): 87.

Amblard, H., Bernoux, P, Herreros, G. & Livian, Y.-F. (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Éditions du Seuil.

Andersen, H. et Rovik, K.A. (2015). «Lost in translation: a case-study of the travel of lean thinking in a hospital», *BMC Health Services Research*, 15(401), p.1-9.

Anderson, J. C., Rungtusanatham, M. & Schroeder, R.G. (1994). «A Theory of Quality Management Underlying the Deming Management Method», *Academy of Management, The Academy of Management Review*, 19(3): 472.

Andersson, R., Eriksson, H. & Torstensson, H. (2006). «Similarities and Differences between TQM, Six Sigma and Lean», *The TQM Magazine*, 18(3): 282-296.

Association des hôpitaux du Québec (AHQ) (2000). *Organisation par programme-clientèle: l'expérience des centres hospitaliers du Québec*, Montréal, Association des hôpitaux du Québec.

Baker, C.D. & Lorimer, A.R. (2000). «Cardiology: The Development of a Managed Clinical Network», *British Medical Journal,* 321(7269): 1152-1153.

Baker, G.R., MacIntosh-Murray, A., Porcellato, C., Dionne, L., Stelmacovich, K. & Born, K. (2008). *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design,*Toronto, Canada, Longwoods Publishing.

Balogun, J., Gleadle, P., Hope Hailey, V. & Willmott, H. (2005). «Managing Change across Boudaries: Boundary Shaking Practices», *British Journal of Management,* 16: 261-278.

Barach, P. & Small, S.D. (2000). «Reporting and Preventing Medical Mishaps: Lessons from Ronmedical near Miss Reporting Systems», *British Medical Journal,* 320: 759-763.

Barker, C. (1996). *The Health Care Policy Process*, London, Sage Publications.

Barley, S.R. (1986). «Technology as an Occasion for Structuring: Evidence from Observations of CT Scanners and the Social Order of Radiology Departments», *Administrative Science Quarterly,* 31(1): 78-108.

Barnas, K. (2014). *Beyound heroes: A Lean Management System for Healthcare*, ThedaCare Center for HealthCare Value.

Bataldan, P., Smith, D., Bovender, J. & Hardison, D. (1989). «Quality Improvement: The Role and Application of Research Methods», *Journal of Health Administration Education,* 7(3): 577-583.

Bate, P., Medel, P. et Robert, G. (2008). *Organizing for Quality: The Improvement Journeys of Leading Hospitals in Europe and United States*, Oxford, Radcliffe Publishing.

Batifoulier, P. (1999). «Éthique professionnelle et activité médicale: une analyse en termes de conventions», *Finance Contrôle Stratégie*, 2(2): 5-24.

Becker, M. C. (2004). «Organizational Routines: A Review of the Literature», *Industrial and Corporate Change*, 13(4): 643-677.

Bernoux, P. (1985). *La sociologie des organisations. Initiation théorique suivi de douze cas pratiques,* Paris*,* Éditions du Seuil.

Berry, L.L. (1980). «Services Marketing Is Different», *Business*, 30 (3): 24.

Berwick, D.M. (1989). «Continuous Improvement as an Ideal in Healthcare», *New England Journal of Medicine*, 320(1): 53-56.

Berwick, D.M., Enthoven, A. & Bunker, J.P. (1992). «Quality Management in the NHS: The Doctor's Role-L», *British Medical Journal*, 304: 235-239.

Bhasin, S. & Burcher, P. (2006). «Lean Viewed as a Philosophy», *Journal of Manufacturing Technology Management*, 17(1): 56-72.

Bigelow, B. & Arndt, M. (1995). «Total Quality Management: Field of Dreams?», *Health Care Management Review*, 20 (4): 15-25.

Binst, M. (1994). «Vertus et limites de l'analyse stratégique pour l'intervention à l'hôpital» dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa génèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Pavé, F. (dir.), Paris, Éditions du Seuil.

Black, J. & Mille, D. (2008). *The Toyota Way to Healthcare Excellence: Increase Efficiency and Improve Quality with Lean,* Chicago*,* Health Administration Press.

Black, S. A. & Porter, L.J. (1996). «Identification of the Critical Factors of TQM», *Decision Sciences*, 27(1): 1.

Bloodgood, J. M. (2012). «Organizational Routine Breach Response and Knowledge Management», *Business Process Management Journal*, 18(3): 376-399.

Bohmer, R.J.M. & Felins, E.M. (2006). *Virginia Mason Medical Center*, Cas 9-606-044, Boston, Harvard Business School.

Bolden, R., Waterson, P., Warr, P., Clegg, C. & Wall, T.. «A New Taxonomy of Modern Manufacturing Practices», *International Journal of Operations and Production Management*, 17(11): 1112-1130.

Boudreau, M.-C. & Robey, D. (1996). «Coping with Contradictions in Business Process Re-engineering», *Information Technology & People*, 9(4): 40.

Bourdieu, P. (1991|1994). *Raisons pratiques: Sur la théorie de l'action,* Paris, Éditions du Seuil.

Brock, D.M. (2006). «The Changing Professional Organization: A Review of Competing Archetypes», *International Journal of Management Reviews*, 8(3): 157-174.

Brooks, A. & Zeitz, G. (1999). «The Effects of Total Quality Management and Perceived Justice on Organizational Commitment of Hospital Nursing Staff», *Journal of Quality Management*, 4(1): p.69-94.

Brouselle, A. et Champagne, F. (2009). *L'analyse stratégique, modèle d'analyse ou démarche théorique pour l'évaluation de l'implantation?.* Récupéré de www.sqep.ca/archives/presentations/Presentation%20Astrid%20text.doc (page consultée le 4 avril 2011).

Brown, J.S. & Duguid, P. (1991). «Organizational Learning and Communities of Practice: Toward a Unified View of Working, Learning and Innovation», *Organization Science*, 2(1): 40-57.

Buchanan, D. A. (1997). «The Limitations and Opportunities of Business Process Re-engineering in a Politicized Organizational Climate.», *Human Relations*, 50(1): 51.

Buchanan, D. A. (1998). «Representing Process: The Contribution of a Re-engineering Frame», *International Journal of Operations & Production Management*, 18(11/12): 1163-1188.

Buchanan, D. A. (2003)a. «Getting the Story Straight: Illusions and Delusions in the Organizational Change Process», *TAMARA: Journal of Critical Postmodern Organization Science*, 2(4): 7-21.

Buchanan, D. A. (2003)b. «Demands, Instabilities, Manipulations, Careers: The Lived Experience of Driving Change», *Human Relations*, 56(6): 663-684.

Buchanan, D. A., Addicott, R., Fitzgerald, L., Ferlie, E. & Baeza, J.I. (2007). «Nobody in Charge: Distributed Change Agency in Healthcare», *Human Relations*, 60(7): 1065-1090.
Burrell, G. & Morgan, G. (1979). «Introduction and Assumptions» dans *Sociological and Organizatinal Analysis*, Burrell, G. & Morgan, G. (dir.) , London, Heinemann, p.VIII-37.

Champy, J. & Greenspun, H. (2010). *Reenginnering Health Care: A Manifesto for Radically Rethinking Health Care Delivery*, New Jersey, FT Press.

Christensen, C.M. & Raynor, M.E. (2003). *The Innovator's Solution: Creating and Sustaining Successful Growth*, Boston, Harvard Business School Press.

Cohen, M.D. & March, J.G. (1986). *Leadership and Ambiguity*, Boston, Harvard Business Scholl Press.

Collège des Médecins du Québec (2010)a. *Code de déontologie des médecins*, version 22 juillet 2010, R.R.Q., C. M-9, r-17. Récupéré de http://www.cmq.org/medecinsmembres/profil/commun/AProposOrdre/~/media/769C11886E0E45F4AEF6419BDA2B0AEC.ashx?71105 (page consultée le 7 juin 2011).

Collège des Médecins du Québec (2010)b. *Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec (ALDO-Québec)*, 201 p.. Récupéré de http://www.cmq.org/fr/~/media/74A148205D1A4CDBADE7E635C5C1EB04.ashx (page consultée le 15 mars 2011).

Commission Clair (2000). *Rapport de la Commission Clair: Les solutions émergentes*, Québec, Commisssion Clair.

Cooper, R.G. & Mohabeersingh, C. (2008). «Lean Thinking in a Healthcare System-Innovatives Roles», *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 2(2): 110-117.

Cornet, A. (1996). «Le reengineering: une articulation complexe entre nouvelles technologies de l'information, structures et politiques de GRH», *Technologies de l'Information et Société*, 8(3): 275-299.

Cornet, Annie (1998). *Le reengineering face à ses contradictions. Intégrer l'humain au centre du processus*, Thèse de doctorat, Liège, Université de Liège, 313 p.

Côté, A. (2007). «L'art de faire participer les médecins spécialistes aux stratégies de changement en milieu hospitalier», *Gestion*, 32(1): 11-18.

Crawford-Mason, C. (2002). «Deming and Me: A Lesson in Managing your Own Healthcare», *Quality Progress*, 35 (9), p.45-48.

Crosby, P.B. (1979). *Quality is Free,* New York, New American Library.

Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système,* Paris, Éditions du Seuil.

Crozier, M. & Friedberg, E. (1995). «Trente ans plus tard. Organisation et action collective. Notre contribution à l'analyse des organisations» dans *À quoi sert la sociologie des organisations? Théorie, culture et société, Tome 1*, Crozier, M., Paris, Éditions Seli Arslan.

Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique,* Paris, Éditions du Seuil.

Currie, G., Humpreys, M., Waring, J. & Rowley, E. (2009). «Narratives of Professional Regulation and Patient Safety: The Case of Medical Devices in Anaesthetics.», *Health, Risk & Society*, 11(2): 117-135.

D'Andeamatteo, A., Ianni, L., Lega, F. et Sargiacomo, M. (2015). «Lean in healthcare: A comprehensive review», Health Policy, http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.002

Dahlgaard, J. J. & Dahlgaard-Park, S.M. (2006). «Lean Production, Six Sigma Quality, TQM and Company culture», *The TQM Magazine*, 18(3): 263-281.

Davenport, T.H. (1993). *Process Innovation: Reengineering Work Through Information Technology*, Boston, MA, Harvard Business School Press.

De Pouvourville, G. (1994). «Le sociologue, l'ingénieur et l'hôpital» dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa génèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Pavé, F. (dir.), Paris, Éditions du Seuil.

Demers, C. (2007). *Organizational Change Theories: A Synthesis,* Thousand Oaks, Sage Publications.

Deming, W. E. (1982). *Quality, Productivity, and Competitive Position,* Cambridge, MA, Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Center for Advanced Engineering Study.

Denis, J.-L., Hebert,Y., Langley, A., Lozeau, D. & Trottier, L. (2002). «Explaining Diffusion Patterns for Complex Health Care Innovations», *Health Care Management Review*, 27(3): 60.

Denis, J.-L., Langley, A. & Cazale, L. (1996). «Leadership and strategic change under ambiguity», *Organization Studies*, 17(4): 673.

Dent, M. (2003). «Managing Doctors and Saving a Hospital: Irony, Rhetoric and Actor Networks», *Organization*, 10(1): 107-127.

Dickson, E., Anguelov, Z., Vetterick, D., Eller, A., & Singh, S. (2009). «Use of Lean in the Emergency Department: A Case Series of 4 Hospitals», *Annals of Emergency Medicine*, 54(4): 504-510.

Disken, S., Dixon, M., Halpern, S. & Shocket, G. (1990). *Models of Clinical Management*, London, The Institute of Health Services Management.

Douglas, T. J. & Fredendall, L. D. (2004). «Evaluating the Deming Management Model of Total Quality in Services», *Decision Sciences*, 35(3): 393-422.

Dupuis, J.P. & Kuzminski, A. (1998). «Une approche sociologique de la dynamique interne de l'entreprise» dans *Sociologie de l'économie, du travail et de l'entreprise*, Kuzminski, A. & Dupuis, J.-P., Montréal, Gaétan Morin Éditeur, p.289-313.

Eastman, C.J. & Fulop, L. (1996). «Total Quality Management: Panacea or Placebo for Hospital Management?», *International Journal of Public Administration*, 19(11-12): 2141-2166.

Edmondson, A. C., Bohmer, R. M. & Pisano, G.P. (2001). «Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Implementation in Hospitals», *Administrative Science Quaterly*, 46(4): 685-719.

Esain, A., Williams, S. & Massey, L. (2008). «Combining Planned and Emergent Change in a Healthcare Lean Transformation», *Public Money & Management*, 28(1): 21-26.
Farand, L., Champagne, F., Amyot, A., Denis, J.-L. & Contandriopoulos, A.-P. (1999). «Évaluation de la réforme des services psychiatriques destinés aux adultes au Pavillon Albert-Prévost», *Santé mentale au Québec*, XXIV (2): 90-125.

Feld, W.M. (2001). *Lean Manufacturing: Tools, Techniques, and How to Use Them*, Boca Raton, FL, St-Lucie Press.

Feldman, M. S. & Pentland, B. T. (2003). «Reconceptualizing Organizational Routines as a Source of Flexibility and Change», *Administrative Science Quarterly*, 48: 94-108.

Feldman, M. S. (2000). «Organizational Routines as a Source of Continuous Change», *Organization Science*, 11(6): 611.

Feldman, M.S. & Orlikowski, W.J. (2011). «Theorizing Practice and Practicing Theory», *Organization Science*, en publication.

Ferdows, K. et De Meyer, A. (1990). «Lasting Improvement in Manufacturing Performance: Insearch of a New Theory», *Journal of Operations Management*, 9(2): 168-184.

Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M. & Hawkins, C. (2005). «The Non-Spread of Innovations: The Mediating Role of Professionals», *Academy of Management Journal*, 48(1): 117-134.

Fillingham, D. (2007). «Can Lean SaveLlives?», *Leadership in Health Services*, 20(4): 231-241.

Fitzgerald, T.H. (1988). «Can Change in Organizational Culture Really Be Managed?», *Organizational Dynamics*, 17: 5-15.

Flynn, B. B., Schroeder, R.G. & Sakakibara, S. (1995). «The Impact of Quality Management Practices on Performance and Competitive Advantage», *Decision Sciences*, 26(5): 659.

Fogel, D. S. (1989). «The Uniqueness of a Professionnally Dominated Organization», *Health Care Management Review*, 14(3): 15-25.

Foudriat, M. (2007). *Sociologie des organisations, 2ème édition*, Paris, Pearson Education France.

Foudriat, M. (2011). *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Freeman, R.E. (1984). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Botson, Pitman.

Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*, Cambridge, Polity Press.

Friedberg, E. (1994). «Le raisonnement stratégique comme méthode d'analyse et comme outil d'intervention» dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa génèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Pavé, F. (dir.), Paris, Éditions du Seuil.

Funck-Brentano, J.-L. (1994). «L'analyse stratégique dans les activités de santé» dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa génèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Pavé, F. (dir.), Paris, Éditions du Seuil.

Gemmel, P. & De Raedt, L. (2009). *Access Blocking at Ghent University Hospital*, Cas 609-007-1, Ghent, Vlerick Leuven Ghent Management school.

Giddens, A. (1984|1987). *La constitution de la société: Éléments de la théorie de la structuration* (version française de *The Constitution of Society,* 1984, Giddens, A., trad. par Audet, M.), Cambridge, UK, Polity Press.

Glaser, William A. (1987). *Paying The Hospital*, San Francisco, CA, RU: Jossey-Bass.

Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). «Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part 2: Integration», *Health Care Management Review,* 26(1): 70.

Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). «Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part I: Differentiation», *Health Care Management Review*, 26(1): 56.

Goldstein, S. M. & Ward, P.T. (2004). «Performance Effects of Physicians' Involvement in Hospital Strategic Decisions», *Journal of Service Research*, 6(4): 361-372.

Gonnet, F. (1994). «Application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics» dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa génèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Pavé, F. (dir.), Paris, Éditions du Seuil.

Graban, M. (2008). *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Satisfaction*, New York, Productivity Press.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). «Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systemic Review and Recommendations», *The Milbank Quaterly*, 82(4):582.

Grover, V. & Malhotra, M.K. (1997). «Business Process Reengineering: A Tutorial on the Concept, Evolution, Method, Technology and Application», *Journal of Operations Management*, 15: 193-213.

Grunden, Naida (2008). *The Pittsburgh Way to Efficient Healthcare: Improving Patient Care Using Toyota Based Methods,* Boca Raton, FL, Healthcare Performance Press.

Guangming, C., Clarke, S. & Lehaney, B. (2001). «A Critique of BPR from a Holistic Perspective», *Business Process Management Journal,* 7(4):332-339.

Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1988). *Fourth Generation Evaluation*, London, Sage.

Hackman, J.R. & Wageman, R. (2000). «Total Quality Management. Empirical, Conceptual and Practical Issues» dans *The Quality Movement and Organization Theory*, Cole, R.E. & Scott, W.R. (dir.), Thousand Oaks, CA , Sage, Chapitre 2, p. 23-48.

Ham, C. (1981). *Policy Making in the National Health Service*, London, The Macmillan Press.

Hammer, M. & Champy, I. (1993). *Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution*, New York, HarperCollins.

Hammer, M. (1990). «Reengineering Work: Don't Automate, Obliterate», *Harvard Business Review*, July-August: 104-112.

Haraden, C & Resar, R. (2004). « Patient Flow in Hospitals : Understanding and Controlling It better », *Frontiers of Health Services Management,* 20(4): 3.

Harrison, M.I., Paez, K., Carman, K.L., Stephens, J., Smeeding, L., Devers, K.J. et Garfinkel, S. (2016). «Effects of organizational context on Lean implementation in five hospital systems», *Healthcare Management Review*, 41(2), p.127-144.

Harrison, S. & Ahmad, W. (2000). «Medical Autonomy and the UK State 1975 to 2025», *Sociology*, 34(1): 129-46.

Harrison, S. & Dowswell, G. (2002). «Autonomy and Bureaucratic Accountability in Primary Care: What English General Practitioners Say», *Sociology of Health and Illness*, 24(2): 208-226.

Harvey, J. (1990). «Operations Management in Professional Service Organisations: A Typology», *International Journal of Operations & Production Managemen*t, 10(4): 5-15.

Harvey, J. (2006). *Managing Service Delivery Processes : Linking Strategy to Operations,* Milwaukee, Wisconsin, ASQ Quality Press.

Hillman, A.L., Pauly, M.V. & Kerstein, J.J. (1989). «How Do the Financial Incentives Affect Physicians'Clinical Decisions and the Financial Performance of Health Maintenance Organizations? », *New England Journal of Medicine*, 321: 86-92.

Ho, S.-J. K. & Chan, L. (1999). «The Implementation of Business Process Reengineering in American and Canadian Hospitals», *Health Care Management Review*, 24(2): 19.

Huq, Z. & Martin, T.N. (2000). «Workforce Cultural Factors in TQM/CQI Implementation in Hospitals», *Health Care Management Review*, 25(3): 80-93.

Ishikawa, K. (1985). *What is Total Quality Control? The Japanese Way*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.

Jaffe, D. T. & Scott, C. (1997). «The Human Side of Re-engineering», *The Healthcare Forum Journal*, 40(5): 14.

James, B. C. (1991). «Physicians and Quality Improvement in Hospitals: How Do You Involve Physicians in TQM?», *The Journal for Quality and Participation*, janv/fev: 56-63.

Jimmerson, C. (2007). *A3 Problem Solving for Healthcare: A Practical Method for Eliminating Waste*, New York, Productivity Press.

Jimmerson, C. (2009). *Value Stream Mapping for Healthcare Made Easy*, New York, Productivity Press.

John, J., Grove, S.J. & Fisk, R. P. (2006). «Improvisation in Service Performances: Lessons from Jazz», *Managing Service Quality,* 16 (3) : 247-268.

Joosten, T., Bongers, I. & Janssen, R. (2009). «Application of Lean Thinking to Health Care: Issues and Observations», *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5): 341-345.

Juran, J.M. & Gryna, F. (1988). *Juran's Quality Control Handbook*, 4ème éd., Toronto, McGraw-Hill.

Juran, J.M. (1974). *The Quality Control Handbook*, 3ème éd., New York, McGraw-Hill.

Kamata, S. (2008). *Toyota: L'usine du désespoir* (version française de Jidosha Zetsubo Kojyo, 1983, Kamata, S., trad. par L'Hénoret, A.), Paris, Éditions Desmopolis.

Kaplan, G. & Patterson, S. (2008). «Seeking Perfection in Healthcare: A Case Study in Adopting Toyota Production System methods», *Healthcare Executive,* 23(3): 16-21.

Kellogg, K. C. (2009). «Operating Room Relational Spaces and Microinstitutional Change in Suregey», *American Journal of Sociology*, 115(3): 657-711.

Kenney, C. (2010). *Transforming Health Care: Virginia Mason Medical Center's Pursuit of the Perfect Patient Experience*, New York, Productivity Press.

Kim, C.S., Spahlinger, D.A., Kin, J.M. & Billi, J.E. (2006). «Lean Health Care: What Can Hospitals Learn from a World-Class Automaker?», *Journal of Hospital Medicine*, 1(3): 191-199.

Kimberly, J. R. & Evanisko, M. J. (1981). «Organizational Innovation: The Influence of Individual, Organizational, and Contextual Factors on Hospital Adoption of Technological and Administrative Innovations», *Academy of Management Journal*, 24(4): 689.

Knights, D. & McCabe, D. (1998). «When "Life Is But a Dream": Obliterating Politics through Business Process Reengineering», *Human Relations,* 51(6): 761.

Kohl, L.T., Corona, J.M. & Donaldson, M.S. (1999). *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Washington, DC, National Academy Press.

Krafcik, J. F. (1988). «Triumph Of The Lean Production System», *Sloan Management Review*, 30(1): 41.

Ku, L. & Fisher, D. (1990). «The Attitudes of Physicians toward Health Care Cost-Containment Policies», *Health Services Research*, 25: 26-42.

Kuty, P. & Vrancken, D. (1994). «Stratégies et identités professionnelles. La nouvelle vague d'autonomie en gériatrie» dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa génèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Pavé, F. (dir.), Paris, Éditions du Seuil.

Lai, Y. F., Khoong, C.M. & Aw, T.C. (1999). «Value Innovation through Business Process Re-engineering: A&E Services at a Public Hospital», *Knowledge and Process Management*, 6(3): 139.

Lamothe, L. (1996). *La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultraspécialisés*, Thèse de doctorat, Montréal, Université McGill, 555 p.

Landry, S. et Beaudoin, M. (2014). «De la gouvernance des projets Lean à la gouvernance tout court», *Gestion*, 39(3), p.128-17.

Landry, S. et Beaulieu, M. (2016). *Lean, kata et système de gestion au quotidien: réflexions, observations et récits d'organisations*, Éditions JFD, Montréal, 257 pages.

Langley, A. & Denis, J.L. (2011). «Beyond Evidence: The Micropolitics of Improvement», *British Medical Journal Quality and Safety*, 20(suppl.1): i43-46.

Langley, A. (1999). «Strategies for Theorizing from Process Data», *Academy of Management Review*, 24(4): 691-710.

Latour, B. (1986). «The Powers of Association», dans *Power, Action and Belief*, Law, J. (dir.), London, Routledge et Kegan Paul, p.264-280.

Lewis, A. G. (2001). *Streamlining Health Care Operations: How Lean Logistics Can Transform Health Care Organizations*, San Francisco, Jossey-Bass/AHA Press.

Lin, B. & Glousing, J. (1995). «Total Quality Management in Health Care: A Survey of Current Practices», *Total Quality Management*, 6(1): 69-78.

Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*, New York, Sage Publication.

Lozeau, D. (2002). «Les chemins tortueux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics au Québec», *Gestion*, 27(3): 113-122.

Lozeau, D., Langley, A. & Denis, J.L. (2002). «The Corruption of Managerial Techniques by Organizations», *Human Relations,* 55(5): 537-564.

Luc, D. & Rondeau, A. (2002). «La restructuration par programmes-clientèles à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont: une étude diachronique de cette transformation», *Revue Gestion*, 27(3): 33-41.

Mc Nulty, T. & Ferlie, E. (2002). *Reengineering Health Care: The Complexities of Organizational Transformation*, New York, Oxford University Press.

McDonald, R. & Harrison, S. (2004). «The Micropolitics of Clinical Guidelines: An Empirical Study», *Policy & Politics*, 32(2): 223-239.

Miller, D. (2005). *Going Lean in Health Care*, IHI Innovation Series White Paper, Cambridge, MA, Institute for Healthcare Improvement. Récupéré de www.IHI.org.

Miller, K.D., Choi, S. & Pentland, B. T. (2014). «The Role of Transactive Memory in the Formation of Organizational Routines», *Strategic Organization*, 12(2): 109-133.

Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*, Englewoods Cliffs, N.J., Prentice Hall.

Mintzberg, H. (1985). «The Organization as Political Arena», *Journal of Management Studies*, 22(2): 133-154.

Moisdon, J.C. (1994). «Hôpital, instrumentation de gestion et analyse stratégique» dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa génèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Pavé, F. (dir.), Paris, Éditions du Seuil.

Montgomery, K. (2006). *How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine*, Oxford, Oxford University Press.

Naslund, D. (2008). «Lean, Six Sigma and Lean Sigma: Fads or Real Process Improvement Methods?», *Business process Mangement Journal*, 14(3): 269-287.

Natarajan, R.N. (2006). «Transferring Best Practices to Healthcare : Opportunities and Challenges», *The TQM Magazine*, 18(6): 572-582.

Nelson, R. R., & Winter, S. G. (1982). *An Evolutionary Theory of Economic Change*, Cambridge, MA, Belknap Press of Harvard University Press.

Oborn, E. & Dawson, S. (2010). «Knowledge and practice in multidisciplinary teams: Struggle, accommodation and privilege», *Human Relations*, 63(12): 1835-1857.

Ohno, T. (1988). *The Toyota Production System: Beyound Large-Scale Production*, Portland, Productivity Press.

Olmsted, Eric Arthur (2004). *Protocols and Individualized Treatments: Medical Practice Variation among Medicare Beneficiaries*, Thèse de doctorat, Storrs, The University of Connecticut, 167 pages.

O'Neill, P. & Sohal, A.S. (1999). «Business Process Reengineering: A Review of Recent Literature», *Technovation*, 19: 571-581.

Orlikowski, W. J.(1996). «Improvising Organizational Transformation Over Time: A Situated Change Perspective», *Information Systems Research*, 7(1): 63-92.

Papadopoulos, T. & Merali, Y. (2008). «Stakeholder Network Dynamics and Emergent Trajectories of Lean Implementation Projects: A Study in the UK National Health Service», *Public Money and Management*, february: 41-48.

Parasuraman, A., Berry, L.L., Zeithmal, V. (1991). «Refinement and Reassement of the SERVQUAL Dimension», *J Retailing*, 67(4): 420-450.

Parasuraman, A., Zeithmal, V.A., Berry, L.L. (1985). «SERVQUAL: A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research», *J Marketing*, 49(1): 41-50.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 3ème Edition, Newbury Park : Sage, ISBN :0-7619-1971-6.

Patwardhan, A. & Patwardhan, D. (2008). «Business Process Re-engineering – Saviour or Just Another Fad?: One UK health care perspective», *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(3): 289-296.

Pentland, B.T. & Feldman, M.S. (2005). «Organizational Routines as a Unit of Analysis», *Industrial and Corporate Change*, 14(5): 793-815.

Pentland, B.T. & Feldman, M.S. (2008)a. «Issues in Empirical Field Studies of Organizational Routines» dans *Handbook of organizational routines*, Becker, M. (dir.), Cheltanham, UK, Edward, Elgar, p.281-300.

Pentland, B.T. & Feldman, M.S. (2008)b. «Designing Routines: On the Folly of Designing Artifacts, While Hoping for Patterns of Action», *Information and Organization*, 18(4): 235-250.

Pentland, B.T., Haerem, T. & Hillison, D. (2011). «The (N)Ever-Changing World: Stability and Change in Organizational Routines», published online in Articles in Advance, march 23, 2011, *Organization Science*.

Pentland, B.T., Feldman, M.S., Becker, M.C. & Liu, P. (2012). «Dynamics of Organizational Routines: A Generative Model», *Journal of Management Studies*, 49(8): 1484-1508.

Pentland, B.T. (2015). «What Happens Next? An Affordance Network Perspective on Innovation in Routines», EGOS 2015 Subtheme #3: Routine Dynamics, Innovation and Creativity, V15 (for CWRU Workshop on Time and Routines), July 20.

Peter, L.J. et Hull, R. (1970). *Le principe de Peter*, Paris, Stock.

Pettersen, J. (2009). «Defining Lean Production: Some Conceptual and Practical Issue», *The TQM Journal*, 21(2): 127-142.

Pfeffer, J. (2010). «Power Play», *Harvard Business Review*, 88(7): 84-92.

Pham, H., Ginsburg, P., McKenzie, K. & Milstein, A. (2007). «Redesigning Care Delivery in Response to a High Performance Network: The Virginia Mason Medical Center», *Health Affairs*, 26(4): w532-544.

Poksinska, B.P. (2010). «The Current State of Lean Implementation in Health Care: Literature Review.», *Quality Management in Health Care*, 19(4): 319.

Radnor, Z. J., Holweg, M. & Waring, J. (2012). «Lean in healthcare: The unfilled promise», *Social Science & Medicine*, 74(2012): 364-371.

Raman, R. & Bharadwaj, A. (2012). «Power Differentials and Performative Deviation Paths in Practice Transfer: The case of Evidence-Based Medicine», *Organization Science*, 23(6): 1593-1621.

Riley R. & Manias, E. (2002). «Foucault Could Have Been an Operating Room Nurse», *Journal of Advanced Nursing*, 39(4): 316-324.

Rivard, S. & Talbot, J. (2003). «La modélisation des processus» dans *Le développement de systèmes d'information*, Rivard, S. & Talbot, J. (dir.) , 3ème éd., Montréal, Presses de l'Université du Québec et Presses HEC, p.467-494.

Roberts, S. & Singh, S. (2009). «Implementing Lean in Primary Care», *British Journal of Healthcare Management*, 15(8): 380-386.

Rouleau, L., (2007). *Théories des organisations. Approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*, Québec, PUQ.

Safavi, M. (2014). «The Role of Multiple Ostensive Aspects in Practicing Change and Stabilizing Routines: A Case Study of an Exogenous Change» in Best Paper Proceedings of the 74th Annual Meeting of the Academy of Management.

Sahney, V. K. (1993). «Evolution of Hospital Industrial Engineering: From Scientific Management to Total Quality Management», *Journal of the Society for Health Systems*, 4(1): 3-16.

Sahney, V.K., Dutkewych, J.I. & Schramm, W.R. (1989). «Quality Improvement Process: The Foundation for Excellence in Health Care», *Journal of The Society for Health Systems*, 1(1): 17-30.

Saraph, J. V., Benson, G.P. & Schroeder, R.G. (1989). «An Instrument For Measuring the Critical Factors of Quality», *Decision Sciences*, 20(4): 810-829.

Scieur, P. (2008). *Sociologie des organisations. Introduction à l'analyse de l'action collective organisée*, 2ème éd., Paris, Éditions Armand Colin.

Shah, R., Goldstein, S.M., Unger, B.T. & Henry, T.D. (2008). «Explaining Anomalous High Performance in a Health Care Supply Chain», *Decision Sciences,* 39(4):759-789.

Shingo, S. (1984). *A Study of Toyota Production System from and Industrial Engineering Viewpoint*, New York, Productivity Press.

Shortell, S. M. (1995). «Assessing the Evidence on CQI: Is the Glass Half Empty or Half Full?», *Hospital & Health Services Administration*, Special CQI Issue, 40(1): 4-24.

Simon, C. M. (1999). «Images and Image: Technology and the Social Politics of Revealing Disorder in a North American Hospital», *Medical Anthropology Quaterly*, 13(2): 141-162.

Sobek, D.K. & Jimmerson, C. (2003). «Applying the Toyota Production System to a Hospital Pharmacy», *Proceedings of the Industrial Engineering Research 2003 Conference*, Portland, OR.

Sobek, D.K. & Lang, M. (2010). «Lean Healthcare: Current State and Future Directions», *IIE Annual Conference 2010 Proceedings*, Reno, Nevada.

Spear, S. & Bowen, H.K. (1999). «Decoding the DNA of the Toyota Production System», *Harvard Business Review*, 77(5): 96-106.

Spear, S. J. (2005). «Fixing Health Care from the Inside, Today», *Harvard Business Review*, 77(5): 96-106.

Spencer, B. (1994). «Models of Organization and Total Quality Management: A Comparison and Critical Evaluation», *Academy of Management Review*, 19(3): 446-471.

Stebbins, M.W., Shani, A.B., Moon, W. & Bowles, D. (1998). «Business Process Reengineering at Blue Shield of California: The Integration of Multiple Change Initiatives», *Journal of Organizational Change Management*, 11(3): 216-232.

Strauss, A., Schatzman, L., Ehrlich, D. & Bucher, R. (1963). «The Hospital as a Negotiated Order» dans *The Hospital in Modern Society*, Freidson, E. (dir.), New York, Free Press of Glencoe.

Taylor, F.W. (1967). *The Principles of Scientific Management*, New York, W.W. Norton & Company.

Taylor, Laurel Kim (2001). *Contemporary Physician Practice Patterns: Insights from Institutional Theory*, Thèse de doctorat, Edmonton, University of Alberta (Canada), 283 p.

Tonkin, L. & Bremer, M. (2009). «ThedaCare's Culture of Continuous Daily Improvements», *AEM Target*, 25(1): 6-12.

Toussaint, J. (2013). «A management, Leadership, and Board Road Map to Transforming Care for Patients», *Frontiers of Health Services Mangement*, 29(3), p.3-15.

Toussaint, J.S. (2015). «Hospitals Can't Improve without Better Management Systems», *Harvard Business Review*.

Walshe, K. & Rundall, T.G. (2001). «Evidence-Based Management: From Theory to Practice in Health Care», *The Milbank Quaterly*, 79(3): 429-457.

Walston, S. L. & Kimberly, J.R. (1997). «Reengineering Hospitals: Evidence from the Field», *Hospital & Health Services Administration*, 42(2): 143-163.

Walston, S.L. & Bogue, R.J. (1999). «The Effects of Reengineering: Fad or Competitive Actor? / Practitioner Application», *Journal of Healthcare Management*, 44(6): 456-476.

Walston, S.L. & Chadwick, C. (2003). «Perceptions and Misperceptions of Major Organizational Changes in Hospitals: Do Change Efforts Fail Because of Inconsistent Organizational Perceptions of Restructuring and Reengineering?», *International Journal of Public Administration*, 26(14): 1581-1605.

Waring, J.J. & Bishop, S. (2010). «Lean Healthcare: Rhetoric, Ritual and Resistance», *Social Science & Medicine*, 71: 1332-1340.

Weichbrodt, J. & Grote, G. (2010). «Rules and Routines in Organizations: A Review and Extension», *Paper presented at the Fourth International Conference on Organizational Routines 2010*, Nice, France. Récupéré de http://www.gredeg.cnrs.fr/routines/Workshop-Nice-2010/papers/Weichbrodt%20and%20Grote.PDF.

Weick K.E. (1998). «Improvisation as a Mindset for Organizational Analysis», *Organization Science,* 9(5): 543-555.

Weick, K.E. & Sutcliffe, K.M. (2001). *Managing the Unexpected - Assuring High Performance in an Age of Complexity*, San Francisco, CA, Jossey-Bass.

Weiner, B. J., Shortell, S.M. & Alexander, J. (1997). «Promoting Clinical Involvement in Hospital Quality Improvement Efforts: The Effects of Top Management, Board, and Physician Leadership», *Health Services Research*, 32(4): 491-511.

Willcocks, L. & Harrow, J. (1992). *Rediscovering Public Service Management*, Maidenhead, McGraw-Hill.

Willcocks, L.P., Currie, W. & Jackson, S. (1997). «In pursuit of the Re-engineering Agenda in Public Administration», *Public Administration*, 75: 617-649.

Womack, J. P., Jones, D.T. & Roos, D. (1990). *The Machine That Changed the World : Based on the Massachusetts Institute of Technology 5-Million-Dollar 5-Year Study on the Future of the Automobile*, New York, Scribner.

Yang, C.-C. (2003). «The Establishment of a TQM System for the Health Care Industry», *The TQM Magazine*, 15(2): 93-98.

Yasin, M.M., Zimmerer, L.W., Miller, P. & Zimmerer, T.W. (2002). «An Empirical Investigation of the Effectiveness of Contemporary Managerial Philosophies in a Hospital Operational Setting», *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15(6): 268-276.

Yin, R. K. (2003). *Case Study Research: Design and Methods,* 3ème éd.,Thousand Oaks, CA, Sage Publications.

Young, T. (2009). «Some Challenges Facing Lean Thinking in Healthcare», *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5): 309-310.

Young, T., Brailsford, S., Connel, C., Davies, R., Harper, P. & Klein, J.H. (2004). «Using Industrial Processes to Improve Patient Care», *British Medical Journal*, 328: 162-164.

Zabada, C., Rivers, P. A. & Munchus, G. (1998). «Obstacles to the Application of Total Quality Management in Health-Care Organizations», Total Quality Management, 9(1): 57-66.

Zeithmal, V. Parasuraman, A., Berry, L.L. (1990). *Delivering Service Quality: Balancing Customers Perceptions and Expectations*, New York, The Free Press.

Zidel, T. (2006). «A Lean Toolbox- Using Lean Principles and Techniques in Healthcare», *Healthcare Quality*, 28(1): W1-15.

Zimmerer, L. W. & Zimmerer, T.W. (1999). «Overcoming Barriers to Effectiveness in a Health Care Operational Environment», *Health Marketing Quarterly*, 17(1): 59-81.