



Research and Centre de recherche
Intervention Centre for et d'intervention en santé
Healthy Workplaces des organisations

**Fondation canadienne de recherche sur les services de santé
Recherche, échange et impact pour le système de santé**

Programme #RC2-1779 – REISS 2008-2012

**Un environnement de travail sain et performant
pour les soignants et les patients**

Stabiliser les équipes de soins et améliorer la sécurité et la qualité des soins
en intervenant directement auprès des leaders responsables d'assurer le développement
d'environnements psychosociaux et de systèmes fonctionnels générateurs d'excellents soins de santé

Revue de documentation
Recherche et intervention

Serge Gagnon, PhD et Maxime Paquet, PhD

Avec la participation de Marie-Anick Duchesne

Juillet 2009

Équipe de recherche

Partenaires décideurs

Mme Johanne Roy, DGA
Directrice générale adjointe – *Chef de projet*
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
johanne.roy.hsc@ssss.gouv.qc.ca

M. Daniel Dubé, DRH
Directeur des ressources humaines
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
daniel.dube.hsc@ssss.gouv.qc.ca

Mme Johanne Salvail, DSI
Directrice des soins infirmiers
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
johanne.salvail.hsc@ssss.gouv.qc.ca

M. Gilles Loïselle, DST
Directeur des services techniques
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
gilles.loiselle.hsc@ssss.gouv.qc.ca

Intérim
Directeur des services professionnels et hospitaliers
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Chercheurs et intervenants

Serge Gagnon, PhD
Chercheur principal et directeur associé
Centre de recherche et d'intervention en santé des organisations (CRISO)
Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
Chercheur intervenant principal
serge.gagnon@muhc.mcgill.ca

François Courcy, PhD
Professeur agrégé, Département psychologie
Université de Sherbrooke
Co-chercheur principal
francois.courcy@usherbrooke.ca

Edward Aronson, PhD
Faculté de gestion Desautels
Université McGill – *Formateur en leadership et animateur du programme de codéveloppement*
edward.aronson@mcgill.ca

D^r. Michel Vézina, MD, PhD
Professeur titulaire, Médecine sociale et préventive,
l'Université Laval – *Co-chercheur senior, responsable de l'évaluation du programme*
michel.vezina@mshp.ulaval.ca

Mélanie Lavoie-Tremblay, PhD
Professeure assistante, École de soins infirmiers
Université McGill
Co-chercheur, responsable de l'évaluation du programme et de la diffusion pancanadienne des résultats
melanie.lavoie-tremblay@mcgill.ca

André Côté, PhD
Professeur agrégé
Gestion stratégique dans le domaine de la santé
Département de management
Co-chercheur et consultant en développement de la participation des médecins au changement
andre.cote@mng.ulaval.ca

Maxime Paquet, PhD
Co-chercheur principal du CRISO-CUSM – *Co-chercheur et coanimateur du programme de codéveloppement*
maxime.paquet@muhc.mcgill.ca

Ana Gavranic, DPs (cand)
Interne en psychologie organisationnelle – *Consultante dans le programme de maîtrise des défaillances opérationnelles*
CRISO-CUSM
ana.gavranic@muhc.mcgill.ca

Marie-Anick Duchesne, BSc
Conseillère et coordonnatrice des programmes
CRISO-CUSM
marie-anick.duchesne@muhc.mcgill.ca

Table des matières

Messages clés.....	5
Sommaire exécutif	6
Mise en contexte et problématique	9
1. Contexte du réseau sociosanitaire québécois.....	9
2. Contexte organisationnel	11
3. Thème central du programme : objet de recherche.....	12
3.1 Une organisation hospitalière universitaire ultra spécialisée de grande taille.....	12
3.1 Un processus de transformation organisationnelle.....	16
Questions de recherche et de validité des connaissances produites.....	18
1. Questions de recherche intervention.....	18
2. Généralisation et validité des connaissances produites	19
2.1 Le problème de la généralisation des résultats d’une étude de cas	19
2.2 L’approche clinique de la recherche intervention et le problème de la validité des connaissances produites	20
Hypothèse générale et cadre conceptuel	23
1. Les variables indépendantes	25
1.1 Le « leadership efficace ».....	25
1.2 Les « capacités managériales ».....	29
2. Les variables de médiation/modération	39
2.1 L’environnement psychosocial de travail.....	39
2.2 L’environnement fonctionnel et les défaillances opérationnelles de système.....	46
3. Les variables dépendantes.....	48
3.1 La stabilisation des équipes de soins	48
3.2 La sécurité et la qualité des soins	55
Stratégie d’intervention.....	62
1. Objectifs généraux	62
2. Le programme de développement des cadres intermédiaires	64
2.1 Le séminaire de formation au « leadership efficace »	64
2.2 Le programme de codéveloppement.....	65
3. Le programme de maîtrise de défaillances opérationnelles de systèmes.....	70
3.1 Les outils conceptuels qui guident l’intervention.....	71
3.2 Le processus d’intervention « en co-construction ».....	74
Bibliographie.....	76

Messages clés

- Les problèmes de pénurie de main-d'œuvre, de surcharge de travail et de conditions d'exercice difficiles sont aussi associés à des problèmes de performance organisationnelle. En d'autres termes, les difficultés vécues par le personnel des établissements de santé sont aussi causées par des problèmes de sous-performance organisationnelle.
- Les interventions réalisées « à la pièce » par des firmes d'experts dans les établissements de santé (ex. : dans les urgences et les blocs opératoires) ne touchent généralement que les aspects mécanistes et fonctionnels des problèmes de performance organisationnelle. Les dimensions culturelles et communicationnelles sont rarement touchées, ce qui explique en bonne partie la récurrence des problèmes une fois les experts partis.
- L'amélioration significative de la qualité du milieu de travail, de la performance organisationnelle et de la qualité des soins et des services nécessite l'adoption d'une approche complexe de gestion du changement qui articule à la fois les dimensions psychosociales et les dimensions fonctionnelles et techniques de l'organisation du travail.
- L'engagement actif et continu de la haute direction dans une démarche de « projet partagé d'entreprise » permettant d'associer les médecins et l'ensemble du personnel à la formulation et à la mise en œuvre des objectifs de transformation organisationnelle qui permettront la création d'environnements de travail sains et performants est une condition *sine qua non* de succès.
- Pour ce faire, les cibles principales d'intervention sont le leadership et les « capacités managériales » des cadres de direction et des cadres intermédiaires.

Sommaire exécutif

Ce programme de recherche intervention est réalisé au sein d'un établissement hospitalier universitaire ultra spécialisé de grande taille (le « CH ») qui fait face à l'obligation de répondre à des changements radicaux dans l'environnement interne et externe, de même qu'à des crises de performance. Comme « objet de recherche », il est défini de la façon qui suit.

- Un système complexe adaptatif, caractérisé notamment par la dispersion des points de contrôle et dont le système sociotechnique de production, la structure de rôles et de pouvoir, les possibilités de différenciation et d'intégration des fonctions ainsi que les capacités d'apprentissage et de transformation des *patterns* d'interaction, sont surdéterminés par les clivages fondamentaux issus de la composition spécifique de la « carte des acteurs hospitaliers ».
- On retrouve dans cette « carte des acteurs », d'une part, un clivage entre ceux qui sont soumis aux exigences professionnelles cliniques et aux impératifs de la technologie (médecins et infirmières) versus ceux dont le rôle consiste à assurer le contrôle des dépenses (représentants de la population et administrateurs) et, d'autre part, un clivage entre ceux dont la loyauté va à l'établissement (administrateurs et infirmières) et ceux dont la loyauté va à leur corporation professionnelle (médecins) ou aux instances politiques (administrateurs et représentants de la population).
- Un établissement dont la direction a décidé de s'engager dans une démarche de changement intentionnel visant la transformation des modes opératoires historiques et traditionnels enracinés dans les modèles mentaux et les cultures organisationnelles et professionnelles, tant au niveau des pratiques administratives, de soins et de soutien qu'au niveau des pratiques médicales. Cette décision entraîne la nécessité d'une redéfinition fondamentale de la vision, des valeurs, de la stratégie et des modes opératoires en vigueur dans les principaux systèmes fonctionnels, en vue de la recréation d'environnements sains et performants générateurs d'attraction, de maintien en poste de l'effectif et d'excellents soins de santé.

Les trois questions de recherche qui fondent cette démarche sont en liens avec la définition de notre objet de recherche.

- Comment le CH peut-il transformer la culture, le climat et les pratiques de management en vigueur pour accroître de façon significative le caractère attractif de son environnement psychosocial et fonctionnel et ainsi avoir un impact significatif sur la stabilisation des équipes de soins et la sécurité et la qualité des soins ?
- Comment évaluer l'efficacité et la durabilité de cette démarche de transformation

organisationnelle, tant au niveau des ressources humaines qu'au niveau des patients ? Plus spécifiquement, quel est le rôle de l'environnement psychosocial de travail dans la prédiction de la stabilité des équipes de soins et de la sécurité/qualité des soins ?

- Comment évaluer la qualité et l'efficacité du processus et des stratégies d'intervention ? Comment vérifier leur impact relatif sur les transformations observées à la fin du programme ? Plus spécifiquement quelles sont les contributions d'un programme de codéveloppement des cadres intermédiaires couplé à un programme de développement de la maîtrise des défaillances opérationnelles de systèmes mené par la haute direction de l'établissement, sur les perceptions de l'environnement psychosocial et de l'environnement fonctionnel de travail, et quelle en est la durabilité ?

L'hypothèse générale est la suivante : le développement du leadership et des capacités managériales des cadres intermédiaires et des cadres de direction d'un établissement de santé, relativement au développement d'environnements psychosociaux et fonctionnels de qualité, aura un effet positif sur la stabilité des équipes de soins et sur la sécurité et la qualité des soins. Pour vérifier cette hypothèse, un cadre conceptuel constitué de deux variables indépendantes, de cinq variables médiatrices/modératrices, de huit variables dépendantes et de quatre variables de contrôle a été élaboré. Les 19 variables composant le cadre conceptuel seront mesurées et mises en relation les unes avec les autres, aux trois temps de mesure prévus dans le programme. Les variables indépendantes sont le « leadership efficace » et les « capacités managériales ». Les variables médiatrices ou modératrices sont, pour l'environnement psychosocial de travail, le « climat psychologique », « l'équilibre effort-reconnaissance », « l'équilibre entre la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social » et la qualité des « relations infirmières-médecins ». L'environnement fonctionnel sera mesuré à partir des « défaillances opérationnelles de système ». Les variables dépendantes sont, pour ce qui est de la stabilisation des équipes de soins, le « pourcentage d'occupation des postes vacants », le « pourcentage de personnel d'agence composant les équipes », les « taux d'absentéisme court terme », le « temps supplémentaire » et les « taux de roulement ». Pour ce qui est la sécurité et de la qualité des soins, les variables dépendantes sont les « erreurs de médication », la « durée moyenne de séjour » et la « satisfaction des patients à l'égard du personnel infirmier » (incluant une analyse des plaintes à ce niveau). Enfin, les variables de contrôle sont l'évolution des « contraintes environnementales », le « taux d'occupation des lits », la « gravité des cas » et les « ratio infirmière/patients ».

La stratégie d'intervention décrite brièvement dans cette dernière section du texte est destinée à produire des impacts significatifs sur les deux variables indépendantes, soit le « leadership » et les « capacités managériales » des cadres supérieurs et des cadres intermédiaires de l'établissement participant. L'objectif général consiste à tester une stratégie d'intervention comportant deux volets principaux et s'échelonnant entre janvier 2009 et décembre 2011 (36

mois). Le premier volet consiste en un programme de développement des cadres intermédiaires, tant sur le plan du « leadership efficace », qu’au plan du codéveloppement de leurs capacités réflexives en situation de gestion du changement. En pratique, le but essentiel de ce programme consiste à soutenir l’implantation de changements substantiels qui auront un impact positif sur les qualités perçues de l’environnement psychosocial et fonctionnel de travail. Au total, 35 cadres (incluant quelques conseillers-cadres) des services infirmiers, diagnostics et thérapeutiques, techniques et administratifs du CH, répartis en petits groupes de sept, participent à ce programme. Il est à noter que les cadres supérieurs du CH participant ont tous participé à l’activité initiale de ce programme, soit le séminaire intensif de formation au leadership efficace. Le second volet de la stratégie consiste à mettre en place un processus de traitement des défaillances opérationnelles de système, piloté par la haute direction de l’établissement, qui permettra non seulement de résoudre un certain nombre de défaillances opérationnelles jugées prioritaires compte tenu des objectifs de stabilisation des équipes de soins, mais surtout de s’attacher aux causes culturelles et communicationnelles de leur récurrence. Cette intervention permettra donc de répondre à la question suivante : quelles sont les contributions d’un programme de codéveloppement des cadres intermédiaires couplé à un programme de développement de la maîtrise des défaillances opérationnelles de systèmes mené par la haute direction de l’établissement, sur les perceptions de l’environnement psychosocial et de l’environnement fonctionnel de travail ? Les composantes principales de la stratégie d’intervention sont résumées dans le tableau qui suit.

	Cibles de transformation	Mécanisme d’intervention	Objets d’intervention	Stratégies RI/DO*
Cadres intermédiaires et équipe de la base	Leadership et habiletés réflexives (capacités de régulation en cours d’action) Rôle auprès des équipes	Cinq groupes mixtes de codéveloppement de sept participants Mesures de perceptions auprès du personnel des unités participantes	Amélioration continue du climat de travail Problèmes courants de fonctionnement et de gestion de personnel Relations avec les cadres supérieurs	Formation au leadership. Animation de groupes de codéveloppement Entrevues individuelles de rétroaction suite aux mesures Groupes de discussion avec employés
Cadres supérieurs	Culture et pratiques de direction : leadership et capacités managériales Rôle auprès des cadres intermédiaires	Comité d’initiatives coordonnées en réorganisation opérationnelle (CINCRO) – composé des directeurs et directeurs adjoints	Défaillances opérationnelles priorisées par le comité CINCRO (interventions à la pièce) Processus et dynamiques culturelles et communicationnelles de reproduction (récurrence) des défaillances opérationnelles de systèmes	Observation participante et rétroaction Instrumentation en <i>lean management</i> Diagnostic organisationnel Démarche « projet partagé d’entreprise » Coaching individuel

(*) Recherche intervention / Développement organisationnel

Mise en contexte et problématique

1. Contexte du réseau sociosanitaire québécois

Les données officielles les plus récentes du Ministère de la Santé et de services sociaux du Québec concernant les ressources humaines¹ permettent de comparer l'évolution, entre 1998 et 2008, du nombre de postes, du nombre d'heures supplémentaires travaillées et des coûts en salaires pour l'ensemble de l'effectif (toutes catégories de personnel confondues), avec l'évolution du nombre de lits disponibles au sein du réseau sociosanitaire du Québec (toutes catégories d'établissements confondues). Cette comparaison met en évidence une certaine « disproportion » entre l'évolution du nombre de lits disponibles et du nombre total de postes d'une part et, d'autre part, l'évolution du temps supplémentaire requis pour livrer les services et les coûts en salaires. Alors que le nombre de lits disponibles a quelque peu diminué (- 5 %) pour passer de 2,84/1000 habitants en 1998 à 2,66/1000 habitants en 2008, et que le nombre de postes au sein du réseau n'a augmenté que de 15 % en dix ans, le nombre d'heures supplémentaires a augmenté de 217 % et les coûts en salaire, de 57 %. Comment expliquer cette disproportion entre l'évolution de l'offre de services et les ressources requises pour en assurer la livraison?

Est-ce que cette augmentation du temps supplémentaire s'explique par la pénurie de main-d'œuvre? L'alourdissement des cas dû au vieillissement de la population ? Le manque de ressources ? L'absentéisme engendré par l'épuisement ? Si c'est le cas, on devrait observer que la disproportion mise en évidence plus haut est principalement attribuable au personnel soignant. Or, on observe dans toutes les catégories d'emploi des augmentations importantes et disproportionnées par rapport à l'évolution de l'offre de lits et de la structure de postes, du nombre d'heures supplémentaires : 228 % chez les professionnels, 658 % chez les infirmières bachelières, 126 % chez les infirmières, 146 % chez les techniciens, 439 % chez les assistants techniciens, 163 % chez les employés de bureau et 113 % chez le personnel auxiliaire. Il semble donc permis de soulever la problématique de la « performance organisationnelle » des établissements du réseau comme source possible d'explication.

Par exemple, Tucker^{2 3 4} montre que les « défaillances opérationnelles de systèmes » – soit les perturbations ou les erreurs dans la fourniture des services et des ressources diagnostiques, thérapeutiques, techniques ou administratifs nécessaires au bon fonctionnement des unités de soins – obligent chaque infirmière à chaque quart de travail à consacrer entre 32 et 42 minutes de son temps à compenser les défaillances opérationnelles de systèmes, c'est-à-dire à accomplir un travail pour lequel d'autres employés sont rémunérés. Par ailleurs, les infirmières observées par l'équipe de Tucker pendant des quarts de travail complets font environ 45 minutes de travail supplémentaire non rémunéré. Ces défaillances de systèmes sont, de façon pratique, des problèmes de performance organisationnelle.

Un rapport récent du Conseil canadien de la santé et intitulé « La valorisation de l'argent : renforcer le système canadien de santé »⁵ fournit des indications qui vont dans le même sens. On apprend dans ce rapport que les coûts du système de santé canadien, soit les coûts pour les hôpitaux (28 %), les médicaments (18 %), les médecins (13 %), les autres professionnels (11 %), les dépenses de capital (4 %) et les autres dépenses (26%), ont doublé en 10 ans et sont passées de 84 milliards en 1998 à 172 milliards en 2007.

L'intérêt de l'analyse qui est présentée dans ce rapport au regard de la question de la performance organisationnelle provient du fait que, contrairement au discours ambiant qui tend généralement à pointer le vieillissement de la population et les coûts des médicaments comme les facteurs principaux de l'augmentation des coûts totaux du système de santé, ce rapport expose une répartition de l'augmentation des coûts qui permet d'établir les proportions suivantes : 10 % seulement de l'augmentation s'explique par le vieillissement de la population, 15 % par la croissance démographique, 25 % par l'inflation économique générale et 50 % par une utilisation accrue des services.

Qui plus est, et toujours selon le même rapport, cette « utilisation accrue des services » comporte, en terme de source de coûts supplémentaires, les catégories suivantes : « plus grande utilisation des services, davantage d'ordonnances (18 % des coûts totaux du système), hausse des coûts de soins de santé (comme les salaires et les paiements aux prestataires) supérieure à l'inflation générale » (page 27). Cette information tend à confirmer l'analyse présentée plus haut à partir des statistiques fournies par le gouvernement du Québec : pour une offre de lits qui a légèrement diminuée en 10 ans et pour un accroissement du nombre total de postes de l'ordre de 15 %, les coûts en salaires sont près de 60 % plus élevés.

Sur cette base, nous suggérons que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec souffrent à la fois d'un problème de « sous-performance » et d'un problème de « pénurie », lesquels se traduisent dans la réalité quotidienne par une certaine « dysorganisation », pour emprunter à Robert Holcman, un chercheur rattaché au Conservatoire des arts et des métiers de Paris¹, une expression qu'il a créée pour décrire l'une de ses conclusions à propos de la performance des organisations hospitalières en France.

D'ailleurs, au Québec, les résultats d'un sondage récent CROP-AQESSS² permettent d'appuyer la thèse de cette « dysorganisation » comme l'un des facteurs explicatifs des difficultés d'attraction et de maintien en poste de l'effectif dans les établissements de santé. En effet, l'essentiel des résultats de ce sondage se résume comme suit : les employés du réseau aiment leur travail, éprouvent un sentiment de fierté d'appartenance et se sentent utiles. Par contre, ils se

1 Le site internet de ce chercheur contient notamment toutes ses publications et bibliographies en liens avec ses travaux au sujet du système de santé français. Voir : (<http://www.robertholcman.net/index.php?pages/Accueil>).

2 Paru dans la revue SYNERGIE de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux du Québec, Juin 2009.

disent surchargés – on peut le comprendre, avec 217 % d'augmentation des heures supplémentaires en 10 ans ! – et pointent l'organisation déficiente du travail, ainsi que la non-participation aux décisions, comme leurs principales sources d'insatisfaction. Ces résultats vont exactement dans le même sens que les résultats de recherche du CRISO (www.criso.ca) au sujet du climat psychologique réalisée au sein d'une vingtaine d'établissements du réseau qui nous ont retourné quelques 35 000 questionnaires complétés.

2. Contexte organisationnel

L'établissement où se réalise le présent programme REISS adhère entièrement à l'objectif suivant : il est impératif d'assurer la qualité des milieux de travail de manière à pouvoir s'attaquer aux maladies invalidantes tout en atteignant les objectifs nationaux et mondiaux dans le domaine de la santé⁶. Dans le contexte actuel de pénurie, « il est essentiel d'améliorer le milieu de travail pour être en mesure de retenir les effectifs actuels et d'en attirer de nouveaux⁷ ». Les difficultés d'attraction et de maintien en poste de l'effectif au centre hospitalier participant (appelé le « CH » dans la suite du texte) entraînent sans surprise une instabilité dans la composition des équipes de soins. Cette instabilité se manifeste par un accroissement du pourcentage d'heures travaillées par du personnel d'agences privées (7,3 % des « heures infirmières » et 12 % des « heures infirmières auxiliaires » en moyenne au cours des trois dernières années). Cette instabilité au niveau des équipes de soins comporte des risques au regard de la sécurité/qualité des soins : « la santé, la sécurité et le bien-être des patients dépendent au premier chef de la fiabilité et de la justesse des méthodes de dotation en personnel infirmier⁸ ».

De plus, en ce concerne la sécurité et la qualité des soins, plusieurs indices laissent présager une augmentation des risques. À titre d'illustration, les infirmières auxiliaires ont dû doubler le nombre d'heures supplémentaires comparativement à l'année précédente, ce qui suit tout à fait la tendance décrite plus haut au niveau de l'ensemble du réseau. Par ailleurs, et à titre d'exemple, on constatait après la neuvième période budgétaire de 2007-2008 que le nombre d'erreurs de médication était supérieur à celles qui avaient été documentées au cours des 12 périodes de l'année précédente, et ce, dans 50 % des unités de soins de l'établissement. Enfin, des difficultés fonctionnelles récurrentes avec certains services diagnostiques, thérapeutiques et administratifs (ressources humaines, finances, etc.) constituent des enjeux cruciaux face à la qualité des soins et la satisfaction du personnel soignant.

Enfin, en termes de performance organisationnelle au plan économique, le CH participant n'échappe pas non plus à la tendance générale. En effet, on observe un dépassement budgétaire de 130 %, alors que le nombre d'heures travaillées n'est que de 2 % supérieur aux prévisions budgétaires, que le nombre de jours-patients (gestion des lits) n'est supérieur que de 5,5 % et que le pourcentage d'écart entre le coût réel et les coûts budgétés au plan des médicaments ainsi que des fournitures médicales et chirurgicales n'a aucune mesure avec le dépassement budgétaire

total. Comment expliquer que le double des ressources budgétaires prévues soit nécessaire pour livrer une offre de services relativement comparable à celle qui avait été prévue en même temps qu'avait été estimé le budget requis pour la livrer ?

3. Thème central du programme : objet de recherche

Ce contexte réseau et organisationnel du CH participant permet de mieux comprendre les raisons sous-jacentes au thème central du programme, soit la « transformation organisationnelle d'un établissement hospitalier universitaire ultra spécialisé de grande taille ». Pour prendre appui sur ce que disait Aristote à l'effet que tout ce qui est vivant est le résultat de la dialectique entre la « matière en mouvement » et la « forme stabilisée » ou encore, entre ce que les « structurationnistes » appellent maintenant « l'organisé » et « l'organisant », « l'institué » et l'instituant »⁹¹⁰, il importe de décrire les caractéristiques distinctives de la « forme organisationnelle stabilisée » que représente cet établissement hospitalier universitaire ultra spécialisé de grande taille, avant de présenter les caractéristiques distinctives du type de changement intentionnel auquel réfère l'expression « transformation organisationnelle ».

3.1 Un établissement hospitalier universitaire ultra spécialisé de grande taille

L'organisation hospitalière a plusieurs caractéristiques distinctives qui influencent grandement ses capacités de transformation en mode de changement intentionnel, notamment le fait qu'il s'agit d'un des types d'organisations les plus complexes qui soient : « ...*health care is one of the most complex systems known to contemporary society. Hospitals, in particular, are extraordinarily complicated organizations* »¹¹. Cette complexité des établissements hospitaliers publics s'enracine principalement dans la composition de sa « carte des acteurs ». En effet, au sein d'un tel établissement, les rôles stratégiques décisionnels sont partagés entre une multitude d'acteurs situés à différents niveaux du système. Les objectifs des différents groupes d'acteurs sont divergents et le pouvoir est diffus¹². Les travaux de Glouberman et Mintzberg¹¹ sont éclairants à ce sujet. Ceux-ci distinguent quatre groupes d'acteurs selon deux critères d'appartenance : (1) sont-ils « près » ou « loin » des opérations cliniques et (2) sont-ils « en dedans » ou « en dehors » de l'hôpital ?

Ainsi, les Conseils d'administration qui représentent la population desservie par l'hôpital sont « loin et en dehors » et le directeur général et ses gestionnaires, qui représentent l'état et ont la responsabilité du contrôle budgétaire, sont « loin et en dedans ». Ces deux groupes entretiennent des relations asymétriques de pouvoir et le CA représente l'instance suprême au niveau local. « Près » des activités cliniques, on retrouve les médecins qui sont « en dehors », et le personnel infirmier, qui est « en dedans ». Ces deux groupes ont aussi entre eux des relations asymétriques de pouvoir au sens où les médecins ont en principe le dernier mot sur les décisions d'ordre

clinique. Vu sous cet angle, on constate que les deux groupes « en dehors » détiennent une autorité formelle sur leurs vis-à-vis « en dedans », d'où l'affirmation : les hôpitaux sont des organisations « *externally driven* ». Plus précisément, les « lignes de clivage » dans un tel système se décrivent comme suit :

“This system tends to rupture along two lines. A *horizontal cleavage* separates those who operate clinically, down into the system, from those who work up and out of it. This cleavage creates the “great divide” in health care. Below are those who respond to professional requirements as well as technological imperatives, while above are those sensitive to the need for fiscal control. A *vertical cleavage* separates those intimately connected to the institution, the nurses and the managers, from those involved but not so formally committed, the doctors and the trustees”¹¹.

En conséquence, l'évolution des modes d'interaction et d'exercice du pouvoir entre deux les grandes structures parallèles, soit la structure médicale d'une part, « en dehors », et la structure administrative, de soins et de soutien d'autre part, « en dedans », est certainement un facteur clé de réussite ou d'échec de tout effort de transformation organisationnelle au sein d'un établissement hospitalier. Pour ce faire, chaque partie doit avoir la volonté de s'engager dans une démarche « d'ajustement mutuel », ce qui est, pour Glouberman et Mintzberg, la principale voie d'intégration et de coordination des intérêts de chacun des groupes évoluant dans un système complexe tel un établissement hospitalier. Cela signifie que les médecins et leurs instances de représentations doivent trouver un intérêt à s'investir dans une démarche de changement organisationnel qui peut affecter leurs pratiques et leurs modes de fonctionnement. Tel que mentionné par Holcman :

« Le fonctionnement des hôpitaux est handicapé par la lutte de pouvoir qui oppose désormais l'organisation soignante et l'organisation dirigeante, sur la base d'une opposition de légitimités, elles-mêmes adossées à deux cultures diamétralement différentes : celle du temporel et celle de l'intemporel »¹³.

Quel pourrait être l'intérêt des médecins par rapport aux objectifs de changements liés à la création d'environnements sains et performants ? Est-ce que le statut quo au plan de la performance hospitalière peut, par ailleurs, être source de bénéfices secondaires pour les médecins qui doivent à la fois œuvrer à l'hôpital, à l'université et à leur clinique ? Par exemple, Holcman propose une analyse critique d'un phénomène qu'il nomme la « dysorganisation ¹⁴ ». Ses travaux de recherche dans les hôpitaux français le conduisent à suggérer que la dynamique des relations de pouvoir entre les « acteurs soignants » et les « acteurs administratifs » serait surdéterminée par la volonté des premiers de « contrebalancer » le discours de prédictibilité et de contrôle des ressources des seconds. Pour ce faire, les acteurs soignants présentent un discours et des pratiques caractérisés par l'imprévisibilité et le manque illimité de ressources, d'où l'hypothèse selon laquelle la « dysorganisation » et donc, les problèmes de sous-performance de l'organisation hospitalière, serait un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs. Un autre point soulevé par Holcman qui est d'intérêt ici concerne le pouvoir réel des administrateurs

d'hôpitaux.

« Facteur aggravant, l'hôpital est une institution extrêmement difficile à diriger, bien plus que toute autre structure de travail. Que le lecteur essaie d'imaginer une fabrique de boulons dont le recrutement des ingénieurs se ferait par cooptation sans demander ou presque l'avis du chef d'entreprise, où les collaborateurs des ingénieurs seraient nommés par le chef d'entreprise sans recueillir ou presque l'avis de ceux censés les diriger, où le niveau de la production et les outils utilisés seraient fixés par le ministère de l'Industrie qui, au surplus, fixerait les spécifications auxquelles devraient répondre les boulons fabriqués. La direction d'une telle entreprise serait passablement compliquée. Or l'hôpital affronte davantage encore de facteurs d'inertie dont les plus marquants sont le manque d'autonomie, l'impuissance du management, la surabondance d'instances de décision et l'absence des médecins des équipes de direction »¹³.

La dimension politique de l'organisation hospitalière a principalement été introduite jusqu'à présent en évoquant les principales dynamiques qui caractérisent les relations de pouvoir. Toutefois, une conception plus complète de l'organisation hospitalière oblige à la concevoir non seulement comme une « arène politique », mais aussi comme une « machine », un « organisme vivant », un « cerveau » et une « culture »¹⁵.

Vu sous l'angle de la métaphore de la « machine », l'organisation hospitalière apparaît d'une part comme un système sociotechnique de diagnostic, de soins et de traitement, dominé par la technologie, qui a plusieurs traits en commun avec l'organisation taylorienne « en silo ». Des chaînes de processus rattachent, souvent de façon inefficace, chaque silo. Certains sont linéaires, d'autres itératifs. Certains sont séquentiels et d'autres se déroulent en parallèle. Ces processus en silo structurent la trajectoire d'un patient entre l'arrivée à la salle des urgences, le séjour à l'unité de soins, l'obtention du congé et le départ de l'hôpital. D'autre part, l'hôpital vu comme une machine apparaît comme une structure hiérarchique de commandement. On le voit alors comme une structure de postes et de fonctions composée de gens qui poursuivent des buts intentionnels. La structure de l'organisation semble donc le résultat d'une subdivision de l'objectif global en sous-tâches et d'une intégration de ces sous-tâches au moyen d'une structure hiérarchique de supervision.

Ce qui conduit à dire qu'en plus de ce côté « machine », l'hôpital est aussi un « organisme vivant » au sens darwinien du terme. Soumise à de multiples contraintes environnementales d'adaptation et de transformation, elle doit se développer et croître selon deux processus fondamentaux : la différenciation et l'intégration de ses fonctions. Dans le cas du CH participant, le fait d'être un hôpital universitaire ultra spécialisé induit une forte tendance à la différenciation des fonctions et donc, une accentuation des « forces de dispersion » au détriment des fonctions d'intégration, ce qui est le propre d'un système complexe adaptatif où les points de contrôle sont dispersés et décentralisés.

En effet, l'hôpital universitaire ultra spécialisé de grande taille est un « système complexe

adaptatif ¹⁶ », c'est-à-dire un système imprévisible, non linéaire et caractérisé par de multiples réseaux d'interactions qui produisent de l'ordre et du désordre. C'est une organisation complexe au sens où elle est diversifiée et constituée d'une multitude d'agents inter reliés, et adaptative au sens où elle capable de changer et d'apprendre à partir de son expérience. Holland définit ainsi un système complexe adaptatif :

« Un réseau dynamique composé de plusieurs agents qui agissent en parallèle, agissant et réagissant constamment à ce que les autres agents font. Le contrôle dans un système complexe adaptatif tend à être grandement dispersé et décentralisé. La source première des comportements cohérents du système réside dans la compétition et la coopération entre les agents eux-mêmes. Le comportement d'ensemble du système est le résultat d'un très grand nombre de décisions prises simultanément à chaque instant par plusieurs agents¹⁷ » (traduction libre).

La métaphore du « cerveau » complète donc la précédente : l'hôpital est un ensemble de systèmes de traitement de l'information, de communication et de prise de décisions, susceptible d'apprendre, dans un contexte de « rationalité limitée ¹⁸ ». En effet, les capacités réduites d'apprentissage au sein des organisations se manifestent habituellement aux trois niveaux suivants : (1) anticiper les changements structurants à venir dans l'environnement, (2) remettre en question les valeurs, les principes organisateurs fondamentaux et les normes opérationnelles historiques, c'est-à-dire les *patterns* d'interaction et (3) encourager les « organisations émergentes ». De ce point de vue, l'organisation hospitalière apparaît maintenant comme un réseau de communication dans lequel les gens et les sous-unités transforment de manière récurrente des ressources et de l'information. Ainsi, la structure de l'organisation est le résultat de régularités dans le temps de *patterns* d'interaction entre les membres de l'organisation. Dans le langage fonctionnaliste plus traditionnel, ces *patterns* d'interaction sont appelés « culture organisationnelle », ce qui nous amène à la dernière métaphore utilisée ici pour décrire la « partie stabilisée » de notre objet de recherche.

Vu comme une « culture », l'hôpital apparaît comme un système d'action qui a une histoire, des traditions, des normes, des rationalités dominantes, etc. C'est une collectivité composée de plusieurs sous-groupes et de communautés de pratiques, chacune étant caractérisée par une histoire particulière et des traits culturels distincts. Cette collectivité de sous-cultures produit et reproduit dans ses interactions quotidiennes des croyances et des significations, fragmentées ou intégrées, qui sont à la base d'une grande variété de normes opérationnelles, de rituels fonctionnels, des manières préférées et régulières de voir les choses. Ces croyances et ces significations exercent une influence déterminante sur la capacité globale de l'organisation à relever de nouveaux défis et à transformer ses pratiques, au sens où la « culture » fait en sorte que plusieurs angles morts se développent et occultent des zones d'intérêt et des potentialités qui peuvent être vitales. De façon opérationnelle, la culture organisationnelle est définie ici comme un ensemble de « normes comportementales ¹⁹ » qui surdéterminent les modes d'interactions dans l'arène politique et, plus spécifiquement, le champ des possibles quant à l'adoption de

comportements compétitifs et coopératifs dans les rapports de pouvoir que les agents entretiennent entre eux dans la production, la reproduction et la transformation des environnements psychosociaux et fonctionnels de travail.

3.1 Un processus de transformation organisationnelle

Il s'agit d'accompagner ce CH dans une démarche de transformation qui permettra de stabiliser les équipes de soins et d'améliorer la sécurité et la qualité des soins, en intervenant directement auprès des leaders responsables d'assurer le développement d'environnements psychosociaux et de systèmes fonctionnels générateurs d'excellents soins de santé . En d'autres termes, le défi qui consiste à susciter et soutenir la création d'environnements de travail favorisant l'attraction et le maintien en poste de l'effectif, ne peut être relevé que si l'on résout à la fois les enjeux psychosociaux et les enjeux fonctionnels de la qualité du milieu de travail, pour ainsi créer des « environnements de travail sains et performants ».

Selon la typologie proposée par Beer et Nohria²⁰, on peut observer quatre types de changements intentionnels dans les organisations. Ils peuvent être, d'une part, anticipatoires par rapport à l'évolution du contexte externe ou en réaction et, d'autre part, incrémentaux (par étapes) ou discontinus, ce que d'autres avaient déjà distingué en décrivant les différences entre des changements de niveau I et des changements de niveau II²¹. Sur cette base, ces auteurs décrivent les caractéristiques propres à chacun des quatre types de changements possibles : ajustement et adaptation pour les changements incrémentaux ; réorientation et recréation (ou transformation) pour les changements discontinus.

Tenant compte du contexte décrit plus haut et des enjeux psychosociaux et fonctionnels liés à la création d'environnements de travail sains et performants, il est postulé ici que l'atteinte des objectifs du programme nécessite une remise en question fondamentale des modes opératoires historiques et traditionnels. Ces modes opératoires sont enracinés dans les modèles mentaux et les cultures organisationnelles et professionnelles de cet établissement centenaire, tant au niveau des pratiques administratives, de soins et de soutien qu'au niveau des pratiques médicales. Pour ce qui est du paramètre temporel de différenciation des types de changement, est-ce qu'il s'agit d'un changement anticipé ou d'un changement en réaction ? Contrairement à une entreprise privée qui risque de faire faillite si elle ne réussit pas à composer adéquatement et à temps avec l'évolution des contraintes et des opportunités de son environnement d'affaires, un hôpital ne peut pas faire faillite : tout au plus peut-il se retrouver en tutelle ou, encore, être intégré à un plus grand centre hospitalier. Pour cette raison, nous postulons que le CH peut s'engager dans une démarche de changement discontinu en adaptant un rythme qui relève à la fois des changements anticipatoires et des changements en réaction.

En prenant appui sur les travaux de Nadler, Shaw et Walton²², il est possible de décrire comme suit

les caractéristiques spécifiques d'une démarche de changement intentionnel de ce type. Ainsi, une transformation organisationnelle implique que :

- la force motrice principale du changement est l'obligation de répondre à des changements radicaux dans l'environnement (interne et externe), de même qu'à des crises de performance ;
- l'on s'engage dans une redéfinition fondamentale de la vision, de la stratégie, des valeurs et des modes opératoires en vigueur dans les principaux systèmes fonctionnels, ce qui oblige à une forme de « rupture historique » (« *frame breaking and not changes within the frame* ») par rapport à l'alignement des sept principaux éléments d'un système organisé, soit : stratégie, structure, systèmes, style/culture, compétences, GRH et valeurs partagées (selon le *7S model*^{23 24}) ;
- les cadres de direction, en collaboration avec la structure médicale, exercent un leadership de proximité (« *intimate* ») et proactif, fassent les bons choix stratégiques, soient les principaux « moteurs » et « pilotes » du changement, communiquent un sens de l'urgence à l'ensemble du personnel et des médecins, créent une nouvelle vision qui suscite la confiance, composent habilement avec les résistances et gardent l'organisation « centrée » sur la démarche de transformation, malgré la turbulence du contexte.

Sur cette base, les trois principales composantes de la définition de notre objet de recherche sont résumées ci-après.

- Un établissement hospitalier universitaire ultra spécialisé de grande taille qui fait face à l'obligation de répondre à des changements radicaux dans l'environnement interne et externe, de même qu'à des crises de performance.
- Un système complexe adaptatif, caractérisé notamment par la dispersion des points de contrôle et dont le système sociotechnique de production, la structure de rôles et de pouvoir, les possibilités de différenciation et d'intégration des fonctions, les capacités d'apprentissage et de transformation des *patterns* d'interaction, notamment les patterns de coopération et les patterns de compétition entre les agents qui assurent ou non la cohérence de l'ensemble du système, sont surdéterminés par les clivages fondamentaux issus de la composition spécifique de la « carte des acteurs hospitaliers ». On retrouve dans cette « carte des acteurs », d'une part, un clivage entre ceux qui sont soumis aux exigences professionnelles cliniques et aux impératifs de la technologie (médecins et infirmières) versus ceux dont le rôle consiste à assurer le contrôle des dépenses (représentants de la population et administrateurs) et, d'autre part, un clivage entre ceux dont la loyauté va à l'établissement (administrateurs et infirmières) et ceux dont la

loyauté va à leur corporation professionnelle (médecins) ou aux instances politiques (administrateurs et représentants de la population).

- Un établissement dont la direction a décidé de s'engager dans une démarche de changement intentionnel visant la transformation des modes opératoires historiques et traditionnels enracinés dans les modèles mentaux et les cultures organisationnelles et professionnelles, tant au niveau des pratiques administratives, de soins et de soutien qu'au niveau des pratiques médicales. Cette décision entraîne la nécessité d'une redéfinition fondamentale de la vision, des valeurs, de la stratégie et des modes opératoires en vigueur dans les principaux systèmes fonctionnels, en vue de la recréation d'environnements sains et performants générateurs d'attraction, de maintien en poste de l'effectif et d'excellents soins de santé.

Questions de recherche et de validité des connaissances produites

1. Questions de recherche intervention

Les programmes REISS visent à assurer la production de connaissances transférables, le développement des compétences et l'implantation de changements dans les pratiques individuelles et organisationnelles au sein des organismes participants. Les trois questions de recherche qui fondent la présente démarche de recherche intervention sont en liens avec ce triple objectif et découlent de la définition de notre objet de recherche.

- A) Comment le CH peut-il transformer la culture, le climat et les pratiques de management en vigueur pour accroître de façon significative le caractère attractif de son environnement psychosocial et fonctionnel et ainsi avoir un impact significatif sur la stabilisation des équipes de soins et la sécurité et la qualité des soins ?
- B) Comment évaluer l'efficacité et la durabilité de cette démarche de transformation organisationnelle, tant au niveau des ressources humaines qu'au niveau des patients ? Plus spécifiquement, quel est le rôle de l'environnement psychosocial de travail dans la prédiction de la stabilité des équipes de soins et de la sécurité/qualité des soins ?
- C) Comment évaluer la qualité et l'efficacité du processus et des stratégies d'intervention ? Comment vérifier leur impact relatif sur les transformations observées à la fin du programme ? Plus spécifiquement quelles sont les contributions d'un programme de codéveloppement des cadres intermédiaires couplé à un programme de développement de la maîtrise des défaillances opérationnelles de systèmes mené par la haute direction de

l'établissement, sur les perceptions de l'environnement psychosocial et de l'environnement fonctionnel de travail, et quelle en est la durabilité ?

2. Généralisation et validité des connaissances produites

Quelles sont les potentialités et les limites de la présente « étude de cas » au plan scientifique ? Ceci pose la question de la généralisation des résultats, tout comme celle de la position épistémologique adoptée relativement à la validité des connaissances produites.

2.1 Le problème de la généralisation des résultats d'une étude de cas

Une des difficultés principales rattachées aux études de cas est la possibilité de généraliser les conclusions^{25 26}. Deux articles récents adressent cette réserve très répandue au sujet de la généralisation de résultats obtenus par études de cas. Dans le premier, Flivbjerg²⁷ présente une série de « malentendus historiques » reliés à la critique de la recherche par étude de cas présentée par Campbell en 1975²⁸. L'un de ces « malentendus » concerne la généralisation, à savoir que les critiques de l'étude de cas ont tendance à affirmer ce qui suit : “ *one cannot generalize on the basis of an individual case; therefore, the case study cannot contribute to scientific development*²⁸ ”. Dans son argumentation, Flivbjerg avance que cette conception faisait partie du « *common wisdom* » véhiculé au sujet des études de cas à l'époque où le positivisme et le « mathématisme » constituait le paradigme dominant dans les sciences humaines et sociales. Selon cette vision conventionnelle, l'étude d'un cas n'a pas de valeur scientifique en tant que telle, car elle n'est pas liée à des hypothèses et un jugement hypothético-déductif.

Par contre, Flivbjerg fait justement remarquer que bien des découvertes scientifiques importantes, telles que celles de chercheurs classiques comme Einstein, Galilée ou Newton, ont été faites à partir d'études de cas, et non à partir d'études quantitatives sur de grands échantillons. Il argumente aussi que la généralisation, que ce soit sur la base de grands échantillons ou de simples cas, est largement surévaluée comme étant la principale source de progrès scientifique. En effet, qu'un savoir ne puisse pas être formellement généralisable n'exclut pas la possibilité qu'il soit progressivement accumulé au bénéfice d'une communauté donnée. Cette perspective correspond au principe scientifique d'accumulation des connaissances. De ce point de vue, l'analyse de cas est une méthode qui permet de développer une compréhension plus complexe de « l'action en cours » et de produire de nouvelles connaissances à partir de données probantes issues de l'analyse rigoureuse d'un seul cas.

“One can often generalize on the basis of a single case, and the case study may be central to scientific development via generalization as supplement or alternative to other methods. But formal generalization is overvalued as a source of scientific development,

whereas “the force of example” is underestimated”²⁷.

C’est dans cette perspective de généralisation de « pratiques exemplaires » que nous abordons les questions recherche présentées plus haut, selon les critères de validé des connaissances propres à l’approche clinique en sciences humaines.

2.2 L’approche clinique de la recherche intervention et le problème de la validité des connaissances produites

Le but de l’approche clinique de la recherche intervention^{29 30 31 32} dans les systèmes organisés consiste à « saisir le mieux possible la complexité des éléments et des facteurs à l’œuvre dans une situation sociohistorique unique, ainsi qu’à rejoindre une structure de significations susceptible d’être à l’œuvre aussi dans d’autres situations »³³. L’analyse clinique sert à « décrire des cas singuliers pour les comprendre et les expliquer, ce qui consiste à rattacher les conduites de l’individu à ses propres normes et régularités »³⁴. Les questions de recherche sont formulées dans cette perspective et se fondent sur la dualité des objectifs de la recherche intervention selon McKay et Marshall³⁵, soit contribuer au développement d’un meilleur savoir-faire face au problème des praticiens et contribuer à comprendre et à expliquer cette situation d’action.

D’une part, au plan de l’intervention, la mise en œuvre d’un processus de développement organisationnel (DO) se situant dans la perspective proposée par Waclawski et Church³⁶ est requise pour y parvenir : “*OD is driven by a value-based, systemic mind-set using action research methods for organizational improvement*”. D’autre part, au plan de la recherche, il est nécessaire selon nous de croiser les méthodes liées à ce que Langley³⁷ nomme le « *modèle de la variance* » avec les méthodes liées au « *modèle du processus* ». Cette distinction est aussi proposée par Ragin^{38 39} à propos des méthodes de recherche centrées sur les variables versus les méthodes centrées sur les cas. Les premières visent à tirer des conclusions sur un grand échantillon d’observations et à inférer ces conclusions à une population plus grande. Notre stratégie d’évaluation d’impacts s’appuie pour une large partie sur le *modèle de la variance*. Les variables indépendantes, médiatrices/modératrices et dépendantes retenues dans le cadre de ce programme de recherche sont présentées à la section suivante. Les méthodes centrées sur le *modèle du processus* visent à développer une compréhension plus approfondie des dynamiques en jeux dans des cas particuliers d’action. Il s’agira donc de procéder aux analyses quantitatives et qualitatives requises à la compréhension approfondie des questions de recherche.

Cette position méthodologique pose le problème de « l’isolement » de l’effet des interventions (variables indépendantes) qui auront été réalisées au sein du CH participant sur les changements qui seront observés au niveau des variables dépendantes, de l’effet d’autres « variables » pouvant expliquer en partie ou en totalité la nature, l’intensité, l’amplitude et la durabilité de ces changements. Autrement dit, comment étudier le changement organisationnel d’une façon qui

soit la moins réductrice possible ?

Les travaux de recherche récents au sujet du changement organisationnel intentionnel fournissent les outils conceptuels requis pour répondre à cette question. Armenakis et Bedeian⁴⁰ présentent une revue de documentation éclairante au sujet des théories et des recherches produites au cours des années 90 à propos du changement intentionnel dans les organisations de travail. Ils organisent la documentation en quatre catégories : les travaux portant sur les contenus, le contexte, les processus et les critères d'évaluation. Ils concluent leur article en soumettant que les prochaines études devraient considérer en interaction les contenus, les contextes et les processus de changement pour mieux comprendre les facteurs de réussite et d'échecs d'une démarche de changement.

Au niveau des contenus, ces auteurs rapportent un intérêt marqué pour l'étude des facteurs psychologiques (ex. : engagement envers l'organisation, climat de travail, etc.) et organisationnels (leadership, culture, mission, stratégie, etc.) qui affectent la motivation, la performance des équipes de travail et l'adoption de nouveaux comportements en fonction de l'évolution des pressions internes et externes. Ces contenus privilégiés sont en relation avec les critères d'évaluation du changement les plus souvent étudiés au cours des dernières décennies. Après avoir longtemps utilisé presque exclusivement des critères de type économique comme la rentabilité, les parts de marché, etc., on remarque une tendance à considérer aussi des critères affectifs comme l'engagement envers l'organisation, la santé psychologique au travail, ou des critères comportementaux tel le degré d'adoption des comportements désirés (ex. : rendement individuel, qualité) pour que les changements stratégiques s'opèrent. Le présent programme de recherche intervention s'inscrit de plain-pied dans cette perspective, tant au niveau des variables indépendantes qu'au niveau des variables médiatrices/modératrices et des variables dépendantes.

Les résultats de la revue de Armenakis et Bedeian⁴⁰ permettent d'affirmer que l'analyse du changement organisationnel doit rendre compte du degré de cohérence entre le contenu du changement (dans notre cas le développement d'un environnement psychosocial et fonctionnel sain et performant), le contexte (un établissement aux prises avec des problèmes de pénuries et des crises de performance, évoluant dans un contexte politique, économique, social, technologique, etc.) et le processus d'implantation (une démarche de recherche intervention selon la tradition DO de la recherche action - voir section « stratégie d'intervention »).

En fait, la nécessité d'arrimer contenus-contextes-processus dans l'analyse du changement organisationnel s'appuie sur l'état des recherches récentes à ce sujet : (1) le changement n'a rien de générique et doit donc être hautement contextualisé^{41,42} ; (2) analyser le changement revient à analyser la capacité de l'organisation à changer⁴³, non seulement au sommet, mais à tous les niveaux de l'organisation, de manière à apprécier la façon dont tous les acteurs s'approprient le changement en fonction de leur réalité vécue dans l'organisation⁴² et (3) le changement se gère

dans la turbulence (visions différentes, intérêts incompatibles, enjeux difficilement conciliables), c'est-à-dire que l'on observe « un va-et-vient entre l'intention stratégique et l'opérationnalisation », ce qui donne lieu, « pêle-mêle », à une foule d'activités résultant d'initiatives de tous les acteurs concernés par le changement⁴⁴.

Ainsi, en plus de l'utilisation de variables de contrôle liées à la charge de travail du personnel infirmier et aux patients (présentées à la section suivante), c'est l'analyse croisée des contenus-contextes-processus du changement qui sert, non pas à « isoler l'effet » d'une intervention sur les variables dépendantes, mais plutôt à prendre en compte dans l'interprétation des conditions et des conséquences de l'action étudiée, l'ensemble des éléments susceptibles d'avoir influencé les résultats et donc, d'établir avec suffisamment de précision le poids relatif de chacun de ces éléments dans l'explication finale.

Pour ce qui est de la question de la validité des connaissances produites, rappelons d'abord que les méthodes de recherche liées au « *modèle de la variance* » sont essentiellement quantitatives et servent à produire des explications causales, c'est-à-dire à découvrir les facteurs, les causes, les structures pouvant expliquer les phénomènes observés. L'objectif consiste à mettre au jour des régularités et l'objectivité est le principal critère de rigueur méthodologique. Les méthodes liées au « *modèle du processus* » sont quant à elles essentiellement qualitatives, mais pas uniquement, et visent à rendre le phénomène étudié compréhensible⁴⁵. Selon cette perspective, il s'agit de comprendre et d'interpréter l'univers des significations produites par des acteurs sociohistoriquement situés³³. L'objectif est le changement et l'intersubjectivité devient alors le principal critère de rigueur méthodologique.

Comme le précise Giddens au sujet du doute méthodique et de la justification comme critère de validité des connaissances :

« Les connaissances affirmées sont des produits humains et on ne peut les élever au statut de loi divine ; leur autorité dépend totalement des efforts humains qui sont déployés pour les justifier. Or, pour ce qui est de la connaissance, le principe qui guide la prétention à l'autorité n'est pas l'accumulation de certitudes, mais bien le doute méthodique. Sur le plan logique, tout est subordonné au doute, y compris les assertions relatives à la centralité du doute. (...). L'exercice du doute méthodique suppose une argumentation, un examen systématique des matériaux qui fondent la démonstration et une évaluation de la qualité de l'inférence. En conséquence, il suppose aussi l'existence de conditions sociales qui rendent possible la quête de la « force du meilleur argument »⁴⁶

Cette conception de la validité des connaissances produites implique que les chercheurs et les partenaires décideurs s'engagent mutuellement dans une synthèse culturelle des logiques scientifiques et pratiques. Dans ce contexte, la co-construction des connaissances⁴⁷ va avec la déhiérarchisation des savoirs, ce qui implique la reconnaissance de la complémentarité des logiques

inhérentes aux différentes formes de savoirs. Ceci entraîne que la communication entre les chercheurs et les partenaires décideurs doit être conçue, de parts et d'autres, comme un processus multisubjectif de production de sens et de construction identitaire, plutôt qu'un processus d'information. Cela implique aussi que le style privilégié d'échange est la narration, ou le dialogue, plutôt que l'argumentation. De même, les mécanismes et les pratiques de participation des partenaires décideurs et des chercheurs au processus décisionnel doivent rendre possible la transformation « en cours d'action » du processus de recherche intervention, plutôt que seulement la conformité au plan établi, la contribution à la réflexion ou le questionnement modéré des propositions ou des conclusions⁴⁸.

La déconstruction de cette hiérarchie des savoirs nécessite une épistémologie pluraliste qui doit s'incarner aux phases cruciales de la recherche (demande détaillée de subvention, stratégies de changement, pilotage et régulation en continu, bilans d'étape, rapports de recherche, etc) et être alimentée par la mise en pratique par les chercheurs et les praticiens des trois niveaux de réflexion liés à la validation des connaissances produites (dialectique, critique et réflexive).

En effet, rappelons en terminant que selon Badger⁴⁹ et Waterman⁵⁰, les efforts de validation des connaissances produites doivent porter sur (1) la mise en évidence du degré de cohérence ou d'incohérence entre la théorie et la pratique lorsque l'on examine les contradictions et la complexité d'une situation (validité dialectique), (2) l'analyse des écarts entre les intentions et l'action, ainsi que des conséquences éthiques de l'action (validité critique) et (3) la reconnaissance et explicitation des sources de biais dans le processus d'interprétation du chercheur (validité réflexive).

Hypothèse générale et cadre conceptuel

Nos travaux de recherche antérieurs^{51, 52, 53} ont conduit à conceptualiser ce programme de recherche intervention en fonction de l'hypothèse générale suivante :

le développement du leadership et des capacités managériales des cadres intermédiaires et des cadres de direction d'un établissement de santé, relativement au développement d'environnements psychosociaux et fonctionnels de qualité, aura un effet positif sur la stabilité des équipes de soins et sur la sécurité et la qualité des soins.

Les 19 variables composant le modèle seront mesurées et mises en relation les unes avec les autres, aux trois temps de mesure prévus dans le programme. Les variables indépendantes sont le « leadership efficace » et les « capacités managériales ».

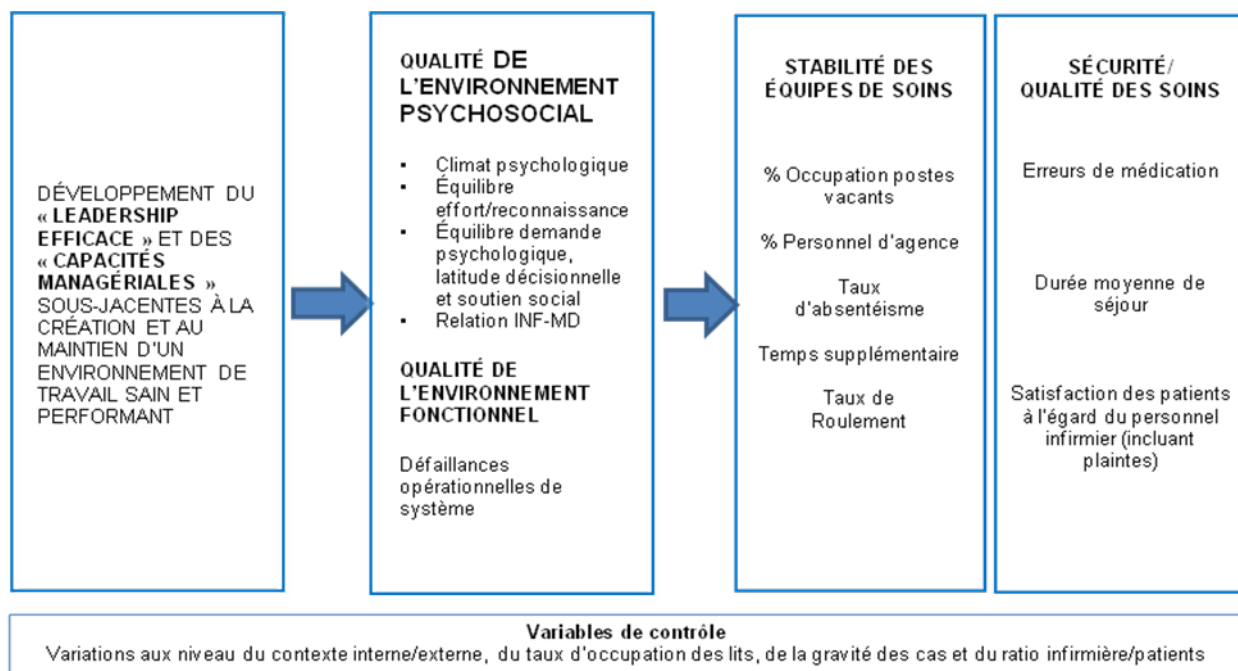
Les variables médiatrices ou modératrices sont, pour l'environnement psychosocial de travail, le

« climat psychologique », « l'équilibre effort-reconnaissance », « l'équilibre entre la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social » et la qualité des « relations infirmières-médecins ». L'environnement fonctionnel sera mesuré à partir des « défaillances opérationnelles de système ».

Les variables dépendantes sont, pour ce qui est de la stabilisation des équipes de soins, le « pourcentage d'occupation des postes vacants », le « pourcentage de personnel d'agence composant les équipes », les « taux d'absentéisme court terme », le « temps supplémentaire », et les « taux de roulement ». Pour ce qui est la sécurité et de la qualité des soins, les variables dépendantes sont les « erreurs de médication », la « durée moyenne de séjour » et la « satisfaction des patients à l'égard du personnel infirmier » (incluant une analyse des plaintes à ce niveau).

Enfin, les variables de contrôle sont l'évolution des « contraintes environnementales », le « taux d'occupation des lits », la « gravité des cas » et les « ratio infirmière/patients ».

Figure 1
Cadre conceptuel



1. Les variables indépendantes

1.1 Le « leadership efficace³ »

La recherche à propos du leadership au cours des 60 dernières années est d'une grande richesse. La revue de documentation qui suit est une revue sommaire et n'est présentée que dans le but d'étayer les fondements du modèle d'Aronson^{54,55} qui relie leadership et éthique. Une revue plus approfondie de la documentation qui fonde ce modèle sur le plan des théories du leadership devrait inclure notamment les travaux de Bass^{56,57,58,59,60}, Conger et Kanungo^{61,62}, Conger⁶³ et Yukl^{64,65,66}. Les chercheurs en comportement organisationnel ont tenté de découvrir quels étaient les traits de personnalité, les habiletés, les comportements, les sources de pouvoir et d'influence, ou les aspects d'une situation qui déterminent la capacité du leader à influencer les autres et à susciter la réalisation d'objectifs de groupe. En d'autres termes, la préoccupation centrale des chercheurs de ce domaine est liée à la question de l'efficacité des leaders⁶³.

En effet, dans la première partie du 20e siècle, la recherche sur le leadership était concentrée sur la question des « traits ». Les attributs essentiellement examinés par les chercheurs étaient les caractéristiques physiques, l'intelligence ou les traits de personnalité^{57,67}. Ces derniers ont aussi exploré comment les traits de personnalité interagissent entre eux chez les leaders efficaces. Vers la fin des années 40 cependant, l'incapacité à démontrer de façon consistante que les traits individuels étaient à la source du leadership efficace a conduit les chercheurs à mettre l'emphase sur le « style » ou les comportements. Cette approche postule essentiellement que c'est ce que le leader fait concrètement qui détermine son efficacité. Dans ce contexte, les auteurs se sont concentrés sur deux concepts fondamentaux, soit la centration sur la tâche et la centration sur les relations⁶². À la fin des années 60, un troisième point de vue émergea puisqu'à nouveau, l'angle du style ne suffisait pas à expliquer l'efficacité des leaders. On a alors postulé que c'était la situation qui faisait en sorte que tel style plutôt que tel autre style était plus approprié et plus efficace. C'est l'approche de la « contingence ».

Les principaux travaux liés à l'approche de la contingence sont ceux de Fiedler⁶⁸, lesquels ont été suivis de plusieurs modèles comme, par exemple, celui du « *path-goal theory* » de House⁶⁹ et celui du leadership situationnel de Hersey et Blanchard⁷⁰. Dans tous les cas, il s'agissait de mettre au jour les conditions situationnelles qui étaient associées au fait que l'adoption d'une approche centrée sur la tâche versus l'adoption d'une approche centrée sur les relations était plus appropriée. Un autre modèle issu de l'approche de la contingence ayant eu une influence importante est celui de Vroom et Yetton⁷¹, lequel qualifie les différentes positions qu'un leader peut adopter dans la prise de décision en les situant sur un continuum allant de directif ou

3 Nous remercions **Edward Aronson, PhD**, de nous avoir autorisés à utiliser une partie de sa thèse de doctorat pour produire la présente revue de documentation à propos du leadership.

autocratique à participatif et consultatif.

Toutefois, au cours des années 80, les limites de ces différentes approches de la contingence apparurent du fait qu'elles étaient limitées à l'étude du leadership comme un processus de supervision de petits groupes et qu'elles ignoraient l'enjeu plus global pour un leader consistant à diriger une organisation tout entière dans la construction de son futur⁶². Comme le souligne Yukl⁷² dans sa revue de littérature sur le « leadership managérial », de nouvelles tendances dans les recherches sur le leadership ont commencé à partir du début des années 80. De façon générale, il a observé que de plus en plus de chercheurs avaient tendance à s'appuyer sur une perspective théorique plus intégrée, plutôt que sur une perspective strictement situationnelle ; à analyser les processus d'influence imbriqués dans les systèmes sociaux, plutôt qu'uniquement les processus individuels ; à adopter un modèle d'analyse centré sur les processus interactifs qui se déploient dans le temps et dans l'espace au sein des systèmes sociaux, plutôt qu'un modèle unidirectionnel de causalité ; à élargir la vision humaniste traditionnelle d'une façon qui englobe les processus politiques, culturels et symboliques de construction de sens au sein des organisations. Ainsi émergea un nouveau paradigme⁶⁷ qui en a conduit plusieurs à explorer le phénomène de « leadership charismatique⁶¹ » et à le relier aux processus d'influence transactionnels et transformationnels postulés par Burns⁷³.

En résumé, la documentation scientifique au sujet du leadership suggère que les leaders organisationnels adoptent trois principales façons d'influencer les autres : (1) le mode directif d'influence, qui peut osciller entre une approche autocratique et une approche participative, se fonde sur la légitimité associée à l'autorité que confère la position hiérarchique du leadership au sein d'une structure de commandement ; (2) le mode transactionnel d'influence, impliquant essentiellement un échange de récompenses et de sanctions, se fonde sur un pouvoir de coercition et (3) le mode transformationnel d'influence, qui vise essentiellement l'habilitation psychologique et comportementale par le développement d'une vision partagée des buts et des valeurs, se fonde sur le fait que le leader est un référent au plan de l'expertise et de la production de sens.

Les travaux d'Aronson^{54,55} sur le « leadership efficace » s'inscrivent dans ce nouveau paradigme, en intégrant une perspective d'éthique, tout en conservant une position pragmatique au sujet du rôle essentiel d'un leader en milieu organisationnel : susciter l'adhésion à des objectifs de groupe. En effet, suite à une revue des théories liées à l'éthique et aux valeurs, ainsi qu'aux déterminants du leadership éthique que sont essentiellement l'altruisme et l'intégrité morale et intellectuelle, Aronson⁵⁵ a développé un modèle multifactoriel, qu'il a vérifié empiriquement. Ce modèle met en relation l'intégrité du leader, ses compétences, les effets sur les subordonnés et les styles adoptés (selon une approche situationnelle). Concernant l'intégrité du leader, Aronson a découvert dans ses recherches que l'intégrité intellectuelle – soit la tendance à agir en défendant un ensemble constant de principes ou de valeurs établis dans la poursuite d'objectifs à

l'aide de raisonnement pratique – produisait des effets plus importants chez les subordonnés que l'intégrité morale – soit la tendance à agir en défendant un ensemble de principes ou de valeurs fondées sur la considération d'autrui, l'évitement de l'injustice et un sens d'appartenance à la communauté. Sur cette base, d'une part, il a exprimé les quatre composantes clés de l'intégrité intellectuelle en compétences clés et, d'autre part, vérifié dans son étude empirique les effets de l'exercice de ces compétences sur les subordonnés. Le tableau 1 résume les dimensions essentielles du modèle d'Aronson.

Tableau 1
Intégrité intellectuelle, compétences du leader et effets sur les subordonnés

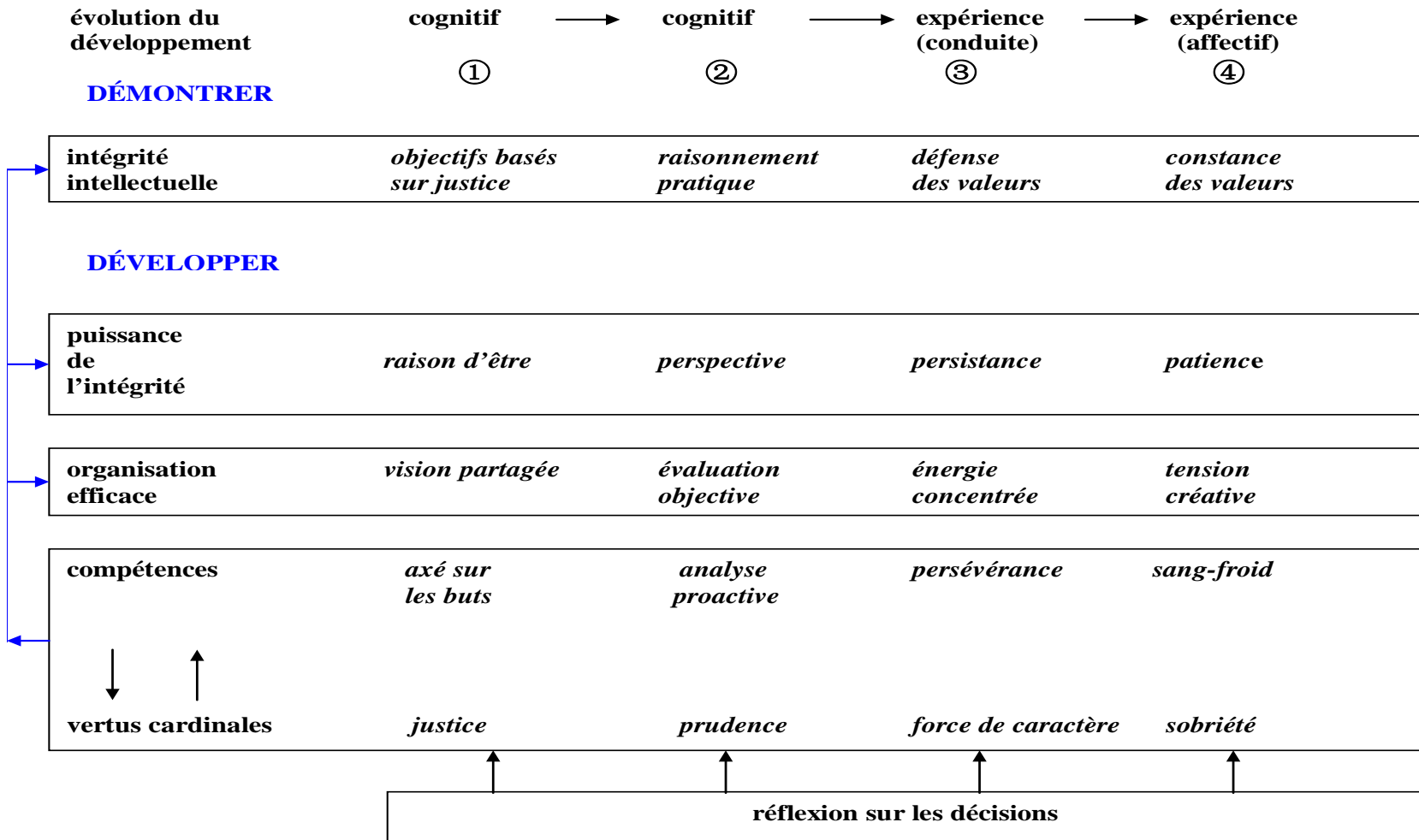
L'intégrité intellectuelle	Compétences	Effets sur les subordonnés
Valeurs fondées sur la poursuite d'objectifs	Axé sur les buts	Attitude positive à l'égard des buts de l'organisation
Valeurs fondées sur le raisonnement pratique	Proactif et analytique	Intention de travailler à la réalisation des buts
Défense des valeurs	Persévérance	Satisfaction au travail
Constance des valeurs	Sang froid	Engagement envers le leader

Enfin, au plan des styles de leadership, le modèle d'Aronson demeure un modèle situationnel et inclue les styles directifs, transactionnels et transformationnels brièvement introduit plus haut. Il ajoute cependant deux autres attributs, soit le charisme (caractère visionnaire, inspirant, passionné du leader) et l'ouverture du leader à prendre des risques personnels pour le bien de l'organisation. Ce qui signifie que le style de leadership comme tel, qu'il soit directif, transactionnel ou transformationnel n'a pas de caractère éthique. Comme le précise Aronson⁵⁴ :

“It is therefore postulated that transformational, transactional, and directive leadership are not inherently associated with different levels of morality, but are simply distinct leadership styles based on different modes of influencing others. *The ethical nature of each leadership style is not dependent upon the style itself, but determined more by the ethicality of the leader*”.

C'est donc sur la base de ce modèle de « leadership efficace » qu'une partie du programme d'intervention est fondé. La figure 2 présentée ci-après montre bien comment Aronson s'inscrit dans une perspective théorique plus intégrée qui élargie la vision humaniste traditionnelle d'une façon qui englobe les processus de développement individuel et organisationnel.

Figure 2
 Le modèle de développement du « leadership efficace »
 (© 2009 Edward Aronson)



1.2 Les « capacités managériales »

Si la première variable indépendante porte sur l'efficacité des leaders du point de leur capacité à susciter chez leur personnel une attitude positive à l'égard des buts de l'organisation, l'intention de travailler à la réalisation des buts, la satisfaction au travail et l'engagement envers le leader, la seconde variable indépendante, soit les « capacités managériales » réfèrent à leurs compétences en terme de direction de grande organisation. La première variable représente donc le côté plus « *soft* » du management et la seconde, le côté plus « *hard* ». Notre hypothèse est à l'effet que la création d'environnements de travail sains et performants nécessite la combinaison des deux types de compétences.

De plus, dans le cas de la variable « capacités managériales », la tâche consiste à concevoir, mettre au point et entreprendre la validation d'une nouvelle instrumentation de mesure. En effet, un objectif de ce programme de recherche intervention consiste à mettre au point une instrumentation de mesure, de type formatif, destinée à répondre à la question suivante : qu'impliquent, du point de vue de la direction d'entreprise, la maîtrise d'un environnement de travail sain et performant et comment mesurer les progrès réalisés par une équipe de direction à cet égard ? L'instrumentation en cours d'élaboration est constituée d'un assemblage de quatre modèles théoriques tirés de la littérature scientifique reliée aux théories de l'organisation, du management et de la gestion du changement intentionnel. Ensemble, ces théories permettent de mettre en évidence les leviers essentiels à la création et au maintien d'environnements de travail sains et performants. Également, l'objectif consiste à élaborer un outil d'auto-évaluation qui comporte une dimension pédagogique pour aider les dirigeants à identifier les actions à mettre en place ou les cibles à atteindre pour parvenir à un degré supérieur de maîtrise. Les éléments essentiels de chacun des quatre modèles retenus pour élaborer cette instrumentation sont présentés dans le cadre de la présente revue de documentation.

A) L'application dans les pratiques de direction d'une philosophie de gestion éprouvée

Il existe un consensus dans la documentation scientifique relative au management à l'effet que toute direction d'entreprise qui vise l'excellence doit communiquer au personnel une philosophie de gestion qui suscite l'engagement envers la vision et la mission de l'entreprise. Dans le contexte des établissements hospitaliers, une philosophie de gestion qui a fait ses preuves au plan de l'attraction et du maintien en poste de l'effectif et donc, de la stabilisation des équipes de soins, est celle qui caractérise les « hôpitaux magnétiques ». Brunelle⁷⁴ présente une remarquable synthèse de l'évolution de ce concept depuis le début des années 80. (Nous y reviendrons plus loin dans le texte au moment de présenter la variable « relations infirmières et médecins »). Dans cet article, Brunelle montre de façon convaincante comment les caractéristiques de ces hôpitaux « où il fait bon travailler et où il fait bon se faire soigner » sont pratiquement les mêmes que les

traits organisationnels d'une « bonne entreprise ». En fait, Brunelle soutient que les hôpitaux magnétiques n'ont pas seulement la caractéristique d'attirer et de maintenir en poste leurs effectifs infirmiers : ils excellent dans tous les domaines et secteurs d'activités composant l'établissement.

(...) à la fin des années 1980, Kramer et Schmalenberg ont mené une étude qualitative visant à analyser 16 de ces hôpitaux sous l'angle des meilleures entreprises du secteur privé, hors du domaine de la santé. Les traits mis en lumière sont toujours d'actualité. Ils ont l'avantage de déborder le seul personnel infirmier. Ce sont tous les employés qui sont concernés⁷⁴.

Il s'agira donc de développer des descripteurs qui permettront de situer l'établissement au regard des sept traits suivants : (1) privilégient l'action ; (2) ont un souci concret du client ; (3) favorisent l'autonomie et le dynamisme ; (4) recherchent la productivité, mais avec l'appui des employés ; (5) sont portés par des valeurs ancrées et partagées ; (6) comptent peu de paliers hiérarchiques et (7) affichent une gestion souple et ferme à la fois.

B) L'alignement et la gestion équilibrée des facteurs-clés de l'efficacité organisationnelle

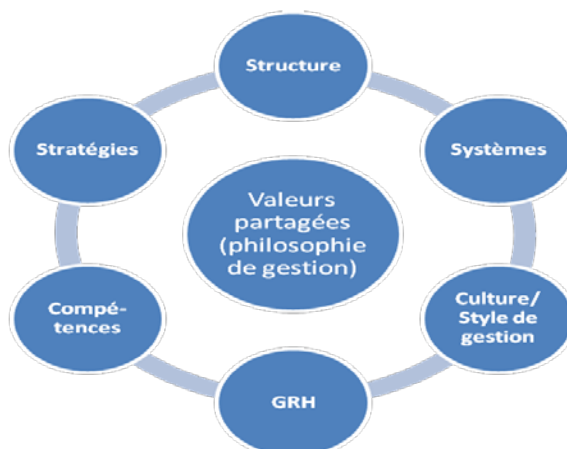
Le modèle des « 7-S » est reconnu dans la littérature en management^{75,76} pour le caractère innovateur du principe d'alignement des sept facteurs, ainsi que du principe dialectique qui est appliqué dans la pratique de chacun des facteurs. On retrouve sur un site Internet spécialisé⁴ l'information qui suit à propos de l'origine du modèle des 7-S de McKinsey.

The 7-S Framework was first mentioned in "The Art Of Japanese Management" by Richard Pascale and Anthony Athos in 1981. They had been investigating how Japanese industry had been so successful. At around the same time Tom Peters and Robert Waterman were exploring what made a company excellent. The Seven S model was born at a meeting of these four authors in 1978. It appeared also in "In Search of Excellence" by Peters and Waterman, and was taken up as a basic tool by the global management consultancy company McKinsey. Since then it is known as their 7-S model

Selon ce modèle, il est nécessaire d'assurer l'alignement et la gestion des oppositions relatives aux sept facteurs clés de l'efficacité organisationnelle que sont la stratégie, la structure, les systèmes, le style de gestion (culture - *style*) les ressources humaines (*staff*), les compétences (*skills*), et les valeurs partagées (*shared values*). Ce modèle décrit donc sept facteurs clés pour gérer une entreprise d'une façon holistique et efficiente. Ces facteurs sont interdépendants et le fait d'en négliger un peut entraîner des conséquences négatives sur les autres. De plus, leur importance relative les uns par rapport aux autres peut évoluer avec le temps. Comme le montre la figure 3, ce sont les valeurs partagées – ou la philosophie de gestion – qui constituent le facteur central d'intégration. Ces valeurs partagées doivent représenter ce que l'organisation, soit en premier lieu son équipe de direction, est prête à défendre et ce en quoi elle croit réellement.

4 http://www.12manage.com/methods_7S.html

Figure 3
Le modèle des 7-S de McKinsey



Selon le principe de dialectique introduit précédemment, la stratégie, soit le développement en continu d'intentions et d'actions visant l'adaptation à l'environnement en même temps que les prévisions d'allocation de ressources, doit en même temps être planifiée et opportuniste. *Planifiée*, la stratégie est un processus rationnel qui s'alimente aux choix antérieurs et à l'analyse contextuelle. Elle exclut généralement les opportunités et les nouvelles tendances non prévues dans le plan. *Opportuniste*, la stratégie consiste au mieux à poser des questions, à formuler des stratégies à partir de nouveau cadre de références. C'est la recherche active de nouveaux paradigmes, de nouvelles façons de définir le contexte organisationnel et d'assurer que le plan soit en fait un processus permanent de « projet partagé d'entreprise ». Ce pôle de la planification stratégique vise aussi à créer un état de préparation organisationnel qui permet d'exploiter à bon escient les opportunités imprévues qui se présentent.

La structure doit être à la fois élitiste et pluraliste. Le côté *élitiste* de la structure réfère aux groupes spécialisés qui assurent la réalisation du « *core business* » et qui disposent d'un pouvoir important et de compétences rares. Dans un hôpital, les médecins font partie de ce groupe. Lorsqu'il y a plusieurs groupes de cette nature, les enjeux de complémentarité sont critiques et doivent être traités avec soin, sinon c'est le conflit permanent. En fait, plus puissantes sont les élites d'une organisation, plus difficile sera l'intégration et la synergie. Il a été mentionné plus haut qu'un des enjeux du CH participant se situait à ce niveau. Le côté *pluraliste* de la structure représente l'ensemble des unités fonctionnelles qui sont vitales au processus de résolution de problèmes et de prises de décisions. Le défi des grandes organisations consiste à réussir l'intégration harmonieuse de ces constituantes : des élites fonctionnelles pour permettre d'atteindre l'excellence, ce qui implique qu'ils soient capables de sortir de leurs « silos » pour répondre aux changements et travailler en collaboration avec les autres unités de travail.

Quant aux systèmes, ils doivent être à la fois *procéduriers* et *discrétionnaires*. Il ne s'agit pas

seulement que des règles et des procédures, mais aussi de la façon dont se déroulent les réunions de gestion, la résolution des conflits, etc. Ils doivent permettre de mettre l'accent sur des règles clés du fonctionnement organisationnel, mais en même temps ils doivent permettre les décisions discrétionnaires et les exceptions. Les systèmes ont une grande influence sur les comportements : ils doivent faciliter l'élimination des inconsistances sans toutefois être abrutissants. Les systèmes doivent non seulement encadrer, mais aussi libérer les initiatives visant à répondre aux besoins des clients.

Le style de gestion (culture) doit pouvoir osciller entre le *transactionnel* et le *transformationnel*, selon les contextes et les enjeux. Dans le premier cas, le focus est managérial : on travaille avec ce qui est disponible, dans une approche de gestion de projet, en utilisant l'échange comme principal moyen d'influence. Dans le second cas, on vise une transformation au plan de la performance en essayant de créer un nouvel ordre des choses, selon une approche centrée sur le processus de communication et de vision partagée. L'oscillation optimale au plan du style de gestion vise notamment à équilibrer *l'individualisme* versus la *collégialité* au niveau du personnel. Ici, l'enjeu concerne l'inévitable tension créée par les individus ou les groupes qui ont naturellement tendance à généraliser leur point de vue et à percevoir les autres groupes de l'organisation comme des adversaires. Le but consiste à créer un environnement dans lequel les individus et les groupes se sentent à la fois autonomes et interdépendants. Cette dimension concerne au premier chef la construction sociale de la réalité et la gestion de l'équilibre précaire entre ces deux tendances constitue un enjeu important dans un établissement universitaire ultra spécialisé de grande taille.

Les compétences sont en fin de compte ce qui différencie et distingue une organisation des autres. Cependant, peu d'entre elles actualisent le plein potentiel que comporte le fait de posséder des compétences uniques. Ici, la question centrale qui doit guider les dirigeants peut se formuler comme suit : devenir meilleur dans ce dans quoi nous excellons déjà, ce qui consiste à *maximiser* les compétences OU développer un niveau supérieur de capacité qui va au-delà de nos limites actuelles (*métamiser*) ?

Enfin, les valeurs partagées constituent selon le modèle des 7-S le facteur d'intégration. C'est ce qui donne sens et relie entre eux les autres facteurs. Dans ce cas-ci, c'est l'équilibre entre la *rationalité économique* et *l'idéalisme*, entre les orientations « zéro déficit » et le contrôle des dépenses à tout prix pour assurer le maintien de l'autonomie de l'établissement d'une part et d'autre part, les valeurs humanistes que l'on retrouve généralement dans les établissements hospitaliers. Ces valeurs partagées deviennent une source de régulation des comportements que dans les cas où elles émergent d'un processus de communication de type « *top-down/bottom-up* », tel les démarches de « projet partagé d'entreprise⁷⁷ ».

Il importe aussi de préciser que les dirigeants doivent être en mesure d'assurer une « tension

optimale » entre l'*organisation prescrite* (discours sur les valeurs, les buts et la stratégie) et l'*organisation réelle* (structures, systèmes, technologies, compétences)⁷⁸. Il est d'ailleurs reconnu qu'un écart trop grand entre le « travail prescrit » et le « travail réel⁷⁹ » occasionne des problèmes de santé physique et mentale au travail ce qui, à nouveau, montre comment « environnement sain » et « environnement performant » vont de pairs.

Il s'agira donc de développer une série de descripteurs qui permettra de qualifier les différentes pratiques de l'équipe de direction du CH participant au regard de la gestion de chacun et de l'ensemble de ces sept facteurs-clés de la performance organisationnelle. Notons en terminant que l'instrument de mesure qui sera conçu et validé au cours du présent programme de recherche est de nature perceptuelle. Cependant, il sera assorti d'une série d'indicateurs objectifs permettant d'évaluer plus objectivement la performance de l'établissement.

C) Le maintien d'un équilibre dynamique entre les enjeux organisationnels

Il a été suggéré jusqu'à présent que le développement d'un environnement de travail sain et performant nécessite l'adoption d'une philosophie de gestion éprouvée, qui doit devenir un ensemble de valeurs partagées, ainsi que l'alignement dialectique des sept facteurs clés de la l'efficacité organisationnelle selon le modèle de 7-S. Cependant, ces deux premières dimensions de l'instrumentation en développement ne fournissent pas d'indications concernant la façon d'évaluer la manière dont un établissement s'adapte à l'évolution des enjeux internes et externes avec lesquels il doit composer.

Le modèle des « enjeux organisationnels en tension » (*Competing Values Model*) est une métathéorie qui permet de développer des descripteurs à cette fin. Cette théorie a notamment servi à des études sur l'efficacité des organisations de travail, le leadership, les processus humains de traitement d'information, le changement organisationnel, la culture organisationnelle ou les processus de prise de décision⁸⁰.

Ce cadre théorique repose sur un quadrillage des enjeux organisationnels basé sur deux axes d'analyse. L'axe horizontal distingue les enjeux internes et externes de l'organisation. L'axe vertical distingue deux modalités de division et de coordination du travail, soit le contrôle (intégration, centralisation) et la flexibilité (différenciation, décentralisation). Selon ce modèle, les enjeux internes devant être gérés de façon centralisée, par le contrôle, sont « la stabilité et l'équilibre », alors que les enjeux internes devant être gérés de façon décentralisée et donc, par la flexibilité, sont « la valorisation, le développement des personnes et la cohésion des équipes ». Quant aux enjeux externes, on a « la productivité et l'efficacité » (contrôle) ainsi que « la croissance, l'acquisition des ressources et le soutien externe » (flexibilité).

Sur cette base, les auteurs mettent en évidence quatre modèles de gestion face à la question de

l'efficacité organisationnelle, soit : (1) le modèle de la rationalité des buts ; (2) le modèle hiérarchique ; (3) le modèle des relations humaines et (4) le modèle transformationnel (systèmes ouverts). La figure 4 résume les éléments essentiels de ce cadre théorique.

Figure 4
Le modèle des « enjeux organisationnels en tension »

Flexibilité	
Enjeux internes	Enjeux externes
<p>RELATIONS HUMAINES <i>Enjeux</i> : motivation et engagement envers l'organisation <i>Valeurs</i> : développement des RH, cohésion des équipes et soutien social</p>	<p>TRANSFORMATION <i>Enjeux</i> : légitimité externe, croissance et acquisition des ressources <i>Valeurs</i> : créativité, innovation, adaptation</p>
<p>HIÉRARCHIQUE <i>Enjeux</i> : alignement et coordination interne <i>Valeurs</i> : efficacité, ordre et stabilité</p>	<p>RATIONALITÉ DES BUTS <i>Enjeux</i> : compétitivité, profit, maîtrise budgétaire (public) <i>Valeurs</i> : productivité, qualité</p>
Contrôle	

Le modèle de la rationalité des buts (enjeux externes de contrôle) met l'accent sur les défis liés à la compétitivité, au profit ou à la maîtrise budgétaire. La valeur clé est la productivité de l'entreprise, laquelle est généralement associée à un leadership de type directif, orienté vers la tâche. Le modèle hiérarchique (enjeux internes de contrôle) est centré sur des valeurs d'efficacité, d'ordre et de stabilité. L'information de gestion et la communication sont les principaux moyens de ces enjeux d'alignement et de coordination interne, lesquels nécessitent généralement l'exercice d'un leadership prudent, orienté sur les procédures formelles.

Le modèle des relations humaines (enjeux internes de flexibilité) adresse les enjeux de motivation au travail et d'engagement envers l'organisation. Les principales valeurs sont le développement des ressources humaines, la cohésion des équipes et le soutien. L'exercice d'un leadership de participation, orienté vers les processus de groupe et le rôle de *coach*, est habituellement associé à ce modèle. Enfin, le modèle transformationnel (enjeux externes de flexibilité) reflète les enjeux de légitimité externe, de croissance et d'acquisition des ressources. Les valeurs de créativité, d'innovation et d'adaptation à l'évolution du contexte stratégique de l'entreprise s'incarnent généralement dans un leadership entrepreneurial orienté vers les

ressources et la créativité.

Ces modèles représentent des « idéaux types » et chaque organisation montre habituellement une combinaison particulière des quatre modèles, dépendamment de facteurs tels le secteur d'activité, l'importance de la technologie, la taille ou l'âge de l'entreprise. Cependant, il est généralement reconnu que l'atteinte d'un équilibre optimal entre ces quatre modèles de gestion est une condition de la performance organisationnelle.

Les quatre modèles constituant ce cadre théorique général sont des oppositions complémentaires au sens où ils sont enracinés dans des valeurs contradictoires ou en compétition. En fait, ignorer les valeurs liées à l'un ou l'autre des quatre modèles, c'est avoir une vue partielle de la performance. Ceci suggère que, dans le monde de l'administration, une organisation efficace doit pouvoir bien performer par rapport à chacun des quatre ensembles de valeurs⁸¹ (traduction libre).

À nouveau, des descripteurs seront élaborés pour faciliter l'auto-évaluation des partenaires décideurs au regard du degré d'équilibre qu'ils réussissent à maintenir entre ces quatre ensembles d'enjeux organisationnels en mouvement.

D) La gestion des changements complexes

La quatrième dimension de l'outil de mesure des « capacités managériales » concerne la maîtrise de la gestion de l'équilibre continuité-changement⁸² dans les systèmes complexes adaptatifs. Dans de tels systèmes, les changements se produisent « dans et par les interactions en cours » et sont très difficilement contrôlables selon l'approche traditionnelle « *top Down* ». Cette capacité consiste aussi, non pas à prévoir des stades de développement, mais bien à maintenir l'organisation dans un état permanent de préparation au changement (*organizational change readiness*^{83, 84}) qui lui permet de s'adapter rapidement aux turbulences imprévues de l'environnement externe.

Pour ce faire, les dirigeants doivent pouvoir travailler avec des buts, des plans et des structures émergentes plutôt qu'avec des buts et des plans clairs et détaillés. Enfin, dans un système complexe adaptatif où la cohérence de l'ensemble dépend de la coopération et de la compétition entre les agents, le changement est, contrairement à ce qui est généralement véhiculé dans les approches de gestion du changement fondées sur le paradigme des relations humaines, facilité par l'amplification des différences plutôt que la recherche de consensus à tout prix. Il s'agit en fait de la capacité à osciller entre le dialogue à visée consensuelle et le débat contradictoire entre des acteurs ayant des positions différentes face à un objet de changement. Dans un établissement hospitalier, ceci pose un défi culturel majeur !

De façon plus opérationnelle, une série de descripteurs permettant de qualifier le degré de

maîtrise de chacune des capacités sera produite pour permettre de mesurer cette quatrième dimension de notre variable indépendante « capacités managériales ». Nous nous fondons sur une grille qui a été présentée à l'origine dans le cadre d'une instrumentation visant à mettre en évidence les conditions de succès de l'amélioration continue du climat de travail⁸⁵. Nous y avons intégré une série d'indices, sous forme de questions, à la suite d'une revue de documentation à propos des conditions de succès des changements intentionnels dans les organisations.

a) La crédibilité et le pilotage de projet de transformation

Capacité de l'équipe de direction, avec le directeur général en tête, de poser des gestes de communication indiquant clairement au personnel qu'ils sont pleinement engagés dans un processus de transformation visant la création d'un environnement de travail sain et performant. Ainsi, a-t-on réalisé un processus de communication qui permet aux employés de ressentir un sentiment d'urgence face au changement, par exemple en discutant avec les gestionnaires et les employés concernés des crises actuelles et potentielles liées au statu quo ? A-t-on favorisé une compréhension partagée du diagnostic de la situation actuelle et de la nécessité de transformer les pratiques ? Est-ce que le besoin de changement a été clairement établi par une utilisation optimale d'analyses diversifiées qui permettent de mettre le besoin de changement en évidence : vigie auprès d'établissements semblables, sondage auprès de clients internes, besoin de réduire les coûts, etc.⁸⁶ ? A-t-on constitué un groupe de pilotage composé de leaders formels et informels ayant un important pouvoir d'influence⁸⁷, qui évalue l'évolution des forces motrices et des forces restrictives du changement pour assurer le maintien d'un équilibre favorable à la mobilisation et qui dispose des ressources humaines et financières nécessaires pour mener à terme le projet de transformation (« *slack resources*⁸⁸ »)?

b) La cohérence entre le discours des pratiques

Capacité à incarner les valeurs de qualité du milieu de travail dans les pratiques décisionnelles et les politiques mises de l'avant par la direction qui indiquent sans équivoque que la santé du milieu de travail est une valeur centrale de l'établissement. Par exemple, est-ce que des orientations stratégiques en ce sens et des mécanismes de reddition de compte ont été adoptés par le Conseil d'administration ? L'établissement procède-t-il à des démarches systématiques et régulières d'analyse de risques pour la santé physique et psychologique des individus ? Est-ce que le Comité de santé et sécurité au travail est fonctionnel, efficace et innovant ?

c) L'utilisation de données probantes

Capacité à utiliser les données probantes sur la qualité de l'environnement psychosocial et de l'environnement fonctionnel en lien avec la stabilité des équipes de soins et la sécurité/qualité pour alimenter la planification stratégique. Les résultats de l'évaluation de l'environnement psychosocial de travail sont utilisés avec d'autres données internes par le comité de direction pour établir un diagnostic organisationnel d'ensemble permettant de cibler des priorités qui seront intégrées à la planification stratégique et présentées au Conseil d'administration.

d) Un parti pris pour les communications en mode interactif

Capacité à mettre en place des modes interactifs de communication favorisant l'engagement, le dialogue à visée consensuelle et les débats contradictoires. Pratique-t-on la politique de la porte ouverte ? Du management « *by walking around* » ? Est-ce que les superviseurs sont suffisamment présents sur les lieux de travail pour fournir l'occasion aux membres du personnel d'interagir avec eux afin d'obtenir des réponses à leurs questions et résoudre les problèmes liés à leur travail ? Est-ce que les canaux de communication avec la haute direction sont clairs et à deux sens ?

e) La gestion participative à quatre vitesses, à tous les niveaux

Dans les démarches d'amélioration continue de la qualité du milieu de travail, tout comme dans la gestion des opérations courantes, les gestionnaires sont-ils engagés dans une approche participative qui comporte la circulation d'information pertinente et souhaitée des employés ? Par exemple, une telle démarche peut se faire au moyen de réunions d'information et d'échange, notamment pour donner suite aux questions et aux suggestions. Elle peut aussi prendre la forme d'une consultation des employés lorsque des décisions à prendre concernent directement leur travail, ou encore de la mise en place de mécanismes de codécision ou de délégation permettant ainsi aux membres du personnel d'exercer leur autonomie et leurs compétences dans la mise en œuvre du projet de transformation des pratiques de travail ? Cette approche participative de la gestion des équipes est-elle soutenue par la direction des ressources humaines grâce à la mise en place de processus de développement des compétences et de soutien des gestionnaires dans les démarches qu'ils veulent entreprendre avec leurs équipes ? Par ailleurs, est-ce que les relations patronales-syndicales sont généralement associatives de sorte que la démarche de transformation entreprise fait place à une participation importante des représentants syndicaux au processus. Enfin, cette gestion participative doit se produire à tous les niveaux de la structure hiérarchique de manière à assurer le déploiement en synergie d'initiatives globales et locales. Les initiatives globales doivent être prises par la direction, tandis que les initiatives locales

doivent être prises par les équipes de gestion ainsi que par les gestionnaires. Leurs équipes doivent concourir à introduire des changements concrets et visibles pour les employés et les patients.

f) La capacité des personnes concernées à faire les apprentissages requis

A-t-on une vision claire du degré d'ouverture au changement des personnes concernées dans tous les secteurs touchés afin de choisir un programme de sensibilisation approprié ? Est-ce que les leaders d'opinion sont mis à contribution⁸⁷ ? A-t-on une idée de quelle manière convaincre les résistants⁸⁹ ? A-t-on prévu une stratégie de communication appropriée ? Dans les stratégies envisagées, a-t-on pensé au besoin qu'ont les individus de périodes de consolidation afin de repenser, examiner, absorber et digérer le changement⁹⁰ ?

g) La prise en charge des objectifs au plus haut niveau de la structure et leur intégration dans les systèmes d'évaluation

Il s'agit ici de la capacité à mettre en place des mécanismes structurants des comportements organisationnels. Par exemple, la création d'un sous-comité du Conseil d'administration à qui la direction générale de l'établissement doit rendre des comptes concernant l'évolution du processus de changement ; l'inclusion dans les critères d'évaluation de la performance organisationnelle de données liées à la perception de la qualité de milieu de travail et, enfin, l'inclusion dans les critères d'évaluation du rendement des cadres des efforts consentis pour mener à terme avec leurs équipes des projets d'amélioration continue du climat de travail

h) L'alimentation de la conscience des bénéfiques du changement et la reconnaissance

Il s'agit enfin de la capacité à assurer le suivi des progrès et à communiquer les résultats de façon à ce que le personnel fasse les liens avec le diagnostic initial. Cela implique qu'il faut mettre en place des mécanismes efficaces de suivi, de mesure et de communication des progrès. Ce faisant, on s'assure de communiquer clairement les relations entre les actions et le diagnostic. L'objectif consiste à consolider les apprentissages en s'assurant que les personnes visées voient des récompenses dans le changement lui-même⁹⁰. Il faut donc s'assurer de pouvoir communiquer comment l'implication des gens dans le processus de changement est lié au succès de l'organisation. Enfin, au plan des récompenses, il faut s'assurer de la présence de récompenses intrinsèques (ex : satisfaction de progresser, de développer un nouveau langage qui facilite la communication et la recherche concertée de solutions, satisfaction de voir se résoudre des problèmes, etc.) et/ou extrinsèques (ex: rencontres en personne avec la direction générale, communiqués écrits de type « *success story* », bonus lié à l'amélioration du climat de travail).

2. Les variables de médiation/modération

2.1 L'environnement psychosocial de travail

A) Le climat psychologique

Le concept de climat de travail est apparu formellement dans les années 60, dans la foulée des recherches réalisées par Koffka⁹¹ à propos du « *behavior environment* » et de la notion de « *life space* » introduite par Lewin^{92,93}. Considérée comme une variable jouant un rôle de premier plan dans le façonnement des comportements des individus évoluant dans un contexte organisationnel donné, l'intérêt démontré dans les quarante dernières années de la part des chercheurs de l'approche psychosociale des organisations envers le concept de climat de travail a donné lieu à de multiples élaborations d'instruments de mesure de ce concept^{94,95,96,97,98}. Sa conception et les différentes opérationnalisations en découlant ont connu différents développements selon les divers courants historiques prévalant dans son étude^{97,99,100,101,102,103}.

Il existe une absence de consensus en ce qui a trait au modèle théorique expliquant le processus par lequel des individus soumis à une multitude de stimuli de leur environnement organisationnel développent une perception relativement partagée de ces stimuli et leur attribuent une signification relativement semblable¹⁰². Il s'avère également difficile d'identifier une courte liste de facteurs environnementaux susceptibles d'influencer la conduite des membres d'une organisation. Il n'est donc pas étonnant de constater dans ce domaine une pluralité d'approches et de conceptions du climat de travail^{98,101,102,104}.

On définit généralement le climat de travail comme une perception partagée qu'entretiennent les acteurs des différentes dimensions de leur environnement de travail, tels leur rôle, leur équipe immédiate de travail ou encore la façon dont ils sont traités et gérés par leur superviseur⁹⁵. Cette définition repose sur la reconnaissance de la conception perceptuelle du climat comme approche privilégiée. Quoique moins récente que les approches structurelles ou culturelles, cette conception du climat s'intéresse principalement à l'acteur et à ses réactions en regard de sa compréhension de son environnement travail.

Plus précisément, l'approche perceptuelle définit le climat de travail comme le résultat d'un processus de symbolisation selon lequel les individus retiennent de la réalité organisationnelle seulement les éléments les plus significatifs pour eux et interprètent ces situations ou événements en fonction de la signification qu'ils y attribuent (*psychological meaning*)^{105,106,107}. Sans nier l'influence des processus organisationnels dits objectifs (comme le style de gestion, les normes et procédures) et de la structure sur le processus perceptif, la conception perceptuelle postule la primauté des processus psychologiques par lesquels l'individu transforme l'interaction entre les attributs organisationnels perçus et ses propres caractéristiques individuelles en un ensemble d'attentes, d'attitudes, de comportements¹⁰². Dès lors, le climat de travail est qualifié de « climat

psychologique de travail ». Sans perception consensuelle, le climat devient une caractéristique individuelle plutôt qu'organisationnelle¹⁰¹. Ce cadre conceptuel permet par ailleurs d'étudier les conduites découlant de ces perceptions, ces dernières primant dans la prédiction des conduites humaines au travail^{108,109}.

Tel que formulé par Lewin en 1951¹¹⁰, le comportement d'un individu [C] est fonction de ses caractéristiques personnelles [P], et de son environnement [E], d'où la formule : $C = f(P \times E)$. En conséquence, les membres d'une organisation expriment leur évaluation de leur environnement de travail en adoptant des comportements stratégiques qui visent, soit à se protéger de cet environnement, soit à le promouvoir. Dépendamment de l'adéquation de ses comportements par rapport aux attentes et réalités de l'environnement, l'individu arrivera à maintenir (ou non) son efficacité et sa performance, ainsi qu'une bonne santé physique et mentale.

Les travaux de Bowers¹¹¹ et de Likert^{112,113} confirment l'effet du climat de travail sur l'efficacité au travail et la performance individuelle. Une perception positive du climat psychologique entraîne à la fois une amélioration de la satisfaction au travail, de l'engagement envers l'organisation, de la motivation et de la productivité¹¹⁴. Elle entraîne aussi une diminution de l'absentéisme, des taux de roulement^{115,116,117,118,119} et des heures supplémentaires travaillées par les infirmières^{120,121,122}. De plus, un climat de travail favorable aide les employés à mieux accepter les changements planifiés¹²³ et contribue à diminuer l'apparition de comportements antisociaux au travail¹²⁴.

Au plan des relations avec la qualité des soins, nous avons mis au jour dans une recherche antérieure une relation ($R^2 = .40$) entre la variation des taux d'erreurs de médication et les variations dans la perception de la clarté des rôles, des conflits de rôles et de la charge de travail (qui sont trois indicateurs du climat psychologique). Lors de la même étude, nous avons aussi découvert une relation entre les variations de la durée de séjour et les variations dans la perception de l'importance, de l'autonomie et des défis associés à la tâche ($R^2 = .35$), ainsi que pour la perception de la clarté des rôles, des conflits de rôles et de la charge de travail ($R^2 = .37$)¹²⁵. Ces résultats confirment l'importance du climat de travail quant à la performance des individus et à la qualité des soins et services.

B) L'équilibre effort/reconnaissance

L'équilibre effort/reconnaissance, tout comme l'équilibre entre la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social (présenté au point suivant), sont deux dimensions de l'environnement psychosocial de travail qui ont été étudiées dans le cadre de recherche portant sur la santé physique et mentale au travail. Ces variables reliées à la santé ont été incluses dans notre cadre conceptuel, d'une part parce qu'elles sont fortement reliées à la perception du climat

psychologique⁵³ et, d'autre part, parce que les conséquences de ces déséquilibres sur la santé des individus entraînent une augmentation de l'absentéisme et des taux de roulement et, par voie de conséquences, du temps supplémentaire et du recours au personnel d'agence.

En effet, le modèle de déséquilibre effort reconnaissance de Siegrist^{126,127,128,129} est reconnu pour ses capacités de prédiction des risques que comportent les milieux de travail pour la santé physique et psychologique des travailleurs. Siegrist et ses collaborateurs ont démontré qu'un déséquilibre soutenu entre l'effort requis à la réalisation de son travail – contraintes de temps, interruptions fréquentes, nombreuses responsabilités, augmentation de la charge, obligation de faire des heures supplémentaires et efforts physiques élevés – et la reconnaissance que l'individu en retire – salaire insatisfaisant, manque d'estime et de respect au travail, faible soutien et traitement injuste, insécurité d'emploi, faibles opportunités de carrières, perspectives de rétrogradation, situation de travail qui ne correspond pas à la formation – entraîne des réactions pathologiques à la fois sur le plan psychologique ou physiologique. La reconnaissance, d'un point de vue sociologique, peut-être considérée comme un élément de base des échanges sociaux basés sur la réciprocité et l'équité. Faire des efforts et remplir les critères d'une tâche permet de contribuer à un processus sociétal pour lequel la société répond sous forme de récompense. La violation de l'attente de réciprocité chez l'individu causera généralement une émotion négative persistante¹³⁰.

Ces réactions sont principalement reliées à une stimulation soutenue du système nerveux autonome, provoquée par la peur, la colère et l'irritation que ces conditions de travail provoquent. D'un point de vue physiologique, les résultats des travaux de Siegrist démontrent que le déséquilibre effort/reconnaissance entraîne un risque accru de cardiopathies ischémiques, d'hypertension artérielle, une augmentation des lipides athérogènes et du fibrinogène, une augmentation de l'indice pondéral, des problèmes de sommeil, de l'absentéisme et une probabilité accrue de divorces et de séparations. Dans le milieu de la santé, O'Brien-Pallas et ses collaborateurs indiquent que les infirmières qui présentent une perception de déséquilibre effort / reconnaissance ont 242% plus de chances de souffrir d'épuisement professionnel¹³¹.

En résumé, ces travaux de recherche soulignent de façon éloquente les liens entre les phénomènes psychosociaux au travail et le développement de plusieurs troubles ou maladies. Ils ont contribué à recadrer la tentation réductionniste consistant à attribuer les causes du problème de stress au travail et de détresse psychologique aux seules « faiblesses individuelles » et ont conduit à aborder le problème sous l'angle de l'organisation du travail. De plus, ces travaux de recherche ont contribué à la reconnaissance de nouvelles lésions professionnelles et à l'adoption de nouvelles mesures législatives visant l'amélioration de l'organisation du travail.

C) L'équilibre demande psychologique, latitude décisionnelle et soutien social

Tel qu'introduit plus haut, le modèle demande psychologique, latitude décisionnelle et soutien social – désigné ci-après par l'acronyme DCS pour « demande-contrôle-soutien » – développé par Karasek est reconnu pour ses capacités de prédiction des risques pour la santé physique et mentale reliés au milieu de travail^{132,133,134}.

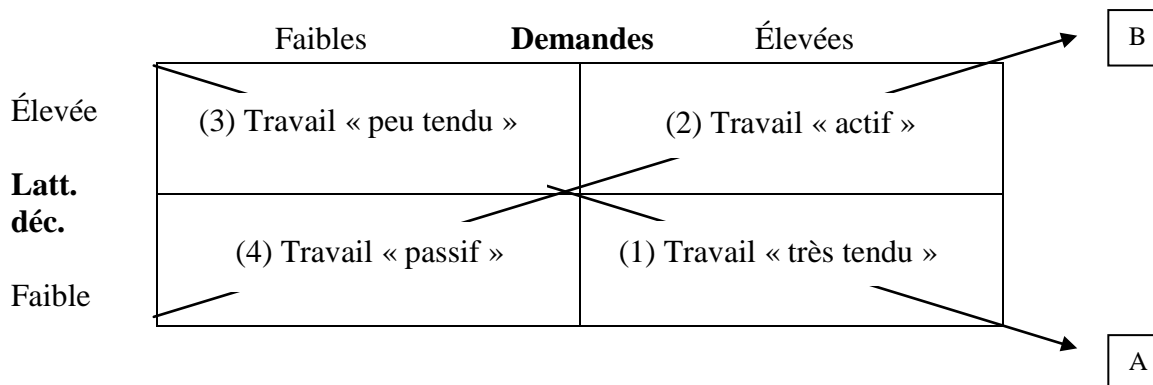
Dans sa première version¹³³, le modèle comportait deux dimensions : d'une part, la demande psychologique, soient les pressions à agir (les « stressseurs ») – par exemple, les délais pressants, le rythme de travail élevé, les tâches difficiles et épuisantes, etc. – et, d'autre part, la latitude décisionnelle, soit les possibilités d'agir sur les contraintes environnementales, en lien avec la manière dont le contrôle est exprimé dans l'environnement de travail. Plus précisément, la latitude décisionnelle se subdivise selon deux construits : l'autorité de prendre des décisions relatives à son travail et l'éventail d'habiletés utilisées pour accomplir la tâche. Selon cette théorie, la demande psychologique liée au travail place l'individu en état de « stress ». Lorsqu'il est impossible d'agir ou que l'individu ne peut pas prendre d'initiatives en raison d'un manque de latitude décisionnelle, le stress n'est pas libéré, ce qui peut mener à des conséquences psychologiques et physiques malsaines.

Tel qu'illustré à la figure 5, cette première version du modèle de Karasek est basée sur deux hypothèses principales qu'il est utile de rappeler ici, compte tenu des objectifs de la présente recherche intervention. Selon la première hypothèse, représentée par la diagonale A dans la figure 5, l'état de stress et les tensions non résolues sont principalement causées par l'effet de la combinaison d'une demande psychologique élevée et d'une faible latitude décisionnelle (quadrant 1). À l'opposé (quadrant 3), un état de stress plus faible que la moyenne est attendu d'un emploi ayant une latitude élevée et peu de demandes.

Selon la seconde hypothèse, représentée par la diagonale B dans la figure 5, une plus grande motivation au travail, ainsi que des occasions propices au développement et à l'apprentissage sont présentes lorsque les demandes et la latitude décisionnelle sont toutes deux élevées (quadrant 2). À l'opposé, lorsque les demandes et la latitude sont à la fois peu prononcées (quadrant 4), un état passif s'installe, que l'on peut associer au concept « d'impuissance acquise »¹³⁵.

Conséquemment, le travail « très tendu » vs « peu tendu » influence la santé de l'individu, alors que le travail « actif » vs « passif » influence la motivation, l'apprentissage et contribue favorablement à la construction identitaire au travail. Ainsi, un environnement psychosocial et fonctionnel de travail qui favorise le « travail actif » tout en favorisant un équilibre sain sur l'axe « travail très tendu vs peu tendu », pourra avoir un effet direct sur la satisfaction au travail, l'efficacité individuelle et la performance organisationnelle.

Figure 5
Le modèle demande / contrôle de Karasek



La seconde version du modèle inclut le concept de soutien social¹³². Selon ce modèle plus récent, les relations sociales permettent d'augmenter ou de réduire la capacité d'un individu à gérer l'état de déséquilibre entre les demandes et la latitude décisionnelle. Le soutien social, qui peut à la fois provenir des superviseurs et des pairs, agit comme modérateur de l'effet des stressors reliés à l'accomplissement du travail (déséquilibre demande / contrôle) sur la santé mentale et physique. En d'autres mots, le soutien social agit comme « soupape » pour aider à libérer les tensions non résolues par l'état de déséquilibre. Le concept de « contrôle collectif » aide à comprendre ce phénomène¹³⁶. Le « contrôle collectif » est une stratégie active qui englobe le soutien social et la solidarité sociale. Il s'agit d'un mécanisme d'adaptation collectif vis-à-vis la pression et les demandes¹³⁷.

Dans leur texte sur le modèle DCS, De Jonge et Kompier¹³² nous informent sur quatre types de recherches effectuées à partir de ce concept et par conséquent, sur les liens à faire avec d'autres variables. D'abord, un bon nombre d'études épidémiologiques se concentrent sur les effets à long terme (principalement les maladies cardio-vasculaires) d'un déséquilibre DCS sur la santé des individus. Par exemple, des chercheurs comme Johnson et Hall¹³³ ont démontré que le risque de développer une maladie cardio-vasculaire double lorsque la demande est élevée et que la latitude décisionnelle ainsi que le soutien social sont faibles. D'autres chercheurs, comme Berkman et Syme¹³⁸ ont mis à jour une relation significative entre le soutien social et le risque de mortalité^{139, 140, 141}. Plusieurs autres études se concentrent sur la comparaison de groupes d'employés selon leur positionnement dans le modèle (voir Figure 5) et les conséquences physiologiques, affectives ou comportementales attendues. Par exemple, un plus grand nombre de plaintes somatiques sont rapportées lorsque la demande est élevée et que la latitude décisionnelle ainsi que le soutien social sont faibles¹⁴². Ensuite, un autre type d'étude se concentre sur les effets à court terme du déséquilibre DCS, par la recherche de changements directs de paramètres physiologiques. Par exemple, il existe une relation significative entre le ratio demande / latitude et le niveau d'adrénaline sanguin¹⁴³. Ces trois premiers types de

recherches sont donc associés au mécanisme de la diagonale A. Finalement, le dernier type d'étude, associé à la diagonale B, se concentre sur l'intervention en tentant d'améliorer l'état de santé par la modification des situations stressantes ou en tentant de susciter des comportements d'apprentissage proactifs^{144,145}.

C'est dans cette dernière perspective que se situe la présente étude. D'une part, l'intervention vise directement le développement chez les cadres intermédiaires de pratiques de gestion des personnes et des équipes qui favorisent un meilleur équilibre DCS ainsi que l'adoption de comportements d'apprentissage proactifs visant à réduire l'intensité des « stresseurs » ou leurs impacts sur la santé. D'autre part, comme il a été souligné plus haut, peu d'études ont exploré les relations entre ces variables santé (E/F et DCS) et la stabilité des équipes de soins.

D) Les relations entre infirmières et médecins

C'est au cours d'une période de pénurie de personnel infirmier, au début des années 80, que des chercheurs se sont interrogés sur les facteurs caractérisant certains hôpitaux qui arrivaient à attirer du nouveau personnel et à éviter un roulement trop élevé. McClure et ses collègues ont donc débuté un courant de recherche fort connu de nos jours : celui des « hôpitaux magnétiques »¹⁴⁶. S'inspirant de ces travaux, Kramer et Hafner ont développé un instrument de mesure, le « Nursing Work Index » (NWI) qui englobe l'ensemble des caractéristiques retrouvées dans un « hôpital magnétique » à l'égard des soins infirmiers¹⁴⁷.

Plusieurs chercheurs ont ensuite choisi d'adopter ce questionnaire dans leurs travaux, mais c'est d'abord Aiken et ses collègues qui ont contribué à sa révision et à son utilisation pour mesurer des attributs organisationnels des « hôpitaux magnétiques »^{148,149}. Toutefois, malgré que le NWI ait de solides bases théoriques, Lake a choisi de poursuivre les travaux sur l'instrument et de développer le « Practice Environment Scale » (PES-NWI)¹⁵⁰. Selon Lake, la taille du NWI n'était pas adaptée au contexte infirmier (65 énoncés) et les caractéristiques psychométriques de ses échelles n'étaient pas suffisamment démontrées.

Ces instruments ont été développés dans un contexte difficile où la qualité et la sécurité des soins demeuraient une priorité, ce qui conduisait les gestionnaires à avoir besoin d'instruments fiables sur lesquels baser leurs décisions et orienter des améliorations¹⁵¹. Au fil des recherches, l'environnement de pratique a été examiné sous différents angles. À la base, il a été étudié pour mieux comprendre et influencer la satisfaction au travail et le roulement du personnel^{147,152}. Plus tard, dans les années 90, les chercheurs se sont intéressés à la qualité des soins et aux « *patient outcomes* »¹⁵³. Plus récemment, l'accent s'est déplacé sur l'environnement de pratique et la sécurité des patients¹⁵⁴.

Avec ses cinq dimensions, le PES-NWI se concentre sur les principales caractéristiques cliniques et psychosociales du milieu de travail infirmier. Les dimensions du PES-NWI portent sur la

participation des infirmières quant aux décisions dans l'hôpital au sens plus large, à la qualité des soins, aux habiletés reliées au leadership des infirmières, au *staffing* et aux relations entre les infirmières et les médecins. Puisque nous disposons déjà de plusieurs instruments reconnus pour évaluer l'environnement psychosocial des infirmières et que cette étude ne prend pas en compte des dimensions plus spécifiquement cliniques de l'environnement de pratique, nous avons choisi de n'utiliser que la dimension relative à la relation entre les infirmières et les médecins.

En ce qui concerne notre programme de recherche-action, ce type de relation s'inscrit à travers notre souci de décrire l'environnement psychosocial de travail de manière la plus complète possible, pour ensuite établir des liens solides avec des indicateurs de stabilité des équipes de soins et des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Ce projet s'inspire donc à la fois des tendances établies au cours des trois décennies de recherche mentionnées ci-haut (l'intérêt pour les variables psychosociales et la qualité et la sécurité des soins).

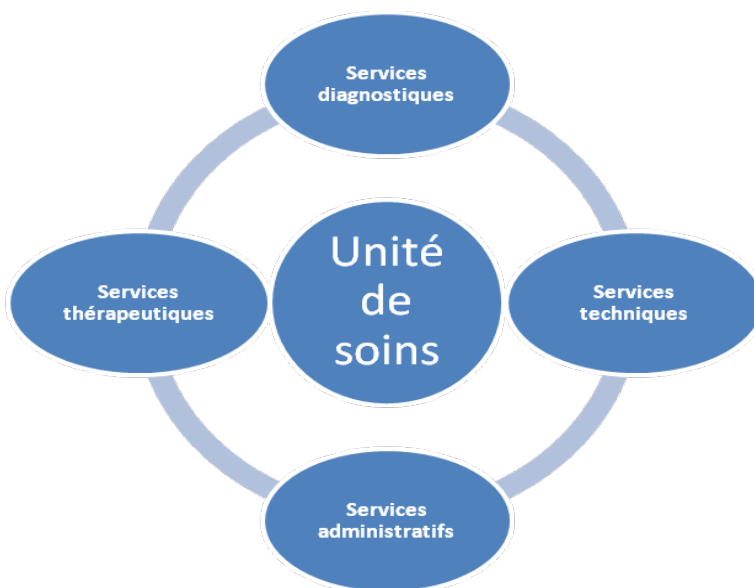
En effet, la documentation fournit de nombreuses informations pertinentes pour qualifier l'impact de la relation infirmière/médecin. Notamment, Aiken et ses collaborateurs¹⁵⁵ rapportent que les infirmières canadiennes perçoivent positivement leurs relations avec les médecins dans 80% des cas. De leur côté, O'Brien-Pallas et ses collaborateurs¹³¹, quant à eux, avancent que l'amélioration de la qualité des relations entre les infirmières et les médecins (ainsi que l'équilibre effort/reconnaissance) est une piste pour l'amélioration de la santé physique des infirmières. Ce rationnel se base sur leurs résultats qui indiquent que les infirmières ont 49% moins de chances d'être en bonne santé lorsqu'elles expérimentent un déséquilibre effort reconnaissance et qu'elles ont 41% moins de chances d'être en santé si elles sont émotionnellement épuisées par de mauvaises relations. Ces auteurs rapportent aussi que la détérioration des relations entre les infirmières et les médecins apparaît lorsque la proportion d'infirmières qui n'ont pas de quart de travail fixe sur l'unité augmente – ce qui contribue à confirmer la pertinence des objectifs de stabilisation des équipes de soins –, lorsque le ratio patient/infirmière augmente ou lorsque la gravité des cas devient plus sérieuse (deux variables de contrôle prises en compte dans notre cadre conceptuel). Toutefois, cet effet sur la santé ne semble pas aller jusqu'à pousser les infirmières à quitter leur poste.

En effet, Gagnon et ses collaborateurs⁵¹, ont démontré que les quatre premières dimensions du PES-NWI étaient faiblement corrélées à l'intention des infirmières de quitter leur poste (R entre .14 et .29), alors que la relation infirmière/médecin n'est pas statistiquement significative. La présente étude permettra de poursuivre l'exploration des impacts de cette dimension cruciale de la qualité de l'environnement psychosociale de travail, soit la qualité des relations entre les infirmières et les médecins.

2.2 L'environnement fonctionnel et les défaillances opérationnelles de système

Dans un établissement hospitalier, les patients doivent être les premiers bénéficiaires des efforts de création d'un environnement de travail sain et performant. En conséquence, nous avons opté pour une approche qui fait des unités de soins infirmiers le pôle organisateur des cibles et stratégies d'intervention visant à rendre l'environnement fonctionnel plus performant. C'est pourquoi nous avons retenu la notion de « défaillances opérationnelles de systèmes », issus des travaux de Tucker^{2,3,4}. La figure 6 illustre cette perspective.

Figure 6
L'unité de soins comme pôle organisateur
des stratégies d'intervention visant à rendre l'environnement fonctionnel plus performant



Les défaillances opérationnelles de système consistent en des perturbations ou des erreurs dans la fourniture des ressources ou des services diagnostiques, thérapeutiques, techniques ou administratifs nécessaires au bon fonctionnement des unités de soins, tant du point de vue du climat de travail que du point de vue de la qualité des soins et des services.

Par exemple, un département de pharmacie en situation de pénurie de personnel technique demande à la direction des soins infirmiers de compenser en s'assurant que le personnel infirmier accomplisse pendant un certain temps une tâche de préparation des médicaments, par exemple la dilution des antibiotiques. C'est ce que Villeneuve¹⁵⁶ nomme le « temps compensatoire ». Ce temps compensatoire pris par le personnel infirmier a deux conséquences principales : il génère du temps supplémentaire et il entraîne que les services de soutien

ressentent moins de pression au changement et à l'amélioration de leurs systèmes fonctionnels et de leurs pratiques.

Les constats issus des recherches menées au sujet des défaillances opérationnelles de systèmes sont divers et percutants. En moyenne, entre 6,5 et 8,4 défaillances opérationnelles surviennent par quart de travail de huit heures^{3,4}. Chaque défaillance prend en moyenne cinq minutes de temps infirmier pour être traitée⁴. Ainsi, entre 32,5 minutes et 42 minutes par quart par infirmière sont consacrées à compenser les défaillances opérationnelles de systèmes. Par ailleurs, les infirmières observées pendant des quarts de travail complets font environ de 42 à 45 minutes de travail supplémentaire non rémunéré, ce qui équivaut au temps nécessaire pour régler toutes les défaillances survenues au court du quart^{3,4}.

Les catégories de défaillances les plus fréquentes sont les problèmes de conformité et de délais liés au circuit du médicament, les commandes médicales, divers problèmes de fournitures (ex. repas inadéquats ou manquants), problèmes reliés au personnel, ainsi que les équipements brisés ou manquants⁴. Parmi les facteurs à la source des défaillances opérationnelles, on trouve des erreurs humaines, des problèmes d'équipement, des déviations des processus attendus, une mauvaise communication entre les clients et les fournisseurs, ou un manque de ressources dans les services de soutien^{2,3,4}.

L'obligation qu'a le personnel infirmier de compenser les défaillances opérationnelles dans la dispensation des soins aux patients explique en bonne partie pourquoi les directions de soutien responsables de livrer les ressources et les services diagnostiques, thérapeutiques, techniques et administratifs au personnel des unités de soins ne se corrigent pas et que les dysfonctionnements perdurent³.

Le fait que ce programme de recherche intervention vise une « transformation organisationnelle » entraîne des conséquences sur la façon de traiter cette variable. Ainsi, en même temps que certaines défaillances spécifiques ont déjà été priorisées et sont en « traitement », la problématique est abordée de façon plus globale ou systémique, selon la question suivante : qu'est-ce qui explique la récurrence d'un certain nombre de défaillances opérationnelles de systèmes au sein de cet établissement ? Un instrument de type heuristique permettant d'explorer toute la complexité des sources de récurrence est présenté dans la section du texte portant sur la stratégie d'intervention. Soulignons dès à présent que les métaphores de « l'organisme vivant », de « l'arène politique » et de la « culture » constituent les principaux points d'appui de cet instrument qui prend la forme d'une série de points à débattre par les acteurs concernés.

3. Les variables dépendantes

3.1 La stabilisation des équipes de soins

La stabilité d'une équipe de soins est principalement atteinte lorsque l'ensemble des postes infirmiers offerts dans une unité de soins est comblé et lorsque l'utilisation du personnel d'agences privées (infirmières et infirmières auxiliaires) est réduite au minimum, par exemple pour pallier aux situations d'urgences et aux imprévus.

À cet effet, dans son rapport paru en 2007, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)¹⁵⁷ décrit l'état de la situation quant à l'occupation des postes du secteur public et privé. Selon le document, 83 % des infirmières québécoises exercent dans un établissement du réseau public. Cette proportion est en diminution d'environ 0,5 % par année depuis le début des années 2000. En 2000-2001, la proportion s'élevait à près de 87 %. Les CSSS emploient 46 % des 55 000 infirmières du secteur public, tandis que les centres universitaires, centres affiliés et instituts en emploient 26%. Le secteur privé a vu ses rangs augmenter de manière graduelle depuis les 10 dernières années, mais a augmenté de 17 % seulement pour l'année 2006-2007. La diminution du nombre de détenteurs de postes, couplée à l'augmentation d'infirmières travailleuses autonomes associées aux agences privées se traduit évidemment par une plus grande proportion de personnel d'agence au sein des unités de soins actives dans un établissement hospitalier, ainsi que par une augmentation du nombre de postes vacants.

Cette pratique qui consiste à recourir du secteur privé entraîne des conséquences non souhaitables et non intentionnelles, documentées par des travaux scientifiques. Par exemple, une infirmière d'agence affectée sur différentes unités pour du remplacement ou pour doter temporairement un poste inoccupé, risque d'avoir des compétences et une formation moins spécialisées, en raison de la nécessité pour elle d'être polyvalente. Or, le manque de spécialisation engendre une baisse de qualité des soins en général¹⁵⁸ et soulève des questions de sécurité. McKenna¹⁵⁹ rapporte en effet qu'il existe un lien direct entre la qualité des soins et l'éventail des compétences de l'infirmière. Le maintien en poste d'infirmières aux compétences adéquates pour leur unité engendrerait d'une part, une réduction de la durée moyenne de séjour, des taux de mortalité et des coûts reliés aux complications. D'autre part, le maintien en poste de ressources compétentes contribuerait à améliorer les taux de satisfaction et de rétablissement des patients, ainsi qu'une amélioration de leur qualité de vie et de la conformité aux traitements prescrits.

En lien avec les coûts reliés aux complications, une des principales causes d'erreurs de médication rapportée est le manque de communication entre les différents corps de métiers impliqués (infirmières, médecins et pharmaciens)^{160,161}. La présence épisodique du personnel d'agence ne permet évidemment pas la création d'un lien multidisciplinaire solide avec le

personnel stable de l'unité et fait entrave au suivi à effectuer auprès des patients (pertes d'informations sur les usagers¹⁶²). Ce manque de constance dans l'équipe n'affecte pas seulement la possibilité d'occurrence d'erreurs, mais aussi le sentiment de fierté et d'appartenance de ses membres¹⁶³, ainsi que le niveau de coopération¹⁵⁸ (deux indicateurs de climat de travail). De la même manière que pour la communication, il est beaucoup plus ardu d'établir une synergie adéquate dans l'accomplissement de la tâche avec un individu n'étant pas présent régulièrement sur l'unité.

L'instabilité dans la composition des équipes entraîne aussi une augmentation de la charge de travail pour les détenteurs de postes, qui doivent mettre à jour les nouveaux arrivants. Lorsqu'une infirmière régulière confie des tâches cliniques à du personnel au statut précaire, elles doivent garder à l'œil le travail réalisé et récupérer les informations lors du départ de l'infirmière de remplacement¹⁶². Les gestionnaires voient aussi leur charge de travail augmentée, ne serait-ce que par la nécessité de trouver constamment du personnel pour doter les postes vacants. Par ailleurs, la perception de l'efficacité du leadership d'une infirmière-chef par le personnel peut être influencée par sa capacité à stabiliser son équipe de soins¹⁵⁸.

De plus, une enquête sur la satisfaction des patients à l'égard des soins prodigués par le personnel infirmier au sein de neuf unités de soins du CH participant (résultats préliminaires), lors du premier temps de mesure, nous révèle qu'un nombre considérable d'insatisfactions dans la relation patient / infirmière ciblent le personnel d'agence. En guise d'appui aux références présentées ci-haut, plusieurs patients rapportent verbalement que le personnel d'agence, de par sa présence éphémère, ne prend pas le temps d'établir une relation chaleureuse et prodigue les soins de manière plus froide, plus rapide et moins personnalisée. D'autres patients rapportent que le service peut s'avérer différent et moins satisfaisant lors de certaines périodes (la fin de semaine, par exemple), parce que l'horaire est majoritairement comblé par du personnel d'agence moins expérimenté sur l'unité.

En résumé, l'efficacité et la performance générale d'une unité sont compromises par la surutilisation de personnel d'agence. Le fait de peu connaître l'environnement physique de l'unité, les dossiers des patients, ainsi que les règles formelles et informelles en vigueur, accroît nécessairement les pertes de temps, la possibilité d'incidents et tel que mentionné plus haut, la probabilité de commettre une erreur. Bien sûr, pour obtenir une équipe stable, il est aussi nécessaire de réduire au minimum l'absentéisme et le roulement de personnel, qui ont de multiples conséquences négatives, par exemple la nécessité d'avoir recours aux heures supplémentaires (obligatoires) et une détérioration de la qualité des soins. Plus de détails sur ces variables sont présentés dans les sections suivantes.

A) L'absentéisme à court terme

Dans la documentation, l'absentéisme est généralement défini comme le comportement d'un travailleur qui ne se présente pas au travail lors d'une journée qui figure à son horaire¹⁶⁴. Il est à noter que la « journée » de travail peut désigner un quart de travail à durée variable, qu'il soit de 8, 12 ou 16 heures, par exemple¹⁶⁵.

Au moyen d'une méta-analyse, Mitra, Jenkins et Gupta¹⁶⁶ rapportent que l'absentéisme est relié au roulement de personnel et qu'ils sont tous deux reliés au concept de comportements de retrait du milieu de travail (« *withdrawal behaviors* »), concept d'abord élaboré par Herzberg, Mausner, Peterson et Capwell¹⁶⁷. Cette relation est représentée par un continuum de comportements de retrait allant de l'absentéisme jusqu'au roulement de personnel. Plusieurs autres études permettent aussi de conclure qu'il existe une relation positive entre ces deux concepts, particulièrement lorsqu'on s'attarde à un niveau d'analyse individuel^{168, 169, 170}. Ainsi, les employés insatisfaits développeraient une attitude de « retrait psychologique » par rapport à l'organisation. Si l'insatisfaction persiste, les employés adoptent des comportements de retrait comme des retards, des absences et ultimement, vont quitter leur poste ou l'organisation.

Dans les faits, Shamian, O'Brien-Pallas, Thomson, Alksnis et Kerr¹⁷¹ rapportent que les infirmières ont un taux d'absentéisme et de blessures plus élevé que celui que l'on observe dans tous les autres types d'emplois. À cet effet, le « *Canadian Nursing Advisory Committee* » rapporte un taux d'absentéisme de 8,1 % pour les infirmières, alors que 47 autres catégories d'emploi obtiennent un taux moyen de 4,5 %, soit un taux 80 % plus élevé pour les infirmières¹⁷². Ce taux implique que plus de 16 millions d'heures de travail sont perdues, ce qui entraîne des conséquences économiques importantes. Les coûts de remplacement des infirmières sont élevés, étant donné que les remplaçantes sont souvent payées selon des tarifs d'heures supplémentaires¹⁷³. Toutefois, si le taux d'absentéisme des infirmières était réduit au même niveau que celui des autres travailleurs, l'argent sauvé pourrait permettre de créer environ 3500 postes d'infirmières à temps-plein¹⁷² et donc, encourager la stabilité des équipes.

Du côté des facteurs qui contribuent au phénomène d'absentéisme, les blessures au système musculo-squelettique et la difficulté du métier sur le plan physique et psychologique seraient à la source d'une portion significative des cas d'absentéisme chez les infirmières. Aussi, ce sont les détériorations de la santé mentale et physique qui contribuent le plus à l'absentéisme. À cet effet, rappelons qu'un déséquilibre effort/reconnaissance ou demande/contrôle/soutien mène à des difficultés qui entraînent, dans une grande proportion des cas, à l'absentéisme^{131,132}. De plus, les difficultés liées à l'horaire de travail (quarts de travail, heures supplémentaires) seraient aussi des facteurs qui influencent significativement les infirmières à s'absenter du travail¹⁷¹.

La perception du climat de travail peut aussi avoir une influence sur la santé physique et mentale

et a donc une incidence sur les comportements d'absentéisme. Par exemple, il est certain que la lourde charge de travail des infirmières, ainsi que l'omniprésence du temps supplémentaire peuvent les fatiguer au point de les rendre malades ou d'avoir une influence négative sur leur bien-être psychologique^{163,174}. De plus, il existe un cercle vicieux entre l'absentéisme et le temps supplémentaire. Les infirmières qui font des heures supplémentaires sont plus susceptibles de s'absenter du travail que celles qui n'en font pas et les absences imprévues occasionnent du temps supplémentaire pour les autres membres de l'équipe. Évidemment, l'effet de la charge et des heures supplémentaires serait d'autant plus important chez les infirmières qui travaillent à temps plein plutôt qu'à temps partiel¹⁷⁴. Plus précisément, une récente étude finlandaise démontre qu'une charge de travail excédant de 15 % (plus ou moins) le niveau de charge optimal augmente significativement le risque d'absence liée à la maladie chez les infirmières¹⁷⁵.

Outre les dangers reliés à la charge de travail, des décisions relatives au niveau d'autonomie des employés dans leur poste, qui réduisent leur implication et leur marge de manœuvre pourraient aussi aggraver le niveau d'absentéisme¹⁷⁶. Le niveau de participation de l'employé dans les décisions de l'organisation qui le concernent (justice procédurale) est aussi un indicateur significatif relié à l'absentéisme¹⁷⁷. L'ambiguïté des rôles et les conflits de rôles seraient deux autres éléments contribuant à ce que l'employé pense à s'absenter ou décide de le faire¹⁷⁸. Toutes ces variables sont mesurées dans le questionnaire de climat psychologique qui sera utilisé tout au long du programme.

Finalement, l'opinion des chercheurs, à savoir si l'absentéisme influence la qualité des soins, semble mitigée. D'abord, rappelons qu'une portion des liens précédemment traités dans la section sur les postes vacants et le personnel d'agence s'applique aussi pour l'absentéisme, notamment les résultats démontrés par Kleinman, Rosberger¹⁵⁸ et McKenna¹⁵⁹, qui l'associent à une détérioration de la qualité des soins. Toutefois, une étude américaine récente permet de tirer une conclusion plus nuancée. Selon Unruh et Strickland¹⁷⁹, l'absentéisme à lui seul ne serait pas suffisant pour réduire la qualité des soins. Selon eux, pour que la relation soit établie, il faut considérer le ratio patient/infirmière en tant que variable médiatrice. De plus, ces auteurs qualifient la relation entre l'absentéisme et le ratio patient/infirmière de cercle vicieux. Un ratio élevé contribue évidemment à la décision de s'absenter et une équipe incomplète rend la tâche difficile, ce qui peut épuiser les membres de l'équipe restants. À la lumière de cette précision, nous allons évaluer le lien entre l'absentéisme et la qualité à la fois sous l'angle direct et sous l'angle de l'effet médiateur du ratio patient/infirmière.

B) Le taux de roulement du personnel

En période de pénurie de personnel, la stabilité des équipes devient encore plus cruciale. Le taux de roulement du personnel s'avère donc un indicateur incontournable pour les gestionnaires. Selon Cavanagh et Coffin¹⁸⁰, le degré d'accord des chercheurs est faible quant à la manière de définir le roulement de personnel, ainsi que la façon de le mesurer et de présenter les données. À

cet effet, ce manque de consistance fut particulièrement problématique lors d'un projet précédemment réalisé par notre équipe de recherche⁵². Lors d'un programme interétablissement de recherche-action réalisé auprès de huit organisations partenaires, le taux de roulement du personnel dans les systèmes archivés était calculé différemment à chaque fois. Outre des difficultés reliées à la recherche, ce manque d'uniformité engendre une difficulté pour une organisation qui souhaiterait se positionner sur le marché de l'offre et de la demande de personnel et se comparer à d'autres organisations semblables (étant donné le caractère peu compatible des modes de calculs utilisés).

Toutefois, par souci de parcimonie et de simplicité, le roulement de personnel est défini ici comme un choix comportemental individuel¹⁸¹ qui consiste à quitter son poste pour appliquer sur un autre poste au sein de l'établissement (roulement interne), ou de quitter l'organisation (roulement externe). De nombreuses causes au taux de roulement ont été identifiées dans la documentation. On retrouve notamment dans les travaux classiques (méta-analyses), comme principales causes : l'âge, l'ancienneté, le sexe, les responsabilités familiales, le niveau de scolarité, les traits de personnalité et le nombre d'emplois précédents¹⁸¹. La satisfaction au travail et l'engagement organisationnel (affectif) sont deux autres variables prédictives ayant fait l'objet de nombreux travaux.^{161,171,181,182,183,184}

Nos travaux de recherche sur l'intention de quitter⁵¹ ont conduit à distinguer les « raisons non contrôlables » (ex. : retraite, retour aux études, déménagement, emplacement de l'hôpital, etc.) des « raisons contrôlables » (ex : horaires de travail, conflits avec les superviseurs, dynamique d'équipe, etc.). Ainsi, est-il possible de mieux cerner les causes des taux de roulement interne et des taux de roulement externes, d'examiner les ressemblances et les différences et, sur cette base, d'établir des objectifs précis visant à accroître les taux de maintien en poste et donc, la stabilité des équipes.

Par ailleurs, on rapporte que le niveau de stress influence significativement l'intention de quitter des infirmières. Les éléments anxiogènes qui influenceraient le plus la décision de quitter sont : une charge de travail trop importante, le sentiment de ne pas être suffisamment préparé (compétences inadéquates pour le travail spécifique à l'unité) et la mort de patients¹⁷⁸. Selon Cavanagh et Coffin¹⁸⁰, l'anxiété serait réduite par un travail infirmier routinier et des opportunités d'avancement (meilleur sentiment de sécurité à travers un quotidien prévisible), ce qui entraînerait une meilleure satisfaction au travail et donc une réduction du taux de roulement. En plus de la charge de travail, Hemingway et Smith ont aussi repéré des variables prédictives de l'intention de quitter/rester qui sont directement liées au climat de travail : le degré d'autonomie, le degré de clarté des rôles, les conflits de rôles, le soutien offert par le superviseur et la cohésion de l'équipe de travail¹⁸⁵.

Le roulement de personnel a des impacts sur les patients en raison de ses liens avec la surcharge

de travail, l'absentéisme et les heures supplémentaires. Il occasionne de l'instabilité en créant un manque plus ou moins durable dans l'équipe (un poste peut parfois rester inoccupé pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois), ce qui peut faire entrave à la qualité des soins, à la sécurité des patients (possibilité d'occurrence de complications) et à la durée de séjour. À cet effet, Batlis précise dans ses travaux que le roulement de personnel compromet la continuité des soins et la disponibilité des infirmières à compléter leur charge de travail, ce qui peut avoir pour effet que les patients restent plus longtemps sur l'unité¹⁸⁶. D'autres auteurs, s'intéressant aux séjours de plus longue durée (traumas sévères, personnes âgées), affirment simplement que le roulement de personnel qui entraîne des changements de repères pour les patients peut avoir des effets psychologiques négatifs¹⁸⁷ et donc augmenter la durée de leur séjour.

C) Les heures supplémentaires

Le taux d'heures supplémentaires travaillées est aussi utilisé comme indicateur permettant d'évaluer le degré d'instabilité des équipes. D'ailleurs, cette variable est fortement reliée aux variables introduites précédemment. C'est majoritairement en raison de la situation de pénurie (pourcentage élevé de postes vacants), de l'absentéisme et du roulement de personnel que les gestionnaires doivent avoir recours aux heures supplémentaires, et/ou au personnel d'agences privées, pour assurer la continuité des soins.

Trinkoff, Geiger-Brown, Brady, Lipscomb, et Muntaner définissent les heures supplémentaires comme une variation à la hausse du standard de 8 heures par jour au maximum (35 à 40 heures par semaine)¹⁸⁸. Rogers, Hwang, Scott, Aiken et Dinges¹⁸⁹, quant à eux, définissent les heures supplémentaires comme toute heure travaillée au-dessus de 8,5 heures (la demi-heure est utilisée comme temps de battement).

Des estimations récentes, au Canada, démontrent qu'environ 17 % des infirmières travaillent des heures supplémentaires payées et que 12 % travaillent des heures supplémentaires non payées, chaque semaine¹⁹⁰. Rappelons qu'une partie importante de ces heures supplémentaires peuvent être directement attribuables au « temps compensatoire » lié aux « défaillances opérationnelles de systèmes ». L'*Institute of Medicine*¹⁹¹ rapporte que le temps de travail régulier des infirmières dépasse la normale de plus d'une heure par jour en moyenne. L'institut recommande que les infirmières ne travaillent pas plus de 12 heures par période de 24 heures et pas plus de 60 heures par période de 7 jours, pour réduire la fatigue qui entraîne des erreurs. Notons aussi que dans certains cas, en réponse au phénomène de pénurie¹⁹², les gestionnaires doivent imposer le temps supplémentaire. D'autres établissements, notamment le CH participant, choisissent principalement d'utiliser le personnel d'agences privées plutôt qu'imposer du temps supplémentaire, ce qui est fait en dernier recours. Rappelons que « *L'American Association of Critical Care Nurses* »¹⁹³ s'oppose au temps supplémentaire obligatoire à cause de sa relation avec le stress, la fatigue et l'épuisement, qui peuvent tous entraîner des erreurs. Mais qu'en est-il

sur le terrain ?

Scott, Rogers, Hwang et Zhang¹⁹⁴ dressent un portrait de l'horaire habituellement travaillé par les 502 infirmières de leur échantillon. Les participantes ont quitté le travail à la fin de leur quart dans 13 % du temps seulement (elles ont donc travaillé des heures supplémentaires dans 86 % des cas). En moyenne, une heure de plus était travaillée à chaque fois que la participante avait à faire du temps supplémentaire. Aussi, 67 % des quarts de travail rapportés excédaient 12 heures. Rogers *et al.*¹⁸⁸ ajoutent que les quarts de 24 heures sont de plus en plus fréquents.

On ne peut passer sous silence le fait que, associée aux pressions exercées sur les directions d'établissements pour réduire les dépenses, la question des heures supplémentaires, obligatoires ou non, suscite parfois de la controverse. En effet, étant donné que les coûts reliés aux ressources humaines comptent pour près de 80 % des dépenses d'un hôpital, c'est là que se trouve le plus grand potentiel d'économie, via la non-dotation de postes vacants, les coupures de postes ou la réduction du nombre d'heures de travail rémunérées au personnel permanent ou même temporaire, par exemples¹⁹⁵. Mais, l'élimination de certains postes ou la non-dotation de postes vacants occasionnent des horaires plus chargés et du temps supplémentaire pour le personnel en place^{189,196}. De ce point de vue, les heures supplémentaires peuvent être utilisées comme stratégie de gestion et d'allocation de personnel pour réduire les coûts. En effet, il coûte moins cher de payer des heures supplémentaires à des employés existants que d'engager de nouveaux employés et devoir alors payer les bénéfices marginaux et les autres coûts assumés par l'employeur⁸⁶.

L'augmentation du nombre d'heures travaillées dans un milieu qui est physiquement et psychologiquement demandant a des effets négatifs sur la santé. Le stress chronique encouru par de longues heures affecte les systèmes neurologiques, cardio-respiratoires et immunitaires (et donc conduit vers l'absentéisme ou le roulement de personnel)¹⁸⁸. Pour certains auteurs, le fait de rester plus longtemps au travail prolonge automatiquement l'exposition du travailleur à différentes sources de dangers. En effet, l'exposition prolongée à des stressseurs ergonomiques augmente le risque de blessures au système musculo-squelettique. Dans le même ordre d'idées, la limite d'exposition recommandée à des produits chimiques ou biologiques dangereux peut aussi être excédée lors des heures supplémentaires⁸⁸. Plus précisément toutefois, une étude de Dembe, Erickson, Delbos et Banks¹⁹⁷, démontre que les métiers qui occasionnent de longues heures de travail ne sont pas nécessairement plus dangereux parce qu'ils seraient associés à des domaines plus dangereux (ou donc à une plus longue exposition au risque), mais que c'est bien le fait de travailler trop longtemps qui est problématique. Selon leurs résultats, travailler des heures supplémentaires est associé avec un niveau de risque de blessure plus élevé de 61 %, travailler au moins 12 heures dans une journée est associé à une hausse du niveau de risque de blessures de 37 % et travailler au moins 60 heures par semaine est associé à une hausse de 23 % (ces situations surviennent chez la majorité des infirmières).

Dans leur étude de 2004, Rogers *et al.*¹⁸⁹ démontrent l'importance de s'attarder aux heures supplémentaires lorsqu'il est question d'identifier des facteurs qui influencent la qualité des soins. Selon leurs résultats, la durée du quart de travail, les heures supplémentaires et le nombre total d'heures travaillées par semaine ont tous un effet significatif sur la probabilité de commettre des erreurs (58 % des erreurs rapportées dans cette étude étaient des erreurs de médication). En effet, lorsqu'un quart de travail de 12,5 heures ou plus est travaillé, la probabilité de commettre une erreur triple. Travailler plus de 40 ou 50 heures dans la semaine est aussi associé à une augmentation significative du ratio d'erreurs. Enfin, dans une autre étude, celle de Scott *et al.*¹⁹⁴, 56,5 % des erreurs répertoriées étaient des erreurs de médication. La probabilité de commettre une erreur, quant à elle, a presque doublé quand les infirmières travaillaient plus de 12,5 heures consécutives.

3.2 La sécurité et la qualité des soins

La problématique d'instabilité des équipes de soins a conditionné le choix des variables liées à la sécurité et la qualité des soins. Tel que déjà mentionné, l'instabilité des équipes associée à la pénurie externe, au pourcentage élevé de postes vacants, à l'utilisation du personnel d'agences privées, à l'absentéisme, aux heures supplémentaires et au taux de roulement élevé a des impacts sur les durées de séjour et, avec un personnel infirmier surchargé, augmente les risques d'erreurs de médication et compromet la satisfaction des patients à l'égard du personnel infirmier.

A) La durée de séjour

Plusieurs questions de recherche sont à l'étude dans le cadre du programme présenté dans ce texte, mais pour les partenaires du CH, ce sont les services rendus aux patients qui importent le plus. La durée moyenne de séjour des patients dans une unité de soins est un indicateur critique lorsque l'hôpital fonctionne sans arrêt à plein régime. Il permet entre autres d'évaluer si des ressources sont perdues dans des activités liées à une coordination inefficace des différents intervenants dans la trajectoire des patients ou encore, à des défaillances opérationnelles de systèmes. Une bonne connaissance des déterminants de la durée de séjour et de ses liens avec les variables relatives à l'environnement psychosocial et à la stabilité des équipes permettra donc de mieux cibler les interventions.

Par rapport à ces déterminants, Johnson Lutjens¹⁹⁸ a produit une revue de documentation qui les organise selon six groupes. Les quatre premiers groupes de déterminants portent sur des facteurs individuels, soit (1) les diagnostics médicaux, (2) les diagnostics infirmiers, (3) les caractéristiques du patient et (4) la gravité des cas, tandis que les deux derniers sont relatifs au travail et à l'organisation, soit (5) l'intensité du travail infirmier et (6) les caractéristiques de l'institution de soins.

Premièrement, les patients peuvent être classés selon un groupe relié à leur diagnostic. Duckett définit les diagnostics médicaux comme un moyen de regrouper des types de patients considérés similaires du fait de leur catégorie clinique et leur utilisation de ressources (durée et coût de traitement)¹⁹⁹. Les diagnostics infirmiers, quant à eux, sont des conditions qui sont principalement traitées par les infirmières à l'aide de méthodes propres aux soins infirmiers^{200,201}. En guise d'exemple, Berki, Ashcraft, & Newbrander²⁰² ont produit une liste préliminaire de diagnostics infirmiers qui comprend des éléments tels que : difficultés respiratoires, excès de fluides corporels, constipation, diarrhée, inconfort / douleur, etc. En introduisant un indicateur de diagnostics infirmiers comme variable indépendante dans une équation de régression, ces mêmes chercheurs ont démontré qu'ils pouvaient expliquer plus de 50 % de la variabilité de la durée de séjour de 2552 patients d'un hôpital. Outre le diagnostic, les principales caractéristiques individuelles corrélées avec une augmentation de la durée de séjour sont l'âge²⁰³, l'origine ethnique et les difficultés socioéconomiques²⁰⁴.

Ensuite, plusieurs mesures de gravité des cas ont été développées pour différents groupes reliés au diagnostic^{205,206} afin de pouvoir relativiser la durée de séjour selon l'ampleur du problème plutôt que seulement selon sa nature. Il est à noter que la gravité des cas peut aussi être mise en relation avec la charge de travail et donc l'intensité du travail infirmier. En effet, plus le roulement de patients est élevé (cas bénins, par exemple), plus l'infirmière doit livrer les soins dans un intervalle de temps plus court (plusieurs gestes sont à poser, peu importe la gravité du problème du patient)¹⁷⁹.

Comme la gravité des cas, l'intensité du travail infirmier est évidemment reliée à la charge de travail¹⁷⁹. En effet, la durée de séjour serait un prédicteur significatif de la charge de travail vécue par les infirmières d'une unité donnée et vice-versa²⁰⁷. McKibbin, Brimmer, et Clinton affirment que les deux variables seraient fortement corrélées ($r = 0,75 - 0,95$)²⁰⁸, alors que Halloran conclut que la durée de séjour explique 60 % de la variance commune qu'elle partage avec la charge de travail²⁰⁹. Nous rappelons ici les liens précédemment mentionnés entre des indicateurs de stabilité des équipes (aussi reliés à la charge), ainsi que de climat de travail et la durée de séjour.

Enfin, les caractéristiques de l'institution ont aussi leur rôle à jouer. Bien sûr, un établissement qui se spécialise dans certains groupes de diagnostics ne présentera pas la même durée moyenne de séjour pour les mêmes cas qu'un hôpital général. Toutefois, c'est selon la planification du congé des patients, caractéristique à chaque établissement, que l'on peut attribuer une baisse significative de la durée de séjour. Par exemple, Farren a découvert que la durée de séjour baisse significativement lorsqu'un plan de traitement est préparé dans les 24 heures suivant l'admission des patients²¹⁰.

Le plan de traitement infirmier, ou PTI, mesure récemment instaurée par l'OIIQ, correspond à cette démarche²¹¹. Le CH partenaire a démarré l'implantation du PTI lors des premiers mois de 2009. Ayant étudié les effets d'un plan de type PTI, Marchette et Holloman concluent que pour chaque domaine relié au congé ayant fait l'objet d'une planification (nutrition, médication, activités, etc.), on observe une baisse moyenne de 0,8 jour dans la durée de séjour des patients²⁰³. Aussi, dans le cadre de la présente étude, puisqu'un plan de traitement semble avoir un effet significatif sur la durée de séjour, le PTI en implantation au CH participant devra être pris en compte lorsque nous analyserons l'impact de nos interventions sur la durée de séjour.

B) Les erreurs de médication

Une étude canadienne récente indique que les erreurs de médication arrivent en seconde position d'occurrence, après les erreurs chirurgicales²¹². D'une part, l'indicateur de sécurité choisi devait pouvoir s'appliquer à l'ensemble des unités de soins participantes, et non pour certaines d'entre elles (les erreurs chirurgicales, notamment) et d'autre part, nos travaux antérieurs avaient permis de repérer des liens de prédiction entre certains indicateurs du climat de travail et la variation des taux d'erreurs de médication⁵².

De manière générale, une erreur de médication consiste en une déviation de la posologie indiquée par le médecin dans le dossier du patient²¹³. Il est possible de classer les types d'erreurs de médication sous trois grandes catégories²¹⁴ : l'erreur de prescription (erreur du médecin lorsqu'il inscrit au dossier le médicament à administrer), l'erreur de distribution (généralement commise par le département de pharmacie lorsque le médicament est distribué) et l'erreur d'administration (généralement commise par l'infirmière). Dans l'évaluation de la sécurité des soins du CH participant, nous avons choisi de nous concentrer sur les erreurs d'administration, principalement parce qu'elles sont commises par les mêmes individus qui doivent répondre aux questionnaires en lien avec l'environnement psychosocial de travail.

Les erreurs d'administration se subdivisent en deux catégories : les « erreurs d'omission » (manque à agir correctement ; ne pas administrer le médicament) et les « erreurs de commission » (agir de manière incorrecte)^{164,214,215}. Les erreurs d'administration correspondent aux « 5 Rights of medication administration », qui englobent ce qui devrait être fait pour l'administration adéquate d'un médicament. Les cinq composantes sont : « Right Patient », « Right Drug », « Right Dose », « Right Time », « Right Route »²¹⁴. Cela dit, la collecte d'information relative à cette variable pose problème. Il y a un consensus chez les chercheurs à l'effet que les erreurs seraient sous-rapportées^{164,216,217}. Wakefield *et al.*²¹⁴ suggèrent que les erreurs de médication ne sont pas toutes rapportées pour plusieurs raisons. D'abord, l'intervenant doit reconnaître qu'il a commis une erreur. Ensuite, l'intervenant doit déployer les efforts nécessaires pour rédiger les rapports d'erreurs appropriés, ce qui peut être escamoté en raison d'une charge de travail déjà perçue comme étant trop lourde. Finalement, plusieurs intervenants

choisissent de ne pas rapporter une erreur par peur, notamment de la réaction des collègues ou de la réponse qui sera émise par l'administration de l'établissement. Puisque les rapports d'erreurs sont produits de façon volontaire par les employés concernés, il faut donc rester prudent quant aux taux d'erreurs fournis par un établissement de santé¹⁶⁴. Par rapport à la déclaration des erreurs, une étude récente effectuée auprès de plus de 18 000 infirmières canadiennes indique tout de même que près d'un cinquième (19%) des infirmières travaillant dans un hôpital a rapporté avoir commis une erreur de médication « occasionnellement » ou « fréquemment » dans la dernière année²¹⁸. Ces résultats se basent sur un questionnaire anonyme proposé par des chercheurs externes aux établissements de santé ayant participé à l'étude.

Du côté des causes potentielles des erreurs de médication, Dean, Schachter, Vincent et Barber²¹⁹ suggèrent une classification des conditions propices à l'erreur selon cinq dimensions. D'abord, la possibilité de commettre une erreur serait influencée par l'infirmière elle-même, c'est-à-dire sa santé physique, son état psychologique et sa santé mentale, ainsi que son niveau de compétence. La communication (barrières linguistiques) et le degré de coopération avec le patient peuvent aussi être en cause, en lien avec la complexité du problème clinique. La tâche en tant que telle est une troisième catégorie de cause, notamment en lien avec les protocoles à respecter et l'aspect routinier de la tâche. Il est à noter que nous avons précédemment mentionné qu'une tâche infirmière plus routinière peut s'associer à une meilleure satisfaction au travail et une moins grande intention de quitter son emploi. Toutefois, en considérant l'article de Dean *et al.*²¹⁹, il ressort qu'une tâche trop routinière comporte certains risques pour la sécurité des patients. La tâche idéale serait donc suffisamment routinière pour alimenter le sentiment de sécurité, mais pas assez pour réduire le niveau de vigilance qui contribue aux erreurs.

Les deux dernières catégories proposées par Dean *et al.* sont associées plus directement à nos variables reliées à l'environnement psychosocial ou à la stabilité des équipes. La catégorie relative à l'environnement de travail comprend l'environnement physique comme tel, la charge de travail et la gestion du personnel (allocation des ressources, recours aux heures supplémentaires, etc.). Par exemple, Wilkins et Shield²¹⁸ rapportent, à l'aide de régressions logistiques, que les erreurs de médication sont associées positivement avec les heures supplémentaires, la charge de travail, la perception de l'allocation des ressources comme étant inadéquat, un soutien social (pairs) faible et une sécurité d'emploi précaire. En ce qui concerne les heures supplémentaires, les auteurs précisent que 22 % des infirmières de leur échantillon qui font généralement des heures supplémentaires ont rapporté des erreurs de médication, alors que 14 % de celles qui ne font pas de temps supplémentaire en ont rapporté.

Finalement, il existe aussi des causes reliées à l'équipe de travail, ce qui comprend la communication, la supervision disponible et le sens de la responsabilité de l'équipe. Effectivement, selon Francke²¹⁶ et Benjamin²²⁰, les erreurs de médication surviennent fréquemment et principalement en raison du manque de communication entre les trois différents corps de métiers responsables du traitement médicamenteux (les médecins, les pharmaciens et

les infirmières)^{215,220}. Par exemple, Wilkins et Shield²¹⁸ indiquent que 12% des infirmières qui disent avoir de bonnes relations avec les médecins (PES-NWI) ont rapporté des erreurs qu'elles ont commises, alors que 27% des infirmières ayant des relations plus détériorées en ont rapporté. Ceci donne un poids supplémentaire à la variable « relations infirmières/médecins » dans le modèle conceptuel présenté au début de cette section.

C) La satisfaction des patients

Le niveau de satisfaction des patients se mesure de différentes manières, selon l'approche ou l'instrument utilisé. De manière générale, les évaluations de satisfaction touchent tous les aspects de « l'expérience de soins ». Dans sa revue de la documentation, Rubin²²¹ a répertorié l'ensemble de ces aspects. Parmi ceux-ci, on retrouve principalement la procédure d'admission, la qualité des soins médicaux ou infirmiers, la qualité de la relation avec les professionnels et le personnel de soutien, l'environnement physique et les services (qualité des chambres, de la nourriture, etc.), ainsi que le processus de congé (qui inclut la facturation pour les études américaines).

Étant donné la nature de notre étude, nous souhaitons évaluer les aspects de la satisfaction sur lesquels nos interventions pourraient avoir un impact et nous souhaitons aussi nous concentrer, tel que mentionné dans la section sur les erreurs de médication, sur des aspects relatifs au personnel visé par l'objectif de stabilisation des équipes de soins, soit le personnel infirmier. En conséquence, c'est la satisfaction au regard des soins infirmiers qui a été retenue d'autant que, comme le souligne Jones²²², il est difficile de trouver des données standardisées (archivées) relativement aux patients qui reflètent des effets spécifiquement attribuables aux soins infirmiers.

Plutôt que d'utiliser une sous-échelle d'un instrument validé plus général, à l'image du « *Patient Judgments of Hospital Quality Questionnaire* »^{223,224}, nous avons privilégié l'établissement d'un partenariat de recherche avec des collègues du Centre hospitalier universitaire de Montréal, le CHUM. Ceux-ci ont développé le « Questionnaire d'appréciation des patients sur les soins infirmiers reçus » (QAPSIR). Ce questionnaire évalue la satisfaction des patients par rapport au personnel infirmier (les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires) à l'aide de 36 énoncés répartis sous six dimensions. Cet instrument a fait l'objet d'une validation préliminaire, sans toutefois avoir été publié. En plus d'être une mesure adaptée au CH participant, notre motivation à utiliser le QAPSIR réside dans le fait que nous avons l'opportunité de créer un partenariat pour compléter sa validation, le publier et ainsi accroître son rayonnement dans le milieu de la santé québécois. En effet, peu de mesures de satisfaction francophones adaptées à notre contexte voient leur validité et leur fidélité vérifiées, les institutions préférant souvent se contenter d'échelles maison. De plus, une fois validé en français, CRISO-CUSM pourra entreprendre le processus de traduction et de validation de la version anglaise du QAPSIR au bénéfice des établissements anglophones du Québec et du Canada.

Outre la complétion d'une mesure de satisfaction des patients, notre intérêt se concentre surtout sur les déterminants et les relations associés à cette variable. À cet effet, Cleary et McNeil²²⁵ ont produit un article qui identifie les facteurs suivants comme ayant une influence sur la satisfaction : les caractéristiques sociodémographiques (âge, classe sociale, ethnie), l'état physique et psychologique (état avant les soins), les attitudes et les attentes à l'égard des soins (attentes et requêtes), le contexte (l'organisation et le financement des soins, ainsi que l'accessibilité et la continuité), les aspects techniques ainsi qu'interpersonnels des soins et finalement, les conséquences (mort, maladie, guérison). Selon les analyses de régression de Thi *et al.*²²³, les meilleurs prédicteurs d'un bon niveau de satisfaction sont l'âge avancé du patient et une perception positive de sa santé physique.

À la lumière de ces relations, nous pourrions utiliser les mesures de caractéristiques sociodémographiques qui accompagnent notre questionnaire de satisfaction pour décrire la cohorte de patients interrogés, mais aussi en guise de variables de contrôle dans l'analyse des liens entre la satisfaction et nos variables relatives à l'environnement psychosocial ou à la stabilité des équipes. Enfin, dans le but d'améliorer notre description de la satisfaction sur les unités de soins participantes, nous avons également choisi de recueillir des données à l'égard de la nature et de la fréquence des plaintes formulées pour chaque unité. De cette manière, nous pourrions tenter de qualifier la cohérence de ces deux mesures et de bien contextualiser les liens que nous obtiendrons.

D) Variables de contrôle dans l'explication du modèle théorique

Selon notre modèle théorique et nos résultats de recherches antérieures⁵², la charge de travail infirmière joue un rôle clé par rapport à la stabilité des équipes de soins ainsi qu'à la qualité et la sécurité des soins. Toutefois, les indicateurs de charge de travail inclus dans nos instruments de mesure de l'environnement psychosocial de travail sont de natures perceptuelles (indicateur « charge de travail » du climat de travail et l'indice d'effort du ratio effort/reconnaissance). Des données archivées plus objectives relativement à la charge de travail des infirmières seront donc recueillies à titre de variables de contrôle.

Les trois variables sélectionnées sont le ratio patient/infirmière, l'indice de gravité des cas et le taux d'occupation des lits (roulement de patients). Notre objectif consiste à évaluer leurs capacités de médiation ou de modération sur différents liens entre les variables reliées à l'environnement psychosocial et fonctionnel, ainsi que les variables dépendantes (stabilité des équipes de soins et sécurité/qualité des soins). Ces variables ne sont pas spécifiquement positionnées dans notre modèle (voir « cadre conceptuel » à la figure 1) puisqu'un grand nombre de liens pourront être évalués à l'aide de leur apport. Nous porterons attention particulièrement aux liens entre les variables suivantes : la charge de travail (et l'indice d'effort), l'absentéisme, le taux de roulement, les heures supplémentaires, la durée moyenne de séjour et les erreurs de médication.

E) Temps de mesure et évaluation de la durabilité des impacts

Telle que décrite brièvement à la prochaine et dernière section du texte, la stratégie d'intervention a pour cible le développement du leadership et des capacités managériales des décideurs partenaires. L'hypothèse est la suivante : un impact significatif sera observé sur le plan des perceptions entretenues par le personnel au regard de la qualité de leurs environnements psychosociaux et fonctionnels de travail, entraînant ainsi une stabilisation des équipes de soins et une amélioration de la sécurité/qualité des soins. Mais comment discerner l'impact de l'intervention de l'impact d'autres événements ayant une influence sur ses dimensions ? Par exemple, une croissance accélérée des agences privées en soins infirmiers qui se produirait en liens avec l'évolution des valeurs de vie des nouvelles générations d'infirmières pourrait même rendre irréaliste l'objectif de stabilisation des équipes de soins. Ou encore, des changements importants au niveau de la composition de l'équipe de direction du CH participant pourraient entraîner un contexte stratégique de réalisation du programme moins favorable aux objectifs poursuivis ou à la méthodologie.

À la suite de la mesure initiale, nous prévoyons évaluer la durabilité des impacts observés (ou non), tant au niveau des gestionnaires participants au programme d'intervention, qu'au niveau du personnel et des patients des unités participantes (variables médiatrices/modératrices et variables dépendantes), au temps 1 et au temps 2 de mesure, en utilisant un devis corrélationnel à la fois transversal et longitudinal. Pour ce faire, nous pourrions comparer de manière transversale les données obtenues auprès des unités participantes avec les données obtenues auprès des autres unités de l'hôpital n'ayant pas participé au programme (groupe contrôle). Ces analyses nous permettront d'évaluer si une quelconque évolution est en lien avec l'amélioration des pratiques de gestion (leadership et capacités managériales) ou semble simplement découler d'un événement contextuel ou du passage du temps.

Ensuite, la composante longitudinale de l'étude permettra, dans un premier temps, de vérifier si les gestionnaires participants présenteront une évolution de leurs habiletés, capacités et styles de leadership et si ces acquis se maintiennent dans le temps, même après la cessation du programme de codéveloppement (18 mois après le démarrage). Les mesures de leadership prises en début de projet seront reproduites environ deux ans après le démarrage. Déjà, nous pourrions vérifier si les participants présentent des acquis qui reflètent leurs apprentissages au cours des séminaires de leadership et de codéveloppement. Ensuite, les gestionnaires passeront deux autres années avec peu ou pas d'interventions, jusqu'à ce que nous soyons prêts pour le dernier temps de mesure. À ce moment, les mêmes mesures de leadership seront prises de nouveau et nous pourrions constater si les gestionnaires qui avaient présenté des acquis ont maintenu ces derniers. La même stratégie sera employée pour l'ensemble des variables de notre modèle à l'étude auprès du personnel des unités participantes.

Stratégie d'intervention

1. Objectifs généraux

La stratégie d'intervention décrite brièvement dans cette dernière section du texte est destinée à produire des impacts significatifs sur les deux variables indépendantes, soit le « leadership » et les « capacités managériales » des cadres supérieurs et des cadres intermédiaires de l'établissement participant. Elle vise donc à répondre à la question de recherche introduite précédemment : comment le CH peut-il transformer la culture, le climat et les pratiques de management en vigueur pour accroître de façon significative le caractère attractif de son environnement psychosocial et fonctionnel et ainsi avoir un impact significatif sur la stabilisation des équipes de soins et la sécurité et la qualité des soins ? Cette question du « comment transformer » implique ces autres questions : quels seront les facteurs de succès, de limitations et d'échecs d'une telle démarche de changement intentionnel ? Quelles stratégies de gestion de changement intentionnel favorisent le mieux l'atteinte des objectifs ? Quel sera l'impact de la démarche sur la dynamique des relations de pouvoir entre les différents groupes d'acteurs impliqués ?

Il a été précisé d'entrée de jeu que la nature des changements visés nous situe dans un contexte de « transformation organisationnelle » et avons revu la documentation qui fournit des indications précises sur le rôle des cadres supérieurs dans ce type de contexte. Il est donc postulé que les membres de la haute direction du CH participant sont conscients de la nécessité de s'engager dans une démarche qui concerne au premier chef leurs pratiques de direction et de communication. De plus, les objectifs de développement du leadership et des capacités managériales s'appliquent tout autant à eux qu'aux cadres intermédiaires. Cet engagement de la haute direction dans le processus de transformation est la pierre angulaire de ce programme de recherche intervention.

L'objectif général consiste à tester une stratégie d'intervention comportant deux volets principaux et s'échelonnant entre janvier 2009 et décembre 2011 (36 mois). Le premier volet consiste en un programme de développement des cadres intermédiaires, tant sur le plan du « leadership efficace », qu'au plan du développement de leurs capacités réflexives en situation de gestion du changement. En pratique, le but essentiel de ce programme consiste à soutenir l'implantation de changements substantiels²²⁶ qui auront un impact positif sur les qualités perçues de l'environnement psychosocial et fonctionnel de travail. Au total, 35 cadres (incluant quelques conseillers-cadres) des services infirmiers, diagnostics et thérapeutiques, techniques et administratifs du CH, répartis en petits groupes de sept, participent à ce programme. Il est à noter que les cadres supérieurs du CH participant ont tous participé à l'activité initiale de ce programme, soit le séminaire intensif de formation au leadership efficace.

Le second volet de la stratégie consiste à mettre en place un processus de traitement des défaillances opérationnelles de système, piloté par la haute direction de l'établissement, qui permettra non seulement de résoudre un certain nombre de défaillances opérationnelles jugées prioritaires compte tenu des objectifs de stabilisation des équipes de soins, mais surtout de s'attacher aux causes structurelles et culturelles de leur récurrence. Cette intervention permettra donc de répondre à la question suivante : quelles sont les contributions d'un programme de codéveloppement des cadres intermédiaires couplé à un programme de développement de la maîtrise des défaillances opérationnelles de systèmes mené par la haute direction de l'établissement, sur les perceptions de l'environnement psychosocial et de l'environnement fonctionnel de travail ? Le tableau 2 fournit un aperçu général des principales composantes de cette stratégie d'intervention.

Tableau 2
Les composantes principales de la stratégie d'intervention

	Cibles de transformation	Mécanisme d'intervention	Objets d'intervention	Stratégies RI/DO*
Cadres intermédiaires et équipe de la base	Leadership et habiletés réflexives (capacités de régulation en cours d'action) Rôle auprès des équipes	Cinq groupes mixtes de codéveloppement de sept participants Mesures de perceptions auprès du personnel des unités participantes (trois temps de mesure)	Amélioration continue du climat de travail Problèmes courants de fonctionnement et de gestion de personnel Relations avec les cadres supérieurs	Formation au leadership. Animation de groupes de codéveloppement Entrevues individuelles de rétroaction suite aux mesures prises auprès du personnel Groupes de discussion avec employés
Cadres supérieurs	Culture et pratiques de direction : leadership et capacités managériales Rôle auprès des cadres intermédiaires	Comité d'initiatives coordonnées en réorganisation opérationnelle (CINCRO) – composé des directeurs et directeurs adjoints	Défaillances opérationnelles priorisées par le comité CINCRO (interventions à la pièce) Processus et dynamiques culturelles et communicationnelles de reproduction (récurrence) des défaillances opérationnelles de systèmes	Observation participante et rétroaction Instrumentation en <i>lean management</i> Diagnostic organisationnel Démarche « projet partagé d'entreprise » Coaching individuel

(*) Recherche intervention / Développement organisationnel

2. Le programme de développement des cadres intermédiaires

2.1 Le séminaire de formation au « leadership efficace »

Les participants procèdent d'abord à une évaluation de type « feedback 360 degrés » à l'aide de questionnaires validés et fondés sur le modèle d'Aronson. À la suite du séminaire intensif de deux jours, chaque participant est rencontré en entrevue individuelle au cours de laquelle le formateur donne une rétroaction précise concernant les enjeux critiques de développement. Quant au séminaire lui-même, les principaux contenus sont résumés au tableau 3

Tableau 3
Les principaux contenus du séminaire de formation au « leadership efficace »

<i>Jour 1</i>

Introduction

- Qu'est-ce que le leadership efficace?
- Définir de nouvelles hypothèses sur le leadership

L'éthique et l'intégrité dans le leadership

- Le voyage intérieur qui relie la performance et la moralité
- La façon dont les leaders exploitent l'intégrité pour atteindre des résultats exceptionnels

Le style de leadership

- Trois styles de leaderships exemplaires
- Le positionnement du leader dans toute situation
- L'emploi de divers styles de leadership selon les besoins de la situation
- L'alignement stratégique avec votre équipe et avec l'organisation

Le leadership à partir du cœur

- Identifier vos valeurs comme leader
- La découverte personnelle par rapport à votre performance comme leader
- La sensibilisation requise pour la transformation de soi et l'organisation

<i>Jour 2</i>

La durabilité du leader

- L'auto développement du leader (ADL)
- Les habitudes requises pour l'amélioration continue du leader

Quatre compétences nécessaires pour le leadership efficace

- L'emploi de ces compétences au travail
- Acquérir l'engagement des employés envers vous
- Créer une vision pour écarter la médiocrité
- Les préparatifs pour votre plan ADL personnel

La mise en œuvre de votre plan personnel de leadership

- Rencontrer votre « équipe de conseillers » pour clarifier vos compétences
- La mise au point de votre vision
- L'élaboration et la finition de votre plan ADL

2.2 Le programme de codéveloppement

Fondé sur la tradition de l'*Action Learning* initiée par Argyris et Shön^{227, 228, 229, 230, 231}, le programme de codéveloppement comporte 12 séminaires d'une demi-journée chacun, échelonnés sur une période de 18 mois (janvier 2009 à juin 2010).

A) Le codéveloppement en tant que dispositif de formation

Selon Payette et Champagne²³², un groupe de codéveloppement se définit comme suit :

« Le groupe de codéveloppement professionnel est une approche de formation qui mise sur le groupe et sur les interactions entre les participants pour favoriser l'atteinte de l'objectif fondamental : améliorer sa pratique professionnelle. Le groupe constitue une communauté d'apprentissage qui partage les mêmes buts et utilise la même méthode : étude attentive d'une situation vécue par un participant et partage de savoirs pratiques surtout et de connaissances théoriques au besoin. Le groupe de codéveloppement professionnel, en mettant l'accent sur le partage d'expériences, sur la réflexion individuelle et collective, sur les interactions structurées entre praticiens expérimentés, vise à élargir les capacités d'action et de réflexion de chaque membre du groupe. »

Une formation en codéveloppement est une démarche concrète d'apprentissage à l'efficacité personnelle et professionnelle. En pratique, les participants sont instrumentés de manière à pouvoir faire des apprentissages à partir de cas réels vécus dans leurs unités. Ce dispositif de formation permet de s'approprier la méthode du « praticien réflexif²³³ » qui consiste à s'autoréguler en cours d'action et ainsi à influencer plus efficacement les conditions et les conséquences de ses actions. Schön postule ainsi que l'une des sources importantes du savoir professionnel est niché dans l'agir professionnel lui-même²³³. La participation à un groupe de codéveloppement fournit donc aux gestionnaires l'occasion d'apprendre à être plus efficace par un travail de réflexion sur leur propre pratique afin d'augmenter leurs habiletés communicationnelles et leurs capacités d'influence. Ce qui donne l'occasion aux participants de prendre conscience de leurs modèles implicites de l'action efficace, de consolider leur identité professionnelle et d'apprendre à aider et à être aidé.

Les principaux postulats qui fondent cette approche sont les suivants : (1) la pratique a des savoirs que la science ne produit pas ; (2) apprendre une pratique professionnelle, c'est apprendre à agir ; (3) échanger avec d'autres sur ses expériences permet des apprentissages impossibles autrement ; (4) le praticien en action est une personne unique dans une situation unique ; (5) la subjectivité de l'acteur est aussi importante que l'objectivité de la situation ; (6) le travail sur l'identité professionnelle est au cœur du codéveloppement et (7) pour apprendre à mieux agir, il faut d'abord désapprendre et puis, souvent, reconnaître ses incompétences et apprendre à s'en servir.

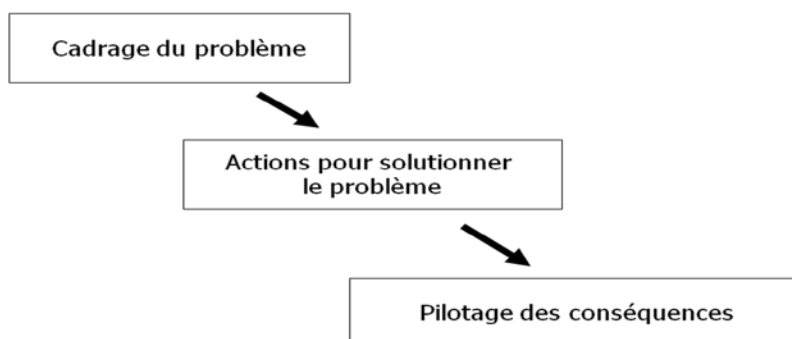
B) Les principaux outils conceptuels

Les outils conceptuels utilisés au cours des séminaires afin de guider les participants proviennent principalement des travaux d'Argyris et Schön^{227,228,229,230,231}. Il s'agit de : (1) la « zone de réflexion » et le « cadrage des problèmes » ; (2) la « boucle simple » et la « boucle double » d'apprentissage, (3) les théories de l'action et (4) le « modèle I » et le « modèle II » de communication. Nous utilisons aussi travaux de Kegan et Lahey²³⁴ pour ce qui a trait aux « langages transformationnels ». Ces outils sont brièvement introduits ci-après.

La « zone de réflexion » et le cadrage des problèmes

La pratique réflexive est un processus qui conduit à rendre explicite le savoir tacite dans l'agir professionnel, à partir d'une réflexion en cours d'action et sur l'action. En cours d'action, comme il y a toujours une très grande quantité d'information ou de données à reconnaître et à gérer, l'individu sélectionne certaines d'entre elles (et pas d'autres) et compose avec la situation en cours en fonction de ces données. Cette zone d'attention à certaines données et non à d'autres est appelée « zone de réflexion ». Confronté à une situation inhabituelle qualifiée de surprenante, troublante ou difficile, et ayant constaté que son action normalement efficace n'a pas produit les résultats attendus, l'individu cherche en premier lieu à nommer le problème à résoudre. Cette action de nommer un problème correspond à l'action de « cadrer le problème à résoudre ». C'est en fonction de ce cadrage qu'il agit et qu'il est attentif aux effets de ses actions afin de déterminer s'il a réussi à résoudre le problème. Ainsi, le cycle « cadrage du problème – actions – pilotage des conséquences » se poursuit jusqu'à la résolution ou la disparition du problème. La figure 7 illustre ce processus.

Figure 7
Le cycle « cadrage – actions – conséquences »



Pour illustrer comment ces outils conceptuels sont utilisés, voici quelques exemples de questions qui peuvent être discutées lorsqu'un membre d'un groupe de codéveloppement présente un cas.

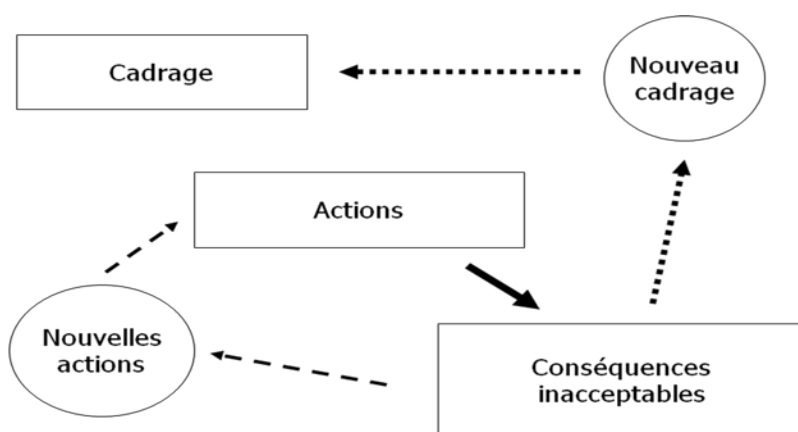
- Comment le gestionnaire s’y prend pour cadrer le problème qu’il a choisi ?
- Qu’est-ce qu’il fait et/ou comment s’y prend-il pour le résoudre?
- Comment nous, à titre d’accompagnateurs, cadrons le problème d’être une ressource aidante pour le gestionnaire ?
- Que faisons-nous et/ou comment s’y prend-on pour l’aider ?
- Est-ce que le gestionnaire évite certains aspects de la situation, que les membres de son personnel considéreraient importants? Se concentre-t-il sur certains aspects moins importants alors qu’il en éviterait d’autres plus difficiles ?
- Les constituantes de sa zone de réflexion changent-elles au fil du temps ?

La boucle simple et la boucle double d’apprentissage

Les actions mises en œuvre pour résoudre les problèmes ne produisent pas toujours les résultats ou les conséquences escomptés. L’apprentissage est le résultat de la détection et de la correction des erreurs (conséquences inacceptables), c’est-à-dire des écarts entre les conséquences souhaitées et conséquences effectives. C’est la « réflexion en cours d’action » et l’attention aux conséquences qui permet de repérer un tel écart. Ces écarts, ou « erreurs », deviennent des opportunités pour apprendre. Comme l’illustre la figure 8, lorsque les conséquences de l’action sont inacceptables, le gestionnaire a deux choix : entreprendre de nouvelles actions ou modifier le cadrage du problème.

Figure 8

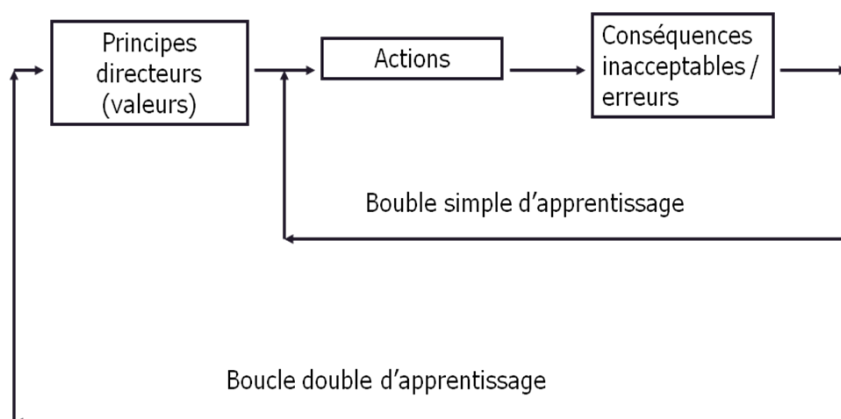
Deux possibilités face aux conséquences inacceptables de son action



Ainsi, dans le pilotage des conséquences de l’action en vue de réaliser ses intentions, le gestionnaire peut, soit changer ces actions au moyen d’une boucle simple d’apprentissage, soit

changer le cadre qu'il a donné au problème à résoudre, ce qui est le résultat d'une boucle double d'apprentissage. La figure 9 illustre.

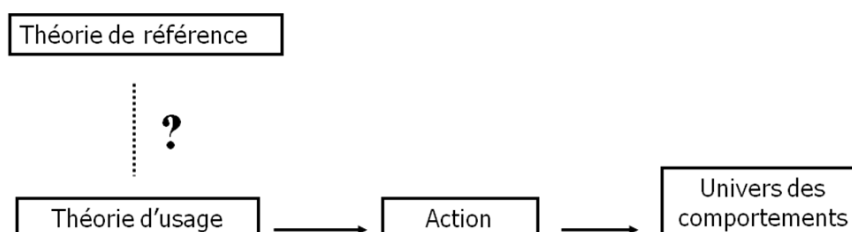
Figure 9
Boucle simple et boucle double d'apprentissage



Les théories de l'action

Le gestionnaire est un acteur intentionnel et stratégique : il agit dans le but de réaliser ses intentions. Pour ce faire, il s'appuie sur des théories de l'action efficace (implicites ou explicites). Ces théories de l'action sont généralement enracinées dans son expérience personnelle et professionnelle. En fait, il y a deux types de théories de l'action : celles que l'on « explique » pour justifier nos actions, et celles que l'on « agit », qui se retrouvent à la racine même de nos actions. Celles que l'on explique sont des « théories de référence » et celles que l'on agit sont appelées « théories d'usage ». Il arrive parfois, comme le dit l'adage populaire, que « les babines ne suivent pas les bottines ».

Figure 10
Les théories de l'action



Ainsi, lorsqu'on analyse les actions d'un gestionnaire dans le cadre d'un séminaire de codéveloppement, on cherche à mieux cerner ses théories de référence, à découvrir ses théories d'usage et à établir les écarts entre les deux.

Le modèle I et le modèle II de communication

Argyris a mis en évidence deux théories d'action liées aux communications appelées respectivement « Modèle I » et « Modèle II ». Le premier est le plus commun dans les organisations et s'appuie sur le modèle classique « gagnant/perdant », notamment lorsque les difficultés surviennent. Le second correspond à des relations basées sur la coopération. En pratique, lorsque la théorie d'usage correspond au Modèle I, on constate habituellement que, dans des situations difficiles, le cadrage et les actions sont contre-productifs par rapport aux intentions. Les principales caractéristiques ou « principes directeurs » de chacun de ces deux modèles de communication ont été reformulés par St-Arnaud²³⁵ et sont présentés au tableau 3 :

Tableau 3
Les deux modèles de communications

Principes directeurs du modèle I	Principes directeurs du modèle II
<ul style="list-style-type: none"> • Définir les buts et tenter de les atteindre • Multiplier les victoires et réduire le nombre de défaites (« win/lose principle ») • Restreindre autant que faire se peut les occasions d'entretenir ou d'exprimer des sentiments négatifs • Demeurer rationnel avant tout 	<ul style="list-style-type: none"> • Maximiser l'information valide • Multiplier les choix libres et éclairés • Intensifier l'engagement intérieur envers les décisions qui sont prises et en surveiller fidèlement la mise en pratique

À titre d'exemple, sont listées ci-après d'autres questions qui peuvent être discutées lors d'un séminaire de codéveloppement, en relation avec les théories de l'action et les modèles de communication.

- Quelle est la théorie de référence du gestionnaire ?
- Quelle est sa théorie d'usage ?
- Quels sont les écarts entre la théorie de référence et la théorie d'usage ?
- Jusqu'à quel point sa théorie d'usage correspond au Modèle I ?
- Pouvons-nous identifier les aspects contre-productifs de la théorie d'usage et nommer leurs effets inhibiteurs au développement de meilleures capacités à résoudre les problèmes ainsi qu'au développement d'une meilleure capacité à apprendre ?

Enfin, dans le développement des méthodes du « praticien réflexif », on découvrira aussi que certains comportements sont contre-productifs du point de vue de l'apprentissage par l'action et dans l'action. Par exemple, (1) des évaluations ou des inférences qui ne sont pas testées ou explicitées ; (2) des conclusions hâtives formulées sans une base argumentaire suffisante (3) un trop haut niveau de généralisation ou d'abstraction et (4) une rétention d'information.

Les langages transformationnels

Finally, le modèle de Kegan et Lahey²³⁴ distingue les « langages transformationnels », c'est-à-dire les langages qui favorisent les apprentissages et la coopération, des « langages non-transformationnels ». Ce modèle constitue le cinquième outil conceptuel utilisé dans le cadre de ce programme de codéveloppement. Il permet d'explorer de façon plus élaborer le « modèle II » de communication en relation avec quatre langages individuels et trois langages organisationnels : l'engagement vs la plainte ; la responsabilité personnelle vs le blâme ; les engagements antagonistes vs les « résolutions du Jour de l'an » ; la croyance en des vérités toutes relatives vs la croyance en des vérités qui nous aveuglent ; la reconnaissance constante vs les prix et les flatteries ; les ententes communes et publiques vs les lois et les règles et, enfin, la critique relative vs la critique constructive.

C) Le rôle des cadres de direction

Enfin, nous prévoyons mettre en place dès l'automne 2009 une pratique de « coach des coachs » pour favoriser le transfert d'apprentissage. Les cadres de direction seront donc formés et instrumentés pour établir avec chacun des gestionnaires participants au programme relevant directement d'eux une relation de supervision et de coaching. L'instrumentation qui sera fournie favorisant l'établissement d'objectifs et la mise en place de moyens de soutien centrés non seulement sur l'amélioration des environnements psychosocial et fonctionnel des employés, mais aussi sur l'amélioration des conditions d'exercice et de la latitude décisionnelle des cadres intermédiaires.

3. Le programme de maîtrise de défaillances opérationnelles de systèmes

Tel qu'introduit au début de la présente section, le second volet de l'intervention consiste à mettre en place un processus de traitement des défaillances opérationnelles de systèmes, selon l'approche des systèmes complexes adaptatifs et du *lean management*. D'une part, l'objectif consiste à contribuer, pendant la période de financement, à la résolution d'un certain nombre de défaillances opérationnelles interservices qui compromettent la sécurité/qualité des soins et la satisfaction au travail du personnel de soins, en intervenant directement auprès des personnes et des groupes concernés. D'autre part, il s'agit aussi de soutenir la direction de l'établissement dans la réalisation d'un processus de transformation organisationnelle qui permettra de maîtriser

les sources de récurrence des défaillances. Ce processus de développement se fonde sur quelques outils conceptuels et il est co-construit avec les partenaires décideurs selon les apprentissages faits au fur et à mesure de sa progression dans le temps.

3.1 Les outils conceptuels qui guident l'intervention

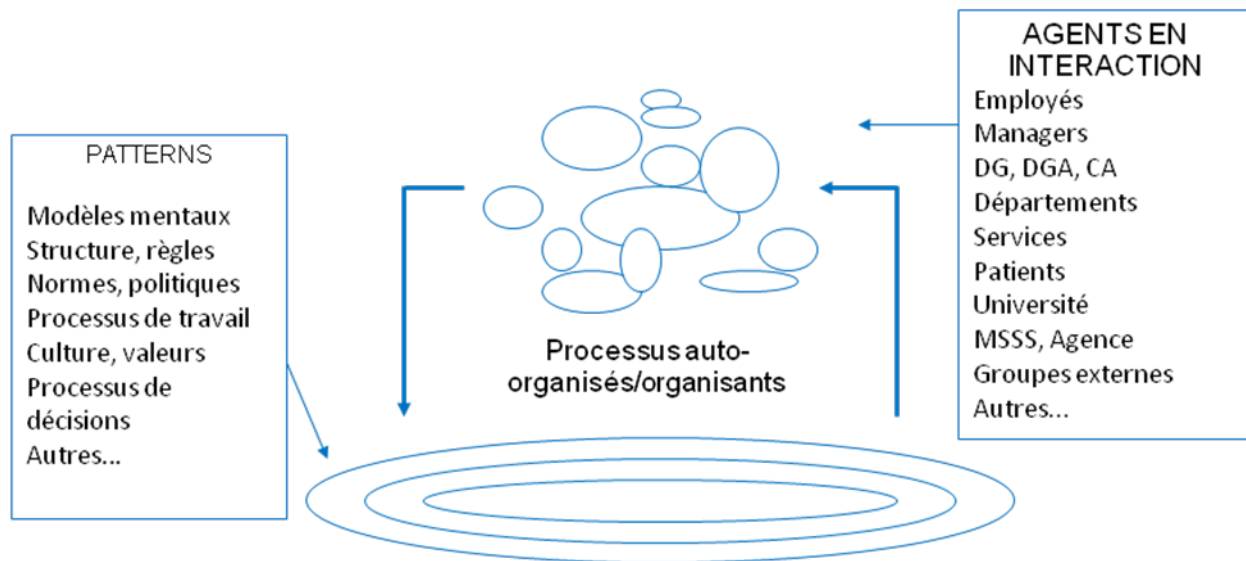
La gestion du programme de maîtrise des défaillances opérationnelles de systèmes est sous la responsabilité du chef de projet, c'est-à-dire la directrice générale adjointe de l'établissement. Le chercheur intervenant principal agit à titre de conseiller et il est lui-même assisté d'une interne en psychologie. Le Comité d'INItiatives Coordonnées en Réorganisation Opérationnelle (CINCRO) est composé de tous les cadres supérieurs de l'établissement, soit six directeurs et directrices, ainsi que leurs adjoints et adjointes. En principe, ce comité doit se réunir à un intervalle de six semaines. Le mandat du comité CINCRO consiste à prévenir et à corriger les « défaillances opérationnelles de systèmes » en se concentrant sur l'intégration (versus la différenciation) des actions à mener pour assurer la maîtrise des opérations et la réalisation de la vision.

Depuis le démarrage du programme en janvier 2009, quatre équipes d'améliorations rapides (EAR) ont été mises en place pour réaliser quatre projets spécifiques de maîtrise de défaillances de systèmes : deux à la direction des ressources humaines (embauche/sélection/affectation et centralisation des activités de remplacement), un à la direction des services professionnels et hospitaliers (accessibilité et continuité des services de réadaptation physique) et un qui concerne les pratiques médicales, appelé « hôpital virtuel ». Les principaux outils conceptuels utilisés pour accompagner le comité CINCRO et les EAR sont de deux ordres : l'analyse des systèmes complexes adaptatifs et le *lean management*. La stratégie d'intervention consiste donc à accompagner ces groupes et leurs leaders dans un rôle d'observateur participant, de formateurs, d'agents de rétroaction et d'experts-conseils, notamment au niveau de l'instrumentation et du coaching en gestion de changement.

a) Les défaillances opérationnelles vues comme des systèmes complexes adaptatifs

Ce cadre théorique permet de concevoir une défaillance opérationnelle de système comme « un tout perçu dont les éléments sont inter reliés ». Dans ce cadre systémique, la défaillance opérationnelle est un ordre/désordre émergent, inscrit dans le temps de longue durée – qui s'enracine dans une histoire socialement construite – et dont le futur est imprévisible. De ce point de vue, les leviers de traitement d'une défaillance opérationnelle de système sont les « agents en interaction » producteurs et reproducteurs de la défaillance, les « patterns d'interactions » qu'ils ont entre eux et que l'on peut comprendre et interpréter à partir d'une étude approfondie des interactions quotidiennes et des processus auto-organisés/organisant. Cette perspective constructiviste²³⁶ des organisations conçues comme des systèmes complexes est illustrée à la Figure 11

Figure 11
Les défaillances opérationnelles de systèmes vues sous l'angle des
systèmes complexes adaptatifs



Pour comprendre les défaillances opérationnelles de systèmes, il faut donc développer une pensée complexe. Or la pensée complexe se développe au fur et à mesure que l'on devient conscients/éveillés (*awareness*) du modèle avec lequel on regarde une réalité donnée. Cet éveil demande de se pencher sur les façons de comprendre et d'interpréter qui s'inscrivent dans un contexte sociohistorique donné, comme le CH participant, pour penser et agir et donc, arriver à se mettre dans une autre perspective pour comprendre le problème. En d'autres termes, pour comprendre et appliquer les théories systémiques à des problèmes concrets afin d'avoir des percées significatives au niveau de la prise de décision, il faut restructurer ses propres modèles mentaux à un niveau plus élevé de complexité. C'est l'essentiel de la cybernétique de deuxième ordre, c'est-à-dire une approche qui intègre les conceptions positivistes et constructivistes des systèmes humains d'action, en accord avec la tradition développée par Chekland^{237 238}.

Une façon concrète de favoriser ce développement consiste à guider les participants dans un questionnement qui les conduit à s'interroger à partir de plusieurs perspectives. Les questions qui suivent ont été développées dans ce but et se fondent sur les métaphores de l'organisme vivant, de l'arène politique et du cerveau.

Processus de questionnement vis-à-vis une défaillance opérationnelle récurrente

1. Quelle est la nature de cette défaillance opérationnelle de système ? Quels en sont les impacts sur le personnel de soins ? Sur les patients ? Quelles en sont les causes perçues ?

Quelles solutions a-t-on appliquées jusqu'à maintenant ? Quelles sont les stratégies compensatoires ?

2. Combien d'acteurs sont impliqués dans les décisions qui affectent la production et la livraison de ce service ou de cette ressource ? Quel est le mécanisme d'intégration de ces décisions ? Y-a-t'il une trop grande dispersion des contrôles relatifs à la production et à la livraison de ce service ?
3. Est-ce que les groupes d'acteurs concernés forment des sous-cultures dont les normes opérationnelles et les rituels fonctionnels sont trop divergents pour favoriser un équilibre dynamique (dialectique) entre le dialogue et le débat contradictoire lorsqu'ils cherchent à résoudre cette défaillance opérationnelle ?
4. Quelle est la logique d'action des acteurs en présence (de soins, de manque et d'imprévisibilité, de programmation procédurale, de contrôle des ressources, etc.) ? En quoi leurs intérêts sont à la fois complémentaires, antagonistes et concurrents ? Comment définissent-ils leurs intérêts individuels (de groupe) et l'intérêt commun ? Jusqu'à quel point chacun des acteurs concernés intègre la logique des autres dans la définition de l'intérêt commun ?
5. Est-ce que la non-résolution ou la résolution partielle de la défaillance opérationnelle procure du contrôle à l'un ou l'autre des groupes d'agents concernés sur une zone d'incertitude importante pour l'ensemble de l'organisation ?
6. En conséquence, quels changements faut-il faire pour favoriser un engagement des groupes d'acteurs concernés dans une démarche de ré-équilibrage des énergies investies au niveau des systèmes formels d'échanges et de communication dans le dialogue versus le débat contradictoire, vis-à-vis la résolution de cette défaillance opérationnelle ?

b) Le *lean management*

Le principe clé du *lean management*²³⁹ est plus facile à énoncer qu'à réaliser : éliminer le gaspillage ! Toute dépense de temps, de matériel, de ressources financières, humaines ou autres qui ne génèrent pas de valeur perceptible pour le patient doit être réduite. Ce principe conduit à distinguer deux types d'activités : (1) des activités à valeur ajoutée (AVA), soit des activités qui transforment ou modifient des ressources liées à la dispensation des soins et pour lesquelles le patient perçoit de la valeur ; (2) des activités à non-valeur ajoutée (ANVA), soit des activités qui utilisent du temps, des ressources ou de l'espace sans ajouter de valeur pour le patient.

Cette approche conduit donc à réviser les processus de travail selon le point de vue du patient, ce qui est tout à fait cohérent avec la philosophie sous-jacente au concept de défaillances opérationnelles de systèmes. Les 14 principes du *lean management*²⁴⁰ qui guident nos interventions auprès du comité CINCRO et des EAR se résument comme suit.

Aspects psychosociaux : leadership et philosophie de gestion

1. Baser ses décisions de gestion sur une philosophie à long terme.
2. Bâtir une culture organisationnelle qui rend possibles les discussions ouvertes et les débats à propos des sources de défaillances et qui favorise la créativité dans la recherche de solutions.
3. Développer des leaders qui comprennent profondément les processus de travail, la philosophie de gestion sous-jacente au *lean management* et qui sont capables de l'enseigner aux autres.
4. Développer des personnes et des équipes exceptionnelles qui suivent la philosophie de l'établissement.
5. Prendre les décisions lentement par consensus « d'apprentissages », en considérant toutes les options possibles, et les implanter rapidement par la suite.
6. Devenir une organisation apprenante à travers une réflexion constante et l'amélioration continue.
7. Respecter son réseau de partenaires et de fournisseurs en les mettant au défi et en les aidant à s'améliorer.

Aspects fonctionnels : processus et techniques

8. Viser à raccourcir les processus, à les rendre concomitants (plutôt que séquentiels) et à réduire le plus possible le nombre d'intervenants dans chaque processus.
9. Utiliser des systèmes production qui opèrent en fonction de la demande (systèmes *pull*) et non en fonction d'une capacité standardisée de production en continu (systèmes *push*), pour éviter la surproduction.
10. Niveler la charge de travail.
11. Privilégier des tâches standardisées qui favorisent l'habilitation des employés dans la recherche d'amélioration continue.
12. Utiliser le contrôle visuel pour rendre tous les problèmes visibles.
13. Utiliser des technologies fiables et validées.
14. Aller observer soi-même sur le terrain pour comprendre en profondeur la situation.

En résumé, il s'agit d'une approche centrée sur l'élimination du gaspillage et la résolution des problèmes. Elle se fonde sur une vision à long terme, le respect et le développement des partenaires (employés, fournisseurs, administrateurs, bénévoles, réseau externe, familles, etc.) et l'amélioration continue des processus. Ce sont les « 4 P » du *lean management* : problème, philosophie, partenaires et processus.

3.2 Le processus d'intervention « en co-construction »

Le bilan d'étape réalisé six mois après le démarrage du programme, soit en juin 2009, a conduit la direction du CH participant à prendre conscience que la réussite du programme repose sur

l'adoption d'une approche globale de « transformation organisationnelle ». Cette approche concerne les dynamiques historiques d'ordre culturel et communicationnel qui sous-tendent les capacités et les limites actuelles de l'hôpital face aux défis actuels liés aux ressources humaines, à la qualité du milieu de travail, la performance organisationnelle et la qualité des soins et des services. Un diagnostic organisationnel est en cours à propos des sources culturelles et communicationnelles de récurrence des défaillances opérationnelles de systèmes.

Ainsi, après une première phase de sensibilisation et d'engagement dans quelques projets concrets de résolution de défaillances opérationnelles de systèmes (les quatre EAR mentionnés précédemment), la direction du CH participant constate la nécessité de s'engager dans une démarche de mobilisation de l'ensemble de l'établissement. Pour ce faire, la prochaine phase consistera en une démarche de « projet partagé d'entreprise », c'est-à-dire un processus de communication et d'habilitation conduisant chaque gestionnaire et chaque équipe de travail à participer à la définition de la vision à long terme, des valeurs et des stratégies de développement. Il ne s'agit donc pas d'un processus traditionnel de planification stratégique qui consiste habituellement en une démarche au cours de laquelle les dirigeants définissent d'abord les orientations stratégiques et les valeurs de l'organisation et informent ensuite les gestionnaires et les employés.

Beer et Nohria²⁰ expliquent que le succès des démarches de transformation organisationnelle serait associé à une utilisation dialectique des approches de changement intentionnel fondée, d'une part, sur les valeurs économiques et les changements structurels – ce que les outils du *lean management* permettent de faire – et d'autre part, sur le développement des capacités de l'organisation à changer et l'évolution des pratiques culturelles. La démarche « projet partagé d'entreprise » est un processus de développement organisationnel issu principalement des travaux de Archier, Serieyx et Albert²⁴¹ et de Senge⁷⁷, lequel a été associé au courant de management appelé « gestion intégrale de la qualité » dans les années 80 et 90.

Cette démarche vise justement le développement des capacités de l'organisation à changer et l'évolution des pratiques culturelles. Il s'agit d'un processus continu d'échanges, de dialogues et de débats qui vise à modifier progressivement la nature des dynamiques interactionnelles entre les membres de l'organisation, soit les patterns d'interactions associés aux processus auto-organisés/organisant qui réduisent les capacités à créer des environnements de travail sains et performant. Ce processus de communication donne à chaque équipe de l'établissement la possibilité de participer au processus de co-construction de sens qu'implique le développement d'une vision partagée à long terme et la formulation de valeurs phares. Ainsi, chaque directeur et directrice sera amené à réaliser ce processus de communication avec leurs gestionnaires, et chaque gestionnaire à son tour aura la responsabilité de faire de même avec les équipes de la base, selon un processus d'influence de type « *top-down/bottom-up* ». Le démarrage de cette deuxième phase du programme est prévu pour septembre 2009.

Bibliographie

-
- ¹ Bulletin d'information concernant les ressources humaines et institutionnelles du réseau sociosanitaire québécois, Service du développement de l'information – INFO-SÉRHM – Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Mai 2009.
 - ² Tucker, A.L., Edmondson, A.C., & Spear, S. (2002). When problem solving prevents organizational learning. *Journal of Organizational Change*, 15(2), 122-137.
 - ³ Tucker, A.L. (2004). The impact of operational failures on hospital nurses and their patients. *Journal of Operations Management*, 22, 151-169.
 - ⁴ Tucker, A.L., & Spear, S.J. (2006). Operational Failures and Interruptions in Hospital Nursing. *Health Services Research*, 41(3), 643-662.
 - ⁵ La valorisation de l'argent : renforcer le système canadien de santé. Conseil canadien de la santé. Février 2009.
 - ⁶ OMS (2006). Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé.
 - ⁷ Priest, A. (2006). Les maux qui affligent nos infirmières. Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada. Rapport de recherche. Fondation Canadienne de recherche sur les services de santé.
 - ⁸ McCutcheon, A.S., MacPhee, M., Davidon, J.M., Doyle-Waters, M., Mason, S., Winslow, W. (2006). Allier dotation et sécurité : synthèse des données probantes sur la dotation en personnel infirmier et la sécurité du patient. Rapport de recherche. Fondation canadienne de recherche sur les services de santé.
 - ⁹ Giddens, A. (1987). *La constitution de la société*. PUF. Paris.
 - ¹⁰ Gagnon, S. (1998). Changement organisationnel et reproduction sociale : un modèle de diagnostic des processus de structuration de l'action en contexte de changement intentionnel. *Thèse de doctorat*. Université du Québec à Montréal.
 - ¹¹ Glouberman, S., Mintzberg, H. (1998). Managing the Health of Care et the Cure of Disease. Manuscrit. McGill University.
 - ¹² Denis, J.L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*. Vol. 44, no. 4, 809-837
 - ¹³ Holcman, R., (2007). *La fin de l'hôpital public ?*, Editions Lamarre, Rueil-Malmaison.
 - ¹⁴ Holcman, R., (2008). La dysorganisation, un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs ». *Revue française de gestion*, 34(184), 35-50
 - ¹⁵ Morgan, G. (1998). *Images of Organization, The Executive Edition*. Thousand Oaks: Sage Publications
 - ¹⁶ Chekland, P.B. (1981) *Systems Thinking, Systems Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
 - ¹⁷ Holland. J.H. (1994). *Complexity: the emerging science at the edge of order and chaos*. Harmondsworth: Penguin.
 - ¹⁸ Simon, H.A. (1947) *Administrative Behavior*. New York, NY : The Free Press
 - ¹⁹ Szumal, J.L. (1998). Guide d'interprétation et de développement. - Inventaire de la culture organisationnelle (ICO). Human Synergistics
 - ²⁰ Beer, M., Nohria, N. 2000. Cracking the code of change. *Harvard Business Review*, May-June 2000.
 - ²¹ Watzlavick, P., Weakland, J., & R. Fish. (1975). *Changement, paradoxe et psychothérapie*. Éditions du Seuil. Paris.
 - ²² Nadler, D.A., Shaw, R.B., & Walton, A.E. (1995). Types of Organizational Change: From Incremental Improvement to discontinuous Transformation. Dans *Discontinuous Change*. San Francisco, California. Jossey-Bass Publishers, 1, 15-34.
 - ²³ Peters, T., & Waterman, R. (1982). *In Search For Excellence*. New-York, NY: Random House.

-
- ²⁴ Pascale, R.T. (1991). *Managing On The Edge*. New York, NY. Simon & Schuster.
- ²⁵ Yin, R. K. (1999). Enhancing the Quality of Case Studies in Health Services Research. *Health Services Research*, 34(5-2), 1209-1224.
- ²⁶ Ruddin, L. P. (2006). You Can Generalize Stupid! Social Scientists, Bent Flyvbjerg, and Case Study Methodology. *Qualitative Inquiry*, 12(4), 797-812.
- ²⁷ Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245.
- ²⁸ Campbell, D. T. (1975). Degrees of freedom and the case study. *Comparative Political Studies*, 8(1), 178-191.
- ²⁹ Reason, P., & Bradbury, H. (2008). *The SAGE Handbook of Action Research. Participative Inquiry and Practice*. Sage Publications. Second Edition
- ³⁰ Gronhaug, K., & Olson, O. (1999). Action research and knowledge creation: merits and challenges. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 2 (10), 6-14.
- ³¹ Baburoglü, O., & Ravn I. (1992). Normative Action Research. *Organization Studies*, 13 (1), 19-34.
- ³² Bate, P., Khan, R., & Pyle, A.J. 2000. Culturally sensitive structuring: An action research-based approach to organization development and design. *Public Administration Quarterly*, 23 (4), 445-470.
- ³³ Rhéaume, J., (1993). Dimensions épistémologiques des liens entre théories et pratiques. Dans E. Enriquez, G. Houle, J. Rhéaume, R. Sévigny (Éds). *L'analyse clinique dans les sciences humaines* (pp. 83-96). Éditions St-Martin.
- ³⁴ Tessier, R., (1993). La portée nomothétique de la méthode Clinique. Dans E. Enriquez, G. Houle, J. Rhéaume, R. Sévigny (Éds). *L'analyse clinique dans les sciences humaines* (pp. 75 à 82). Éditions St-Martin.
- ³⁵ Mckay, J., & Marshall, P. (2001). The dual imperatives of action research. *Information Technology & People*, 14 (1), 46-59.
- ³⁶ Waclawski, J., & Church, A.H. (2002). *Organization Development. A Data-Driven Approach to Organization Change*. A Publication of the Society for Industrial and Organizational Psychology. Jossey- Bass.
- ³⁷ Langley, A., (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review*. 24(4), 691-710.
- ³⁸ Ragin, C. C. (1997). Turning the Tables: How Case-oriented Research Challenges Variable-oriented Research. *Comparative Social Research*, 16(1), 27-42.
- ³⁹ Ragin, C. C. (1994). *Constructing Social Research: The Unity and Diversity of Method*. Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
- ⁴⁰ Armenakis, A.A., & Bedeian, A.G. (1999). Organizational change: A review of theory and research in the 1990s. *Journal of Management*, 25(3), 293-315.
- ⁴¹ Miller, D., Greenwood, R., & Hinings, B. (1999). Miser sur le chaos créateur ou évoluer dans la continuité. *Gestion*, 24(3), 158-163.
- ⁴² Mintzberg, H., Ahlstrand, B., & Lampel, J. (1999). Transformer l'entreprise. *Gestion*, 24(3), 122-130.
- ⁴³ Demers, C. (1999). De la gestion du changement à la capacité de changer: l'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui. *Gestion*, 24(3), 131-138.
- ⁴⁴ Rondeau, A. (1999). Transformer l'organisation : vers un modèle de mise en œuvre. *Gestion*, 24(3), 148-157.
- ⁴⁵ Rundall, T. G., Devers, K. J., & Sofaer, S. (1999). Overview of the Special Supplement Issue. *Health Services Research*, 34(5-2), 1091-1100.
- ⁴⁶ Giddens, A., (1993). Une théorie critique de la modernité avancée. Dans : M. Audet et H. Bouchikhi (Éds.). *Structuration du sociale et modernité avancée*. PUL, Québec.

-
- ⁴⁷ Le Moigne, J.L. (1995) *Les épistémologies constructivistes*. Que sais-je ? PUF, Paris
- ⁴⁸ Pasmore, W.A., & Fagans, M.R. (1992). Participation, Individual Development and Organizational Change : A Review and Synthesis. *Journal of Management*, 18(2).
- ⁴⁹ Badger, T.G. (2000) Action research, change and methodological rigor. *Journal of Nursing Management*, 8, 201-207
- ⁵⁰ Waterman, H. (1998) Embracing ambiguities and valuing ourselves : issues of validity in action research. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 1001-1005.
- ⁵¹ Gagnon, S., Ritchie, J., Shanon, V., & Smith, R. (2006). *Job Satisfaction and Retention of Nursing Staff: The Nurse Management Leadership Impact. Final Report*. Canadian Health Services Research Foundation.
- ⁵² Gagnon, S., Paquet, M., Lavoie-Tremblay, M., & Courcy, F. (2008). *Programme inter établissement de recherche-action sur le climat de travail : Rapport final*. Healthy Workplaces Initiative Program. Office of Nursing Policy, Health Policy Branch Health Canada
- ⁵³ Gagnon, S., Paquet, M., & Courcy, F. (2008). *Climat psychologique et « santé » du milieu de travail*. Acte du 15e congrès de l'Association internationale de psychologie du travail de langue française sur le thème « Entre tradition et innovation : comment transformons-nous l'univers du travail ». Université Laval, Québec, Canada.
- ⁵⁴ Aronson, E. (2001). Integrating leadership styles and ethical perspectives, *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 2001, 18 (4), 244-256.
- ⁵⁵ Aronson, E. (2004). Ethics and leader integrity in the health sector. Doctorate Thesis. Ottawa : National Library of Canada.
- ⁵⁶ Bass, B.M. (1985). *Leadership and Performance Beyond Expectations*. New York: The Free Press.
- ⁵⁷ Bass, B.M. (1990). *Bass & Stogdill's Handbook of Leadership*. New York: The Free Press division of Macmillan, Inc.
- ⁵⁸ Bass, B.M. (1998). *Transformational Leadership: Industrial, Military, and Educational Impact*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- ⁵⁹ Bass, B.M. & Avolio, B.J. (1994). *Improving Organizational Effectiveness Through Transformational Leadership*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- ⁶⁰ Bass, B.M. & Steidlmeier, P. (1999). Ethics, Character, and Authentic Transformational Leadership Behavior. *Leadership Quarterly*, 10(2), 181-217.
- ⁶¹ Conger, J.A. & Kanungo, R.N. (1988). *Charismatic Leadership: The Elusive Factor in Organizational Effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.
- ⁶² Conger, J.A. & Kanungo, R.N. (1998). *Charismatic Leadership in Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- ⁶³ Conger, J.A. (1999). Charismatic and Transformational Leadership in Organizations: An Insider's Perspective on these Developing Streams of Research. *Leadership Quarterly*, 10(2), 145-179.
- ⁶⁴ Yukl, G & Van Fleet, D.D. (1992). Theory and Research on Leadership in Organizations. Dans M.D. Dunnette & L.M. Hough (Éds.). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (2nd ed.), vol. 3 (pp. 147-197). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press Inc.
- ⁶⁵ Yukl, G. (1994). *Leadership in Organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- ⁶⁶ Yukl, G. (2001). *Leadership in Organizations (Fifth Edition)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- ⁶⁷ Bryman, A. (1992). *Charisma and Leadership in Organizations*. London: Sage.
- ⁶⁸ Fiedler, F.E. (1967). *A Theory of Leadership Effectiveness*. New York: McGraw-Hill.

-
- ⁶⁹ House, R.J. (1973). A Path-Goal Theory of Leadership Effectiveness. Dans E.A. Fleishman & J.G. Hunt (Éds.), *Current Development in the Study of Leadership*. Carbondale, IL: Southern Illinois University Press.
- ⁷⁰ Hersey, P. & Blanchard, K.H. (1969). *Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resources*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- ⁷¹ Vroom, V.H. & Yetton, P.W. (1973). *Leadership and Decision-Making*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.
- ⁷² Yukl, G. (1989). Managerial leadership: A Review of Theory and Research. *Journal of Management*, Vol. 15, No. 2.
- ⁷³ Burns, J.M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.
- ⁷⁴ Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et organisation des soins*, 40(1).
- ⁷⁵ Peters, T., Waterman, R.. 1982. *In Search For Excellence*. New-York, NY: Random House.
- ⁷⁶ Pascale, R.T. 1991. *Managing On The Edge*. New York, NY. Simon & Schuster.
- ⁷⁷ Senge, P. (1991). *La cinquième discipline*. FIRST. Paris.
- ⁷⁸ Cooke, R.A., Szumal, J.L. (2000). Using the Organizational Culture Inventory to Understand the Operating Culture of Organizations. Dans N.M. Ashkanasy, C.P.M Wilderom et M.F. Peterson (Éds.), *Handbook of Organizational Culture and Climate*. Sage Publications.
- ⁷⁹ Dejours, C. (1980). *Travail, usure mentale - De la psychopathologie à la psycho dynamique du travail*, Paris : Bayard éditions .
- ⁸⁰ Quinn, R. E., & McGrath, M.R. (1985). The transformation of organizational cultures: a competing values perspective. Dans P. Frost, L. Moore, M. Louis, C. Lundberg, & J. Martin (Éds.), *Organizational Culture*. Beverly Hills, CA: Sage
- ⁸¹ Quinn, R.E., & Rohrbaugh, J. (1983). A spatial model of effectiveness criteria: towards a competing values approach to organizational analysis. *Management Science*, 29 (3), 363-376
- ⁸² Langley, Ann., & Denis, J.-L. (2008). Les dimensions négligées du changement organisationnel. Dans *Télescope*. Revue d'analyse comparée en administration comparée. La gestion du changement stratégique dans les organisations publiques. Québec, Qc : École nationale d'administration publique, 14(3), 13-32.
- ⁸³ Armenakis, A.A., Harris, S.G., & Mossholder, K. (1993). Creating Readiness for Organizational Change. *Human Relations*, 46(6), 681-703.
- ⁸⁴ Armenakis, A.A. Harris, S.G., & Feild, H.S. Paradigms in Organizational Change: Change Agent and Change Target Perspectives. In R.T. Golembiewski (2001). *Handbook of Organizational Behavior (Second edition, Revised and Expanded)*(pp. 631-658). New York, NY: Marcel Dekker.
- ⁸⁵ Gagnon, S., & Lavoie-Tremblay, M. (2008). *Les facteurs clés de l'amélioration du climat de travail dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec*. Acte du 15^{ième} congrès de l'Association internationale de psychologie du travail de langue française sur le thème « Entre tradition et innovation : comment transformons-nous l'univers du travail ». Université Laval, Québec, Canada.
- ⁸⁶ Galpan, T.J. (1996). *The Human Side of Change: A practical guide to organization redesign*. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Pub. In A. Armenakis, S. Harris, and H. Field. (1999). *Making change permanent: A model for institutionalizing change*. In *Research in Organization Change and Development*, vol. 12 (W. Pasmore and R. Woodman, eds.), JAI, Greenwich, Conn., pp.97-128.
- ⁸⁷ Kotter, J.P. (2000). Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. *Harvard Business Review*, 59-67.
- ⁸⁸ Denis, J.-L., L. Lamothe & Langley, A. (1999). *The Struggle to Implement Teaching Hospital Mergers, Canadian Public Administration*. Dans *Télescope*. Revue d'analyse comparée en administration comparée. La gestion du changement stratégique dans les organisations publiques. Québec, Qc : École nationale d'administration publique, 42(3), 285-311.

-
- ⁸⁹ Judson, A.S. (1991). *Changing Behavior in Organizations: Minimizing Resistance to Change*. Cambridge, MA: Basil Blackwell, 165-189.
- ⁹⁰ Hunt, J.W. (1992). *Managing People at Work (Third edition) A manager's guide to behaviour in organizations*. London, EN: McGraw-Hill, 259-301.
- ⁹¹ Koffka, K. (1935). *Principles of Gestalt Theory*. New York: Hartcourt.
- ⁹² Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. New York NY, États-Unis: McGraw-Hill.
- ⁹³ Lewin, K. (1951). *Field Theory in Social Science*. New York : Harper and Bros.
- ⁹⁴ Brunet, L. (1983). *Le climat de travail dans les organisations: définition, diagnostic et conséquences*. Montréal : Éditions Agence d'Arc.
- ⁹⁵ Brunet, L., & Savoie, A. (1999). *Le climat de travail*. Montréal: Les Éditions Logiques.
- ⁹⁶ Foucher, R., & Soucy, G. (1991). Le climat organisationnel. In R. Tessier & Y. Tellier (Éds.), *Changement planifié et développement des organisations. T. 4 : Pouvoirs et cultures organisationnels* (pp. 197-232). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- ⁹⁷ Patterson, M.G., West, M.A., Shackleton, V.J., Dawson, J.F., Lawthom, R., Maitlis, S., Robinson, D.L., & Wallace, A.M. (2005). Validating the organizational climate measure: links to managerial practices, productivity and innovation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 379-408.
- ⁹⁸ Rousseau, D.M. (1988). The construction of climate in organizational research. Dans C.L. Cooper & I. Robertson (éds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 139-158). Illinois: Wiley.
- ⁹⁹ Anderson, C. (1982). The search for school climate: A review of the research. *Review of Educational Research*, 52(3), 368-420.
- ¹⁰⁰ Glick, H. W. (1985). Conceptualizing and Measuring Organizational and Psychological Climate: Pitfalls in Multilevel Research. *Academy of Management*, 10(3), 601-616.
- ¹⁰¹ James, L.R., & Jones, A.P. (1974). Organizational climate: A review of theory and research. *Psychological Bulletin*, 81(12), 1096-1112.
- ¹⁰² Moran, E.T., & Volkwein, J.F. (1992). The cultural approach to the formation of organizational climate. *Human Relations*, 45, 19-47.
- ¹⁰³ Schneider, B. (1975). Organizational Climates: An Essay. *Personnel Psychology*, 28, 447-479.
- ¹⁰⁴ Verbeke, W., Volgering, M., & Hessels, M. (1998). Exploring the conceptual expansion within the field of organizational behaviour: organizational climate and organizational culture. *Journal of Management Studies*, 35(3), 303-329.
- ¹⁰⁵ James, L. R., Hater, J. J., Gent, M. J. & Bruni, J. R. (1978). Psychological climate: implications from cognitive social learning theory and interactional psychology. *Personnel Psychology*, 31, 783-813.
- ¹⁰⁶ James, L.R., & Sells, S.B. (1981). Psychological Climate: Theoretical perspectives and empirical research. In D. Magnusson(Ed.), *Toward a psychology of situations: An interactional perspective* (pp. 275-295). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- ¹⁰⁷ Schneider, B. (1975). Organizational Climates: An Essay. *Personnel Psychology*, 28, 447-479.
- ¹⁰⁸ Gordon, J.R. (1983). *A diagnostic approach to organizational behaviour*. Boston: Allyn and Bacon.
- ¹⁰⁹ Hellriegel, D. & Slocum, J. W. Jr. (1974). Organizational Climate: Measures, Research and Contingencies. *Academy of Management Journal*, 17, 255-280.
- ¹¹⁰ Lewin, K. (1951). *Field Theory in Social Science*. New York : Harper and Bros.

-
- ¹¹¹ Bowers, D.G. (1977). *Systems or organizations: Management of the human resource*. Ann Arbor, MI, États-Unis: The University of Michigan.
- ¹¹² Likert, R. (1961). *New Patterns or management*. New-York, NY, États-Unis: McGraw-Hill.
- ¹¹³ Likert, R. (1967). *The human organization*. New-York, NY: McGraw-Hill.
- ¹¹⁴ Parker, C. P., Baltes, B. B., Young, S. A., Huff, J. W., Altmann, R. A., LaCost, H. A., & Roberts, J. E. (2003). Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 389-416.
- ¹¹⁵ Ceria, C. D. (1992). Nursing Absenteeism and its effects on the quality of patient care. *Journal of Nursing Administration*, 22(12), 11, 38.
- ¹¹⁶ Shamian, J. O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., Alksnis, C., & Kerr, M. S. (2003). Nurse Absenteeism, Stress and Workplace Injury: What are the Contributing Factors and What Can/Should Be Done About It? *The international Journal of Sociology and Social Policy*, 23, 8/9, 81-103.
- ¹¹⁷ Gellatly, I. R. (1995). Individual and group determinants of employee absenteeism : test of a causal model. *Journal of Organizational Behavior*, 16(5), 469-485.
- ¹¹⁸ Harter, T. W. (2001). Minimizing Absenteeism in the Workplace : Strategies for Nurse Managers. *Nursing Economic\$, 19(2)*, 53-55.
- ¹¹⁹ Ivancevich, J.M., Szilagyi, A.D., & Wallace, M.J.(1977). *Organizational behavior and performance*. California: Goodyear Publishing.
- ¹²⁰ Washington, K. (2001). The Health Risks of Mandatory Overtime. The hidden costs of this all-too-common practice. *American Journal of Nursing*, 101(5), 96.
- ¹²¹ Rogers, A. E., Hwang, W.-T., Scott, L. D., Aiken, L. H., & Dinges, D. F. (2004). The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety. *Health Affairs*, 23(4), 202-212.
- ¹²² Berney, B., & Needleman, J. (2006). Impact of Nursing Overtime on Nurse-Sensitive Patient Outcomes in New-York Hospitals, 1995-2000. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(2), 87-100.
- ¹²³ Latham, G.P., & Yulk, G.A. (1975). A review of research on the application of goal setting in organizations. *Academy of management journal*, 18, 824-845.
- ¹²⁴ Skarlicki, D. P., & Folger, R. (1997). Retaliation in the Workplace: The Roles of Distributive, Procedural, and Interactional Justice. *Journal of Applied Psychology*, 82(3), 434-443.
- ¹²⁵ Gagnon, S., Paquet, M., Lavoie-Tremblay, M., Courcy, F. (2008). *Programme inter établissement de recherche action sur le climat de travail : Rapport Final*. Healthy Workplaces Initiative Program. Office of Nursing Policy, Health Policy Branch Health Canada : Accessible l'adresse suivante : <http://www.criso.ca/fr/news/100>
- ¹²⁶ Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- ¹²⁷ Siegrist, J. (2000). Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Social Science & Medicine*, 51, 1283-1293.
- ¹²⁸ Siegrist, J. (2002) In *Historical and Current Perspectives in Stress and Health* (vol.2) (pp. 261-291). Elsevier Science Ltd.
- ¹²⁹ Siegrist, J., Dagmar, S., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work : European comparisons. *Social sciences & Medicine*, 58, 1483-1499.
- ¹³⁰ Cosmides, L., & Tooby, J. (1992). Cognitive adaptations for social exchange. Dans J.H. Barkow, L. Cosmides, & J. Tooby (Éds.), *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture* (pp. 163-228). New-York: Oxford University Press.

-
- ¹³¹ O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., McGillis Hall, L., Pink, G., Kerr, M., Wang, S., Li, X., & Meyer, R. (2003). Evidence Based Standards for Measuring Nurse Staffing and Performance. Rapport pour la Fondation canadienne de recherché sur les services de santé (FCRSS).
- ¹³² De Jonge, J., & Kompier, M. A. J. (1997). A Critical Examination of the Demand-Control-Support Model from a Work Psychological Perspective. *International Journal of Stress Management*, 4(4), 235-258.
- ¹³³ Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job Strain, Work Place Social Support, and Cardiovascular Disease: A Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336- 1342.
- ¹³⁴ Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- ¹³⁵ Lenerlöf, L. (1988). Learned helplessness at work. *International Journal of Health Services*, 18(2), 207-222.
- ¹³⁶ Johnson, J. V. (1989). Collective control: Strategies for Survival in the Workplace. *International Journal of Health Services*, 19(3), 469-480.
- ¹³⁷ Gryzb, G. J. (1981). Decollectivisation and recollectivisation in the workplace: The impact on informal work groups and work culture. *Economic and Industrial Democracy*, 2, 455-482.
- ¹³⁸ Berkman, L. & Syme, S. L. (1979). Social Networks, host resistance and mortality: A nine year study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- ¹³⁹ House, J., Robbins, C., & Metzner, H. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from Tecumseh community health study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.
- ¹⁴⁰ Schoenbach, V.J., Kaplan, B.H., Fredman, L., & Kleinbaum, D.G. (1986). Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *American Journal of Epidemiology*, 123(4), 577-591.
- ¹⁴¹ Orth-Gomer, K., & Johnson, J. (1987). Social network interaction and mortality: A six year follow-up of a random sample of the Swedish population. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 949-957.
- ¹⁴² Parkes, K. R., Mendham, C. A., & Rabeneau, C. Von (1994). Social support and the Demand-Discretion Model of job stress: Tests of additive and interactive effects in two samples. *Journal of Vocational Behavior*, 44, 91-113.
- ¹⁴³ Ganster, D. C., & Mayes, B. T. (1988). *A field Test of the Interactive Effects of Job Demands and Control on Worker Well-being*. Paper presented at the Annual Meeting of the Academy of Management, Anaheim, CA.
- ¹⁴⁴ Karasek, R. (1992). Stress prevention through work reorganization: A summary of 19 international case studies. Dans V. Di Martino (Éd.). *Conditions of work digest on preventing stress at work*, 11(2), 23-41.
- ¹⁴⁵ Landsbergis, P. A., & Vivona-Vaughan, E. (1995). Evaluation of an occupational intervention in a public agency. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 29-48.
- ¹⁴⁶ McClure, M. L., Poulin, M. A., Sovie, M. D., & Wandelt, M.A. (1983). Magnet hospitals : Attraction and retention of professional nurses. Kansas City, MO: American Nurses Association.
- ¹⁴⁷ Kramer, M., & Hafner, L. (1989). Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing Research*, 38, 172-177.
- ¹⁴⁸ Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Lake, E.T. (1997). Satisfaction with inpatients AIDS care: A national comparison of dedicated and scattered-bed units. *Medical Care*, 35, 948-962.
- ¹⁴⁹ Aiken, L.H., & Patrician, P.A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing work index. *Nursing Research*, 49, 146-153.
- ¹⁵⁰ Lake, E. T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25, 176-188.

-
- ¹⁵¹ Lake, E. T. (2007). The Nursing Practice Environment. Measurement and Evidence. *Medical Care Research and Review*, 64(2), 104S-122S.
- ¹⁵² Hinshaw, A.S., & Atwood, J. R. (1984). Nursing Staff turnover, stress, and satisfaction: Models, measures, and management. *Annual Review Nursing Research*, 1, 133-152.
- ¹⁵³ Mitchell, P. H., & Shortell, S.M. (1997). Adverse outcomes and variations in organization of care delivery. *Medical Care*, 35(11), NS19-NS32.
- ¹⁵⁴ Institute of Medicine. (2003). Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses, Quality Chasm Series. Washington, DC: The National Academics Press.
- ¹⁵⁵ Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovanetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M., & Shamian, J. (2001). Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- ¹⁵⁶ Villeneuve, F. (2005). L'influence des facteurs structurels sur le travail managérial des infirmières-chefs : six études de cas dans trois hôpitaux du Québec. Thèse de doctorat. Faculté d'administration. Université de Sherbrooke.
- ¹⁵⁷ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). Évolution de l'effectif de la profession infirmière au Québec. Accédé le 10 juillet 2009, http://www.oiiq.org/uploads/publications/statistiques/stats2007/evolution_effectifs_2007.htm#03
- ¹⁵⁸ Kleinman, J., & Rosberger, Z. (1982). "Stringing" Phenomena: An Analysis of Nursing Absenteeism. *Hospital and Health Services Administration*, 27(6), 59-73.
- ¹⁵⁹ McKenna, H.P. (1995). Nursing skill mix substitutions and quality of care. An exploration of assumptions from the research literature. *Journal of Advances Nursing*, 21(3), 452-459.
- ¹⁶⁰ Benjamin, D. M. (2003). Reducing Medication Errors and Increasing Patient Safety: Case Studies in Clinical Pharmacology. *Journal of Clinical Pharmacology*, 43, 768-783.
- ¹⁶¹ Cohen, A. (1993). Organizational Commitment and Turnover: A Meta-Analysis. *Academy of Management Journal*, 36(5), 1140-1157.
- ¹⁶² Cloutier, E., Bourdouxhe, M., Ledoux, É., David, H., Gagnon, I., Ouellet, F., & Teiger, C. (2005). Effets du statut d'emploi sur la santé et la sécurité au travail : le cas des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières de soins à domicile au Québec. *Pistes*, 7(2).
- ¹⁶³ Taunton, R. L., Perkins, S., Oetker-Black, S., & Heaton, R. (1995). Absenteeism in Acute Care Hospitals. *Nursing Management*, 26(9), 80-82.
- ¹⁶⁴ Taunton, R. L., Kleinbeck, S. V. M., Stafford, R., Woods, C. Q., & Bott, M. J. (1994). Patient Outcomes; Are they Linked to Registered Nurse Absenteeism, Separation, or Work Load? *Journal of Nursing Administration*, 24(4S), 48-55.
- ¹⁶⁵ Taunton, R. L., Krampitz, S. D., & Woods, C. Q. (1989). Absenteeism – Retention Links. *Journal of Nursing Administration*, 19(6), 13-20.
- ¹⁶⁶ Mitra, A., Jenkins, G. D. Jr., & Gupta, N. (1992). A Meta-Analytic Review of the Relationship Between Absence and Turnover. *Journal of Applied Psychology*, 77(6), 879-889.
- ¹⁶⁷ Hertzberg, F., Mausner, B., Peterson, R. O., & Capwell, D. F. (1957). *Job attitudes : Review of research and opinion*. Pittsburgh, PA : Psychological Services of Pittsburgh.
- ¹⁶⁸ Gupta, N., & Jenkins, G. D. Jr. (1980). *The structure of with drawal : Relationships among estrangement, tardiness, absenteeism, and turnover*. Springfield, VA : National Technical Information Service.
- ¹⁶⁹ Lyons, T. F. (1972). Turnover and absenteeism : A review of relationships and shared correlates. *Personnel Psychology*, 25, 271-281.
- ¹⁷⁰ Muchinski, P. M. (1977). Employee absenteeism : A review of the litterature. *Journal of Vocational Behavior*, 10, 316-340.

-
- ¹⁷¹ Shamian, J. O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., Alksnis, C., & Kerr, M. S. (2003). Nurse Absenteeism, Stress and Workplace Injury: What are the Contributing Factors and What Can/Should Be Done About It? *The international Journal of Sociology and Social Policy*, 23, 8/9, 81-103.
- ¹⁷² Canadian Nursing Advisory Committee (CNAC). (2002). *Our health, our future :Creating quality workplaces for Canadian nurses*. Final report of the Canadian Nursing Advisory Committee.
- ¹⁷³ Kleinman, J., & Rosberger, Z. (1982). "Stringing" Phenomena: An Analysis of Nursing Absenteeism. *Hospital and Health Services Administration*, 27(6), 59-73.
- ¹⁷⁴ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Mars 2006. *Les maux qui affligent nos infirmières. Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada*. Ottawa, Canada : Author.
- ¹⁷⁵ Rauhala, A., Kivimaki, M., Fagerstrom, L., Elovainio, M., Virtanen, M., Vahtera, J., Rainio, A. K., Ojaniemi, K., & Kinnunen, J. (2007). What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 286-295.
- ¹⁷⁶ Harter, T. W. (2001). Minimizing Absenteeism in the Workplace : Strategies for Nurse Managers. *Nursing Economic\$, 19(2)*, 53-55.
- ¹⁷⁷ Gellatly, I. R. (1995). Individual and group determinants of employee absenteeism : test of a causal model. *Journal of Organizational Behavior*, 16(5), 469-485.
- ¹⁷⁸ Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981). Stress among hospital nursing staff : Its causes and effects. *Social Science Medicine*, 15A, 639-647.
- ¹⁷⁹ Unruh, L., Joseph, L., & Strickland, M. (2007). Nurse absenteeism and workload: Negative effect in restraint use, incident reports and mortality. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 673-681.
- ¹⁸⁰ Cavanagh, S.J., & Coffin, D.A. (1992). Staff turnover among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1369-1376.
- ¹⁸¹ Mobley, W.H., Griffeth, R.W., Hand, H.H., & Meglino, B.M. (1979). Review and conceptual analysis of the employee turnover process. *Psychological Bulletin*, 86(3), 493-522.
- ¹⁸² Allen, D. G., Shore, L. M., & Griffeth, R. W. (2003). The Role of Perceived Organizational Support and Supportive Human Resource Practices in the Turnover Process. *Journal of Management*, 29(1), 99-118.
- ¹⁸³ Lum, L., Kervin, J., Clark, K., Reid, F., & Sirola, W. (1998). Explaining nursing turnover intent: job satisfaction, pay satisfaction, or organizational commitment? *Journal of Organizational Behavior*, 19, 305-320.
- ¹⁸⁴ Mobley, W.H. (1977). Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 62(2), 237-240.
- ¹⁸⁵ Hemingway, M. A., & Smith, C. S. (1999). Organizational climate and occupational stressors as predictors of withdrawal behaviors and injuries in nurses. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 285-299.
- ¹⁸⁶ Batlis, N. C. (1980). The Effect of Organizational Climate on Job Satisfaction, Anxiety, and Propensity to Leave. *The Journal of Psychology*, 104, 233-240.
- ¹⁸⁷ Phillips, C. (1987). Staff turnover in nursing homes for the aged: a review and research proposal. *International Journal of Nursing Studies*, 24(1), 45-57.
- ¹⁸⁸ Trinkoff, A., Geiger-Brown, J., Brady, B., Lipscomb, J., & Muntaner, C. (2006). How Long ad How Much Are Nurses Now Working? *American Journal of Nursing*, 106(4), 60-71.
- ¹⁸⁹ Rogers, A. E., Hwang, W.-T., Scott, L. D., Aiken, L. H., & Dinges, D. F. (2004). The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety. *Health Affairs*, 23(4), 202-212.

-
- ¹⁹⁰ Lochhead, C., & Wortsman, A. (2002). Full-time equivalents and financial costs associated with absenteeism, overtime and involuntary part-time employment in the nursing profession. Ottawa: Report Commissioned for the Canadian Nursing Advisory Committee.
- ¹⁹¹ Institute of Medicine. (2000). *To Err is Human : Building a Safer Health System*. Washington : National Academy Press.
- ¹⁹² Worthington, K. (2001). The Health Risks of Mandatory Overtime. The hidden costs of this all-too-common practice. *American Journal of Nursing*, 101(5), 96.
- ¹⁹³ American Association of Critical-Care Nurses. (n.d.) Consulté le 18 septembre 2007. Mandatory overtime : a statement from the American Association of Critical-Care Nurses(AACN). <http://www.aacn.org/AACN/pubpolicy.nsf/72fe271374e4c5338825688e00776c20/7945af78da4b2d7988256ce000660bc5?OpenDocument>
- ¹⁹⁴ Scott, L. D., Rogers, A. E., Hwang, W.-T., & Zhang, Y. (2006). Effects of Critical Care Nurses' Work Hours on Vigilance and Patients' Safety. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 30-37.
- ¹⁹⁵ Ashby, J., Guterman, S., & Greene, T. (2000). An analysis of hospital productivity and product change. *Health Affairs*, 19(5), 197-205
- ¹⁹⁶ Berney, B., & Needleman, J. (2006). Impact of Nursing Overtime on Nurse-Sensitive Patient Outcomes in New-York Hospitals, 1995-2000. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(2), 87-100.
- ¹⁹⁷ Dembe, A.E., Erickson, J.B., Delbos, R.G., & Banks, S.M. (2005). The impact of overtime and long work hours on occupational injuries and illness: New evidence from the United States. *Occupational Environment Medicine*, 62, 588-597.
- ¹⁹⁸ Johnson Lutjens, L.R. (1993). Determinants of Hospital Length of Stay. *Journal of Nursing Administration*, 23(4): 14-18
- ¹⁹⁹ Duckett, S. J. (1998). Casemix funding for acute hospital inpatient service in Australia. *Medical Journal of Australia*, 169, S17-S21.
- ²⁰⁰ Halloran, E. J., & Kiley, M. (1985). The Nurses' Role and Length of Stay. *Medical Care*, 23, 1122-1123.
- ²⁰¹ Trofin, J. (1989). JCAHO nursing standards: nursing care hours and length of stay per DRG : II. *Nursing Management*, 20(1), 33-35.
- ²⁰² Berki, S.E., Ashcraft, M.L., & Newbrander, W.C. (1984). Length-of-stay variations within ICDA-8 diagnosis related groups. *Medical Care*, 22(2), 126-142.
- ²⁰³ Marchette, L., & Holloman, F. (1986). Length of Stay. Significant Variables. *Journal of Nursing Administration*, 16(3), 12-37.
- ²⁰⁴ Falcone, D., Bolda, E., & Leak, S. C. (1991). Waiting for placement : an exploratory analysis of determinants of delayed discharges of elderly hospital patients. *Health Services Research*, 26(3), 339-374.
- ²⁰⁵ Horn, S. D., & Sharkey, P. D. Measuring severity of illness to predict patient resource use within DRGs. *Inquiry*, 20, 314-321.
- ²⁰⁶ Stoskopf, C., & Horn, S. D. (1991). The computerized psychiatric severity index as a predictor of inpatient length of stay for psychoses. *Medical Care*, 29(3), 179-195.
- ²⁰⁷ O'Brien-Pallas, L. L. (1987). Analysis of variation in nursing workload associated with patient's medical and nursing diagnosis and patient classification method. Thèse, University of Toronto, Toronto, Canada.
- ²⁰⁸ McKibbin, R. C., Brimmer, P. F., & Clinton, J. F. (1985). *DRGs and Nursing Care*. Kansas City : American Nurses Association.

-
- ²⁰⁹ Halloran, E. J. (1985). Nursing workload, medical diagnosis related groups, and nursing diagnoses. *Research in Nursing & Health*, 8, 421-433.
- ²¹⁰ Farren, E. A. (1991). Effects of early discharge planning on length of hospital stay. *Nursing Economic\$*, 9(1), 25-63.
- ²¹¹ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). Foire aux questions concernant le plan thérapeutique infirmier (PTI). Accédé le 15 juillet 2009, <http://www.oiiq.org/infirmieres/plan/faq.asp>
- ²¹² Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoff, V., et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11): 1678-1686.
- ²¹³ Allan, E. L., & Barker, K. N. (1990). Fundamentals of medication error research. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47, 555-571.
- ²¹⁴ Wakefield, D. S., Wakefield, B. J., Uden-Holman, T., Borders, T., Blegen, M., & Vaughn, T. (1999). Understanding Why Medication Administration Errors May Not Be Reported. *American Journal of Medical Quality*, 14(2), 81-88.
- ²¹⁵ Ferner, R. E., & Aronson, J. K. (2006). Clarification of Terminology in Medication Errors. *Drug Safety*, 29(11), 1011-1022.
- ²¹⁶ Francke, D. E. (2006). The Interdisciplinary Nature of Medication Errors, *The Annals of Pharmacotherapy*, 40, 2028.
- ²¹⁷ Walters, J. A. (1992). Nurses' perceptions of reportable errors and factors that contribute to their occurrence. *Applied Nursing Research*, 5(2), 86-88.
- ²¹⁸ Wilkins, K., & Shields, M. (2008). Correlates of medication error in hospitals. *Health Reports*, 19(2), 7-18.
- ²¹⁹ Dean, B., Schachter, M., Vincent, C., & Barber, N. (2002). Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. *The Lancet*, 359, 1373-1378.
- ²²⁰ Benjamin, D. M. (2003). Reducing Medication Errors and Increasing Patient Safety: Case Studies in Clinical Pharmacology. *Journal of Clinical Pharmacology*, 43, 768-783.
- ²²¹ Rubin, H.R. (1990). Patient Evaluation of Hospital Care : A Review of Litterature. Dans M. Meterko, E.C. Nelson, & H.R. Rubin (Éds.) *Patient Judgments of Hospital Quality : Report of a Pilot Study (Numéro supplémentaire)*. *Medical Care*, 28(9), S3-S9.
- ²²² Jones, K.R. (1993). *Outcomes analysis : Methods and issues*. *Nursing Economics*, 11(3), 145-152.
- ²²³ Rubin, H.R., Ware, J. E. JR., Nelson, E.C., & Meterko, M. (1990). The Patient Judgments of Hospital Quality (PJHQ) Questionnaire. Dans M. Meterko, E.C. Nelson, & H.R. Rubin (Éds.) *Patient Judgments of Hospital Quality : Report of a Pilot Study (Numéro supplémentaire)*. *Medical Care*, 28(9), S17-S18.
- ²²⁴ Thi, P. L. N., Briançon, S., Empereur, F., & Guillemin, F. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science & Medecine*, 54, 493-504.
- ²²⁵ Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care. *Inquiry* 25, 25-36.
- ²²⁶ Denis, J.L., Lamothe, L. & Langley, A. (2001). The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), 809-837.
- ²²⁷ Argyris, C., & Schön, D. (1974). *Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.
- ²²⁸ Argyris, C. (1990). *Overcoming Organizational Defenses*. Needham Heights, MA : Allyn and Bacon (Simon and Schuster).

-
- ²²⁹ Argyris, C. & Schön, D. (1995) *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. (2nd edition) Reading, MA. Addison-Wesley.
- ²³⁰ Schön, D. & Rein, M. (1994). *Frame Reflection: Towards the Resolution of Intractable Policy Controversies*. New York: Basic Books.
- ²³¹ Schön, D. (1987). *Educating The Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass.
- ²³² Payette, A., & Champagne, C. (1997). *Le groupe de codéveloppement professionnel*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- ²³³ Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.
- ²³⁴ Kegan, R. & Lahey, L.L (2001). *How the way we talk can change the way we work*. San Francisco: Jossey-Bass.
- ²³⁵ St-Arnaud, Y. (2003). *L'interaction professionnelle, efficacité et coopération*. Les presses de l'université de Montréal, Montréal.
- ²³⁶ Silverman, D. (1970). *La théorie des organisations*. Dunod. Bruxelles.
- ²³⁷ Chekland, P.B. (1981) *Systems Thinking, Systems Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- ²³⁸ Chekland, P.B., & Holwell., S. (1998). Action research: its nature and validity. *Systemic Practice and Action Research*, 11 (1): 9-21.
- ²³⁹ Graban, M. (2009). *Lean Hospitals. Improving Quality, Patient Safety, and Employee Satisfaction*. CRC Press. Taylor & Francis Group.
- ²⁴⁰ Chalice, R. (2007). *Improving Healthcare Using Toyto Lean Production Methods. Second Edition*. Milwaukee, Wisconsin: AQS Quality Press.
- ²⁴¹ Archier, G., Sérieyx, H., & Albert., M (2000). *L'entreprise du troisième type*. Nouvelle édition mise à jour. Étude (poche).