



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

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Programme de recherche intervention FCRSS/REISS 2008-2012

Stabiliser les équipes de soins et maîtriser les systèmes opérationnels

Une analyse des dynamiques organisationnelles sous-jacentes à la récurrence des « défaillances opérationnelles de systèmes »

Rapport de recherche – Phase I

Serge Gagnon, PhD
Ana Gavranic, DPs (cand)

27 mai 2009

Tables de matières

Sommaire exécutif	3
Introduction	5
Problématique	6
Cadre théorique	7
Méthodologie.....	11
Participants	11
Instrument	11
Résultats.....	12
Les défaillances opérationnelles de systèmes	12
Principaux constats et pistes interprétatives.....	22
Les normes comportementales	26
Les deux systèmes d'échanges et de communication à HSCM	31
Conclusion.....	32

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Contexte

L'hôpital Sacré-Cœur de Montréal est un établissement hospitalier universitaire ultra spécialisé et 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

Problématique

Défaillances opérationnelles : consistent en des perturbations ou des erreurs dans la fourniture des services et des ressources 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.

Cadre théorique

Définition de l'hôpital

- **Un système complexe adaptatif...**
 - Dispersion et décentralisation des points de prise de décision et de contrôle.
 - Cohérence du système dépend des capacités de coopération-compétition des agents.
 - Modèles d'action et limites des capacités d'apprentissage.
- **Composé d'acteurs socio-historiquement situés (culture)**
 - Présence de conflits d'intérêts d'où la nécessité du dialogue ET de la confrontation.
 - La « carte des acteurs » est composée de trois groupes d'acteurs ayant des logiques d'action à la fois complémentaires, antagonistes et concurrentes : les « acteurs administratifs » (haute direction et cadres), les « acteurs soignants » (soins infirmiers et autres personnels soignants) et les « acteurs de soutien » (services de soutien).
 - Culture : configuration typique de « normes comportementales » qui surdéterminent les modes d'interactions et, plus spécifiquement, le champ des possibles quant à l'adoption de comportements de coopération (dialogue) et de comportements de confrontation, débat contradictoire) dans les rapports de pouvoir.

Méthodologie

- Participation volontaire de 14 infirmières gestionnaires et 2 infirmières conseillères (printemps 2009).
- Questionnaires semi-ouvert : défaillances et normes comportementales

Résultats

Regroupement par direction et par thème des défaillances opérationnelles de systèmes

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

- Affectation, dotation des postes, communications « en lot » par courriel, traitement des curriculum vitae, activités de remplacement(*)
- (*) Activités actuellement sous la responsabilité de la DSI. Nous avons choisi d'intégrer ici ces éléments à cause du projet de centralisation en cours. Les attributions liées à ce volet ne concernent donc pas la DRH, mais constituent une source d'information utile pour le projet de changement en cours.

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS

- Gestion de l'offre et de la demande / Gestion des lits/Sectorisation
- Radiologie et requêtes
- Physiothérapie, ergothérapie, service social, traitement des demandes. Stérilisation

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET INFORMATIONNELLES

- Commandes de matériel

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

- Gestion du matériel

DIRECTION DE L'ÉTABLISSEMENT

- Culture « en silo » et systèmes parallèles
- Manque chronique d'équipements et de matériel

Répartition des causes techniques/fonctionnels VS les causes relationnelles/communicationnelles

- Les causes se répartissent assez également entre les dimensions techniques et les dimensions psychosociales de l'organisation du travail. Ceci met en évidence des difficultés tant au niveau du « management de base » du système sociotechnique qu'au niveau du management culturel et des communications.
- Ceci tend à confirmer l'hypothèse selon laquelle, dans un hôpital ultra-spécialisé, les forces de différenciation l'emportent sur les forces d'intégration, rendant ainsi « à risque » les opérations qui nécessitent une intégration et une coordination des ressources interdépartementales à l'interface des unités de soins et des unités de soutien.

Normes comportementales

- **Lieux formels de communication** : les interactions sont fortement influencées par des normes d'accomplissement, d'affiliation et de convention MAIS très faiblement influencées par les normes de pouvoir, d'opposition et de compétition. Cette configuration ne favorise pas l'établissement d'un équilibre optimal entre la dialogue et la confrontation, d'où le non-traitement ou le traitement lent de plusieurs problèmes et, conséquemment, la création de « systèmes parallèles » de traitement des problèmes.
- **Lieux informels de communication** : dans les « systèmes parallèles », les interactions sont probablement aussi influencées par des normes d'accomplissement, d'affiliation et de convention MAIS elles le sont probablement plus par les normes de pouvoir, d'opposition et de compétition, car il y a davantage de possibilités que ce soit la « loi de la jungle » qui régulent ces systèmes parallèles.

Conclusion

Cette analyse tend à confirmer l'hypothèse interprétative suivante : la récurrence des défaillances opérationnelles de système résulterait de déséquilibres culturellement entretenus entre les capacités de dialogue et les capacités de confrontation et de débats contradictoires au niveau des espaces formels de communication.

Introduction

Ce programme de recherche-intervention est réalisé à l'Hôpital du Sacré de Cœur de Montréal grâce à une subvention de 400 000,00 \$ de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, obtenue dans le cadre du concours 2008 « Recherche, échange et impact pour le système de santé ». La subvention est d'une durée de quatre ans. Un investissement en temps équivalent à 200 000,00 \$ en salaire est aussi consenti par le CRISO-CUSM et l'HSCM contribue à hauteur de 200 000,00 \$, dont la moitié en temps, pour assurer la réalisation du programme.

Les ressources affectées à ce programme sont donc importantes et les attentes de résultats, élevées. Comme le précise la FCRSS sur son site Internet à propos des objectifs du programme REISS : « *il s'agit d'un modèle unique de financement allant au-delà du paradigme traditionnel de la recherche afin de promouvoir les résultats qui ont un impact important, favoriser les initiatives de renforcement des capacités et faciliter la diffusion et la mise en œuvre efficaces des résultats* ». Le présent rapport s'inscrit dans cette perspective. Il s'agit d'une étape d'information réalisée dans le but de « favoriser les initiatives de renforcement des capacités » de l'HSCM dans le traitement des défaillances opérationnelles de systèmes.

À sa réunion du 5 mars 2009, le Comité CINCRO¹ demande aux chercheurs intervenants de procéder à un diagnostic des défaillances opérationnelles de systèmes et d'en rendre compte de façon à optimiser l'apprentissage organisationnel. Le présent rapport constitue une première étape dans la production de ce diagnostic organisationnel. Il présente la problématique, le cadre théorique, la méthodologie et l'analyse descriptive et interprétative des résultats. Les objectifs spécifiques du rapport sont les suivants :

- décrire et proposer un premier niveau d'interprétation des défaillances opérationnelles de système à l'HSCM, telles que perçues par les gestionnaires en soins infirmiers ;
- mieux comprendre les mécanismes de reproduction des défaillances opérationnelles ;
- proposer une méthode de questionnement favorisant l'apprentissage organisationnel.

¹ Le Comité d'INItiatives Coordonnées en Réorganisation Opérationnelle (CINCRO) est composé de tous les cadres supérieurs de l'établissement. Son mandat consiste à prévenir et à corriger les « défaillances opérationnelles de systèmes » en se concentrant sur l'intégration des actions à mener pour assurer la maîtrise des opérations et la réalisation de la vision. Le calendrier des activités entre janvier et juin 2009 comportait six réunions de travail de deux heures chacune. À ce jour, le comité a tenu deux réunions et trois réunions ont été annulées.

Problématique

Les défaillances opérationnelles consistent en des perturbations ou des erreurs dans la fourniture des services et des ressources 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.

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.

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 8 heures (Tucker & Spear, 2006 ; Tucker, 2004). Chaque défaillance prend en moyenne 5 minutes de temps infirmier pour être traitée (Tucker, 2004). 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 (Tucker & Spear, 2006 ; Tucker, 2004).

Les catégories de défaillances les plus fréquentes sont les problèmes de médication, les commandes médicales, divers problèmes de fournitures (ex. repas inadéquats ou manquants), problèmes reliés au personnel, équipement brisé ou manquant (Tucker & Spear, 2006). 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 (Tucker & Spear, 2006 ; Tucker, 2004 ; Tucker, Edmondson & Spear, 2002 ; Edmondson, 1996), ou un manque de ressources dans les services de soutien.

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 perdurent (Tucker 2004).

Cadre théorique

Pour comprendre les mécanismes de reproduction et de transformation des dynamiques organisationnelles qui sous-tendent la récurrence des défaillances opérationnelles de systèmes, il est nécessaire d'utiliser des outils conceptuels qui rendent compte de la complexité des dynamiques hospitalières. Le langage métaphorique que l'on retrouve dans l'ouvrage « Images de l'organisation »², permet de mieux cerner cette complexité en considérant que l'hôpital est à la fois un « cerveau », une « arène politique » et une « culture ».

L'hôpital, un système complexe adaptatif...

L'hôpital est une organisation complexe au sens où, premièrement, elle est constituée d'une multitude d'acteurs internes et externes qui agissent et réagissent les uns aux autres, de façon coopérative et de façon compétitive. Deuxièmement, elle est adaptative au sens où elle est capable de changer et d'apprendre à partir des résultats de son action. Comme un cerveau, l'hôpital est constitué de systèmes de traitement de l'information, de communication et de prise de décisions. Mais, dans un hôpital, le contrôle tend à être grandement dispersé et décentralisé. En conséquence, le comportement d'ensemble du système est le résultat d'un très grand nombre de décisions prises simultanément à chaque instant par plusieurs agents. Cette caractéristique entraîne que la cohérence d'ensemble du système dépend des capacités de coopération et des capacités de compétition des agents eux-mêmes³, étant donné la diversité des « points de vue » et des intérêts qui doivent être conciliés.

Lorsque la cohérence d'ensemble est telle que des défaillances opérationnelles de systèmes se reproduisent malgré des tentatives répétées de correction, c'est la capacité même d'apprentissage du système qui est en cause, c'est-à-dire que les acteurs organisationnels se retrouvent « enfermer » dans des *modèles d'action*⁴ qu'ils n'arrivent pas à « dé-apprendre » et qui expliquent pourquoi ils n'arrivent pas à résoudre ces défaillances. Par exemple, nous suggérons que les problèmes entourant le système de requêtes d'examen radiologiques à l'HSCM s'expliquent de cette façon.

Pour le moment, soulignons que les limites de la capacité d'apprentissage se manifestent généralement par une difficulté à anticiper les changements structurants à venir dans l'environnement et à remettre en question les valeurs, les principes organisateurs fondamentaux et les normes opérationnelles historiques.

² Morgan, G. 1998. *Images of Organization: The Executive Edition*. Berrett-Koehler Publishers, Inc. and Sage Publishers, Inc.

³ Holland, J.H. 1994. *Complexity: the emerging science at the edge of order and chaos*. Harmondsworth [Eng.]: Penguin. 1994.

⁴ Modèles mentaux, paradigmes, structures, règles, normes, processus de décision, culture, etc.

L'hôpital, un système complexe adaptatif composé d'acteurs ...

Les acteurs organisationnels sont stratégiques et agissent de façon intentionnelle : ils évoluent dans ce que Morgan (1998) appelle « l'arène politique ». Leurs intérêts sont parfois convergents et parfois divergents : les conflits d'intérêts sont inévitables. Cette perspective conduit à voir l'organisation comme un système d'action concret constitué d'acteurs et de groupes d'acteurs qui entretiennent entre eux des relations de pouvoir en cherchant à contrôler des zones d'incertitude importantes pour l'organisation, de manière à assurer la primauté de leurs intérêts dans la définition de « l'intérêt commun ». Ainsi, dans ce réseau d'acteurs internes et externes qui agissent et réagissent les uns aux autres, de façon coopérative et de façon compétitive, l'intérêt commun se définit dans la recherche permanente de compromis.

Mais, pour ce faire, le dialogue et la confrontation sont nécessaires. L'illustration la plus connue de cette façon de considérer la dynamique hospitalière réside dans les multiples descriptions que l'on peut en faire en termes de rapport de forces entre « médecins porteurs du serment d'Hippocrate » et « administrateurs porteurs de la promesse politique d'accessibilité au meilleur coût » ! Nous sommes en face de deux logiques à la fois complémentaires, antagonistes et concurrentes : il doit nécessairement y avoir coopération et compétition, dialogue et confrontation, pour que l'intérêt commun prédomine. Nous postulons que cette conception dialectique⁵ des organisations hospitalières est centrale dans le diagnostic des « défaillances opérationnelles de système » dites « récurrentes ».

« La sociologie des organisations a abondamment démontré que parmi les trois modalités de résolution des conflits (éluder les difficultés ; imposer des décisions contraignantes ; se confronter), la confrontation est le mode le plus efficace, mais qu'elle n'est pas utilisée autant qu'elle le devrait par les managers en raison de l'aversion qu'elle suscite chez les acteurs du conflit. Se confronter, c'est laisser le conflit aller à son issue, c'est aussi reconnaître un dysfonctionnement *via* son expression la plus spectaculaire. Le rejet de la confrontation est de surcroît une constante culturelle du monde administratif, davantage enclin aux luttes d'influence feutrées et discrètes »⁶.

⁵ Ce terme n'est pas habituel dans le langage managérial. Il est cependant utile pour mettre en évidence des phénomènes culturels qui affectent les capacités d'apprentissage organisationnel. Par définition, une dialectique est une relation entre deux éléments qui sont à la fois complémentaires – donc nécessaire l'un à l'autre comme les pôles positifs et négatifs dans les circuits électriques – et à la fois antagonistes et concurrentes – donc, qui tendent à s'exclure l'un l'autre lorsqu'ils sont en présence. Un exemple tiré de la biologie fournit une illustration : chaque cellule du corps humain est génétiquement animée par la conjugaison du principe de vie (croissance) et du principe de mort (dégénérescence). Nous demeurons en vie tant et aussi longtemps que la dialectique du principe de vie et du principe de mort est maintenue ! Max Pagès, un socioanalyste des organisations, utilise l'expression « unité dialectique des contraires » pour référer à ce phénomène dans les organisations. Il montre que la rupture de l'unité dialectique des contraires a des conséquences très négatives. Ainsi, par exemple, quand il y a rupture de l'unité dialectique entre la « bonne entente coopérative » et « la confrontation respectueuse » ou, encore le « débat contradictoire », les conséquences pour l'organisation sont très souvent l'enfermement des acteurs concernés dans des *modèles* d'actions qui les conduisent à reproduire sans cesse les causes des problèmes qu'ils cherchent à résoudre en répétant des stratégies basées sur la « bonne entente coopérative » !

⁶ Holcman, R., (2007). *La fin de l'hôpital public ?*, Editions Lamarre, Rueil-Malmaison, 2007

L'hypothèse est la suivante : la récurrence des défaillances opérationnelles de système résulte de déséquilibres culturellement entretenus entre les possibilités de coopération (dialogue) et les possibilités de compétition (confrontation, débat contradictoire), au niveau des espaces formels de communication où se retrouvent trois groupes d'acteurs ayant des logiques d'action à la fois complémentaires, antagonistes et concurrentes : les « acteurs administratifs » (haute direction et cadres), les « acteurs soignants » (soins infirmiers et autres personnels soignants) et les « acteurs de soutien » (services de soutien).

L'hôpital, un système complexe adaptatif composé d'acteurs sociohistoriquement situés

Vue comme une « culture », l'hôpital apparaît comme un système d'action qui a une histoire, des traditions et des normes comportementales dominantes. C'est une collectivité composée de plusieurs communautés de pratiques, chacune étant caractérisée par une histoire particulière et des traits culturels distincts. Cette collectivité 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 et de rituels fonctionnels, lesquels exercent une influence déterminante sur les manières préférées et régulières de voir les choses. Ces normes et ces rituels deviennent tellement puissants que plusieurs angles morts se développent et occultent des zones d'intérêt importantes. Aussi, la métaphore de la culture encourage la remise en question des prémisses fondamentales sur lesquelles on se base pour agir dans le quotidien.

De façon opérationnelle, la culture organisationnelle est définie ici comme un ensemble de « normes comportementales » qui surdéterminent les modes d'interactions et, plus spécifiquement, le champ des possibles quant à l'adoption de comportements coopératifs (dialogue) et de comportements compétitifs (confrontation, débat contradictoire) dans les rapports de pouvoir entre les trois groupes d'acteurs engagés dans la production, la reproduction et la transformation des défaillances opérationnelles de système.

Les 12 « normes comportementales » définies par Cooke et Szumal sont utilisées ici pour guider l'étude des facteurs culturels engagés dans la reproduction des défaillances opérationnelles de système. Il est à noter que notre emprunt à ce modèle théorique se limite à la nomenclature des 12 normes, présentée au tableau 1. Nous n'utilisons pas la typologie développée par ces auteurs, ni n'abordons la question des normes culturelles en supposant que certaines sont supérieures ou préférables à d'autres. Dans une perspective dialectique, nous postulons que la présence trop marquée tout comme l'absence complète de certaines d'entre elles peut entraîner des conséquences négatives. Par exemple, on conviendra facilement que la « norme conventionnelle », lorsque trop présente dans un milieu de travail, devient un frein à la recherche d'innovation face aux problèmes que les approches conventionnelles ne permettent pas de résoudre.

Tableau 1
Définition des 12 normes comportementales (ICO)⁷ utilisées pour explorer la perception qu'ont les gestionnaires de la culture de management à HSCM

Normes d'accomplissement	On attend des gestionnaires qu'ils se fixent des objectifs à la fois stimulants et réalistes, établissent des plans pour atteindre ces objectifs et les poursuivent avec enthousiasme.
Normes d'actualisation de soi	On attend des gestionnaires qu'ils prennent plaisir à leur travail, se développent et entreprennent des tâches nouvelles et intéressantes.
Normes humanistes et d'encouragement	On attend des gestionnaires d'être en soutien, constructifs et ouverts à l'influence dans leurs rapports les uns aux autres.
Normes d'affiliation	On attend des gestionnaires qu'ils soient amicaux, coopérants et sensibles à la satisfaction de leur groupe de travail.
Normes d'approbation	On attend des gestionnaires qu'ils soient en accord avec les autres, appréciés par eux et obtiennent leur approbation.
Normes conventionnelles	On attend des gestionnaires qu'ils se conforment, respectent les règles et fassent une bonne impression.
Normes de dépendance	On attend des gestionnaires qu'ils fassent ce qui leur est dit et clarifient toutes les décisions auprès de leurs supérieurs.
Normes d'évitement	On attend des gestionnaires qu'ils délèguent leurs responsabilités à d'autres et évitent toute possibilité d'être blâmés pour un problème.
Normes d'opposition	On attend des gestionnaires qu'ils soient critiques, s'opposent aux idées des autres et prennent des décisions sécuritaires (mais inefficaces).
Normes de pouvoir	On attend des gestionnaires qu'ils prennent en charge, contrôlent leurs subordonnés et cèdent aux demandes de leurs supérieurs.
Normes de compétition	On attend des gestionnaires qu'ils fonctionnent dans un cadre de référence de «gagnants et perdants», surpassent les autres et travaillent contre (plutôt qu'en collaboration avec) leurs pairs.
Normes de perfectionnisme	On attend des gestionnaires qu'ils paraissent compétents, gardent une trace de tout et travaillent de longues heures pour atteindre des objectifs précisément définis.

⁷ Szumal, J.L. (1998). Guide d'interprétation et de développement. - Inventaire de la culture organisationnelle (ICO). Human Synergistics

Méthodologie

Participants

Cette première phase de la démarche de diagnostic a été réalisée avec 14 infirmières gestionnaires et 2 infirmières conseillères. Le seul critère d'inclusion était qu'elles soient participantes au programme de codéveloppement. La participation était volontaire et toutes les personnes invitées à participer ont accepté de le faire. Le formulaire de consentement que les participantes ont signé lors du démarrage du programme de codéveloppement en janvier 2009 faisait mention de cette activité de collecte d'information. Pour des fins de confidentialité, les analyses descriptives ne font pas état de relations entre « type d'unités de soins » et « type de défaillances rapportées ». La collecte d'information s'est déroulée entre février et avril 2009.

Instrument

Un questionnaire de type « semi-ouvert » a été utilisé pour la collecte d'information. Il était constitué de deux parties. La première partie, essentiellement qualitative, prenait la forme de tableau à compléter lors de l'entrevue individuelle afin de documenter les défaillances opérationnelles de système les plus importantes aux yeux des interviewées (description, fréquence, impacts sur le personnel, impacts sur les patients, causes, solutions, explications de la récurrence, stratégies compensatoires).

La seconde partie, quantitative et qualitative, portait sur les « normes comportementales ». Il s'agissait pour les répondantes, premièrement, d'indiquer le degré d'intensité, sur une échelle en 5 points, de la présence de chacune des 12 normes dans la culture opérationnelle de management (jusqu'à quel point cette norme de comportement décrit bien comment il est nécessaire d'agir pour que les choses se fassent et pour réussir ou, encore, pour ne pas se mettre dans le trouble et survivre dans le système ?) et, deuxièmement, d'en décrire les impacts (quels sont les impacts positifs et/ou négatifs de l'intensité actuelle de cette norme de comportement sur votre motivation et votre satisfaction au travail ainsi que sur votre efficacité) ? Les participantes étaient invitées à compléter cette seconde partie avant l'entrevue et une exploration visant à préciser leurs réponses était réalisée lors des entrevues d'une heure chacune. Les entrevues ont été enregistrées sur bandes audio. L'instrument de collecte de donnée utilisé est disponible sur demande (serge.gagnon@muhc.mcgill.ca).

Résultats

Les défaillances opérationnelles de systèmes

Une analyse descriptive des résultats en trois étapes a été effectuée. La première étape a consisté à élaborer une base de données contenant toute l'information recueillie par les deux interviewers lors des entrevues, pour chacune des 36 défaillances mentionnées. Deuxièmement, une classification et des regroupements ont été produits, par direction et par thèmes. Enfin, une synthèse a été produite, accompagnée d'un premier niveau d'interprétation des causes, des types de solutions mises en place et des types de stratégies compensatoires utilisées.

Pour la partie relative aux « normes comportementales », nous avons compilé les résultats relatifs à l'intensité perçue et dégagé des moyennes et des écarts-types, ce qui a permis de mettre en évidence trois normes de forte intensité et trois normes de très faible intensité. Puis, une analyse descriptive des impacts perçus a été réalisée afin de dégager des constantes.

Dans un premier temps, les tableaux qui suivent présentent une synthèse des résultats, par direction et par thème. Rappelons enfin que les « défaillances opérationnelles de systèmes » sont perturbations ou des erreurs dans la fourniture des services et des ressources 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.

Dans un deuxième temps, dans la section « Description – Normes comportementales », nous présentons aussi les principaux résultats sous forme de tableaux synthèses. Ce faisant, nous présentons une analyse interprétative des résultats conduisant à la formulation d'hypothèses et de questions à débattre avec les partenaires décideurs du programme recherche intervention.

Tableau 2

Regroupement par direction et par thème des défaillances opérationnelles de systèmes

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

- Affectation, dotation des postes, communications « en lot » par courriel, traitement des curriculum vitae, activités de remplacement(*)
(*) Activités actuellement sous la responsabilité de la DSI. Nous avons choisi d'intégrer ici ces éléments à cause du projet de centralisation en cours. Les attributions liées à ce volet ne concernent donc pas la DRH, mais constituent une source d'information utile pour le projet de changement en cours.

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS

- Gestion de l'offre et de la demande / Gestion des lits/Sectorisation
- Radiologie et requêtes
- Physiothérapie, ergothérapie, service social, traitement des demandes. Stérilisation

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET INFORMATIONNELLES

- Commandes de matériel

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

- Gestion du matériel

DIRECTION DE L'ÉTABLISSEMENT

- Culture « en silo » et systèmes parallèles
- Manque chronique d'équipements et de matériel

Tableau 3
Analyse descriptive des défaillances opérationnelles de systèmes
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

TYPE DE DÉFAILLANCES par DIRECTION	CAUSES	IMPACTS	SOLUTIONS MISES EN PLACE	STRATÉGIES COMPENSATOIRES
<p>DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES Affectation, dotation des postes, communications « en lot » par courriel, traitement des CVs, activités de remplacement(*)</p> <p>(9 mentions)</p> <p>(*) Activités actuellement sous la responsabilité de la DSI. Nous avons choisi d'intégrer ici ces éléments à cause du projet de centralisation. Les attributions liées à ce volet ne concernent donc pas la DRH.</p> <p>CINCRO en cours :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Révision du processus de sélection et d'embauche • Changement planifié dans la centralisation des activités de remplacement de la DSI à la DRH 	<p>Les IC attribuent les causes de défaillances à « l'approche des RH » notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de planification/vision à long terme • Manque de compréhension des besoins des unités • Systèmes procéduriers, lourdeur des processus • Approche et systèmes de communication « difficiles » <p>Extrait : « Nous on marche à 300 kl/heure, eux à 50 ; ils sont centrés sur leurs règles non sur notre réalité ; ils sont pris avec les syndicats ; sont peu innovant et très procédurier... sont un obstacle à la recherche d'innovation dans l'organisation alternative du travail, des horaires ».</p> <p>Pour les activités de remplacement, le système actuel est peu fiable et le personnel est surchargé.</p>	<p>Ces différentes sources de perturbations dans les unités de soins amènent les IC à attribuer à la DRH</p> <p>RH</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'augmentation des taux de roulement • L'accentuation de la pénurie interne • Les ratios élevés INF/PTS et la surcharge de travail • L'obligation de composer avec du personnel d'agence et équipe volante peu engagés • Le TSO • L'épuisement professionnel • La précarité de l'organisation (« Les vérifications et les suivis sont délaissés et la tension monte. La délégation ne fonctionne plus et il y a un flou dans les tâches ». <p>Patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la qualité, de l'accessibilité • Augmentation des quotas non sécuritaires et situation précaire au niveau des soins • Augmentation de la DMS • Difficulté à couvrir les soins privés et à avoir une présence 24 heures sur 24. « La sécurité des soins est affectée, on joue avec le feu ». 	<p>Solutions de type « en parler, en faire l'étude »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réexpliquer • Rencontres avec RH pour réviser la dotation • En parler à la rencontre des IC • Démonstration financière des problèmes • Proposition des chefs d'assister aux entrevues de sélection • Pistes de sélection en essai <p>Solutions de type « faire un changement, fournir un outil »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'accueil des nouveaux employés • Possibilité de choisir les quarts de travail en TSO • Tableau des déficits pour aider à prévoir le TSO • Nomination d'une nouvelle chef de service aux activités de remplacement 	<p>Stratégies « systèmes parallèles »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registre des postes de la DSI, en parallèle à celui de la DRH • Développement de méthodes parallèles • Les IC confirment eux-mêmes le personnel • Cacher de l'information <p>Stratégies « surveillance »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence constante à toutes les réunions pour faire valoir les besoins en santé mentale • Appels fréquents à la normalisation <p>Stratégies « délinquance »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papiers maladie des employés pour ne pas faire du TSO

Tableau 4
Analyse descriptive des défaillances opérationnelles de systèmes
DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS

TYPE DE DÉFAILLANCES par DIRECTION	CAUSES	IMPACTS	SOLUTIONS MISES EN PLACE	STRATÉGIES COMPENSATOIRES
<p>DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS Gestion de l'offre et de la demande / Gestion des lits/Sectorisation</p> <p>(3 mentions)</p> <p>CINCRO en cours :</p> <ul style="list-style-type: none"> Hôpital virtuel (refus du DSPH d'impliquer l'équipe CINCRO du à des problèmes de surcharge) Ajout à l'équipe d'un chercheur spécialisé avec les médecins, en attente 	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation du volume sans augmentation de la capacité de l'hôpital Les congés ne sont pas annoncés d'avance par les médecins. Manque de collaboration dans la gestion des lits. 	<p>RH</p> <ul style="list-style-type: none"> TSO, fatigue, détresse, épuisement Incapable d'offrir des soins nécessaires, car n'ont pas la compétence pour offrir tous les types de soins (sectorisation) On appelle sans cesse la gestion des lits Les chirurgiens sont très insatisfaits <p>Patients</p> <ul style="list-style-type: none"> Soins précaires et dangereux Soins de qualité deviennent impossibles (sectorisation) Patients restent à la salle de réveil pendant plusieurs heures Occasionnent des plaintes des patients 	<p>Solutions de type « en parler, en faire l'étude »</p> <ul style="list-style-type: none"> Projet McKinsey Projet paritaire de réorganisation du travail financé par le MSSSS Analyse des processus par la firme CIM <p>Solutions de type « faire un changement, fournir un outil »</p> <ul style="list-style-type: none"> Tableaux de planification des congés <p>MAIS (récurrence)</p> <ul style="list-style-type: none"> Congé pas signé avant 11:00 Le problème n'est pas pris au sérieux (sectorisation) Ce sont des comités et des comités... Tout le monde est surchargé... 	<p>Stratégies « systèmes parallèles »</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en place de l'UHT <p>Stratégies « surveillance »</p> <ul style="list-style-type: none"> Négociation avec la gestion des lits pour limiter les hors-secteur <p>Stratégies « délinquance »</p>

Tableau 4
Analyse descriptive des défaillances opérationnelles de systèmes
DIRECTION DES SERVICES PROFESIONNELS ET HOSPITALIERS (suite)

TYPE DE DÉFAILLANCES par DIRECTION	CAUSES	IMPACTS	SOLUTIONS MISES EN PLACE	STRATÉGIES COMPENSATOIRES
<p>DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS – SERVICES DIAGNOSTIQUES Radiologie et requêtes</p> <p>(4 mentions)</p> <p>« On ne sait jamais d'avance si nous aurons un RV avec la radiologie, pas de réponse lorsqu'on téléphone et certains départements de radiologie ont des boîtes vocales qui disent de ne pas laisser de message. Ils font de la gestion de dernière minute et nous sommes à leur merci »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de planification pour les patients hospitalisés • Modes de communication déficients, désobligeants • Système technique de transmission de requêtes inefficace • Coordination entre radiologie et unités de soins chaotiques • Problèmes internes en radiologie (connu) • Manque de suivi • Incertitude quant au niveau de compétence du personnel 	<p>RH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficile de planifier les soins, les médecins se choquent • Impact sur l'INF pour la planification des soins • Cumulation de frustrations pour le personnel • Perte de temps • Irritant autant médecins qu'infirmières <p>Patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allonge la durée de séjour et retarde le traitement tant que le diagnostic n'a pas été établi. • Ex. de gastrotomie : « patient à un tube désagréable et il est obligé de le garder 2 semaines supplémentaires » 	<p>Solutions de type « en parler, en faire l'étude »</p> <p>Solutions de type « faire un changement, fournir un outil »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standardiser façon d'envoyer la requête, mais toujours pas de résultat <p>Note :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embauche d'un chef intérimaire qui est aussi un consultant <p>MAIS (réurrence)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gens se sont adaptés. • Les gens n'ont connu que ce mode de fonctionnement. • Manque de volonté réelle du service de radiologie 	<p>Stratégies « systèmes parallèles »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Changement de commis (commis avec des contacts) • Les employés se déplacent pour faire leurs demandes <p>Stratégies « surveillance »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveillance étroite de la gestion des requêtes <p>Stratégies « délinquance »</p>

Tableau 4
Analyse descriptive des défaillances opérationnelles de systèmes
DIRECTION DES SERVICES PROFESIONNELS ET HOSPITALIERS (suite)

TYPE DE DÉFAILLANCES par DIRECTION	CAUSES	IMPACTS	SOLUTIONS MISES EN PLACE	
<p>DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS Physiothérapie, ergothérapie, service social, traitement des demandes. Stérilisation</p> <p>(3 mentions)</p> <p>CINCRO en cours :</p> <ul style="list-style-type: none"> Interventions en service social et réadaptation 	<ul style="list-style-type: none"> Traitement des demandes (ergo, physio, ss) Planification et coordination avec les unités (ex : annulation, etc.) Organisation actuelle du service <p>Stérilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> Eau dans les plateaux : infrastructures désuètes (vapeur) 	<p>RH</p> <ul style="list-style-type: none"> Impact sur l'INF pour la planification des soins. <p>Stérilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> Anxiété, pression entre INF et chirurgiens <p>Patients</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation de la durée de séjour en hôpital Délais avant de produire une demande de réadaptation <p>Stérilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> Délais, annulations 	<p>Solutions de type « en parler, en faire l'étude »</p> <p>Solutions de type « faire un changement, fournir un outil »</p> <ul style="list-style-type: none"> Le tableau des départs McKinsey aide à mieux cibler les patients Ex : « on devrait appeler la physio le soir pour les informer des congés de façon à ce qu'ils ne mettent pas ces patients sur la liste du lendemain » <p>Stérilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> Aller à l'extérieur 	<p>MAIS (réurrence) Travail en interdisciplinarité difficile, surtout avec les équipes médicales</p> <p>MAIS (réurrence stérilisation)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ça fait deux ans que ça dure On éteint juste des feux... Manque d'intervenants au niveau technique Manque de coordination... En tout cas, c'est trop long...

Tableau 5
Analyse descriptive des défaillances opérationnelles de systèmes
DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET INFORMATIONNELLES

TYPE DE DÉFAILLANCES par DIRECTION	CAUSES	IMPACTS	SOLUTIONS MISES EN PLACE	STRATÉGIES COMPENSATOIRES
<p>DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET INFORMATIONNELLES Commandes de matériel (1 mention)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les devis ne sont pas faits • Manque de planification • Manque de suivi des achats. <p>« Toutes les commandes qui sortent de l'ordinaire ne fonctionnent jamais. Les commandes ne sont régulièrement pas placées et les contrats non renouvelés. Cela entraîne des coûts très élevés pour l'organisation ».</p>	<p>RH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impacts budgétaires pour l'IC et l'organisation. • Frustration, car pas d'équipement. • Perte de motivation de l'IC à aller chercher l'argent, car elle ne sait jamais à quoi ça sert. 	<p>Aucune mention.</p>	<p>Stratégies « systèmes parallèles »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les commandes passent par l'infirmière-chef, ce qui ajoute à sa charge de travail. <p>Stratégies « surveillance »</p> <p>Stratégies « délinquance »</p>

Tableau 6
Analyse descriptive des défaillances opérationnelles de systèmes
DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

TYPE DE DÉFAILLANCES par DIRECTION	CAUSES	IMPACTS	SOLUTIONS MISES EN PLACE	STRATÉGIES COMPENSATOIRES
<p>DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES Gestion du matériel (1 mention)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Personne n'est dédié à s'occuper de ce matériel. • Il n'y a pas de système fiable et le facteur humain n'aide pas. • Les gens ont trop peur de ne pas avoir le matériel, ils sont trop habitués à cette situation, alors ils ne se font plus confiance. <p>« On cherche tous les jours notre matériel: les chaises, les civières, les matelas, les marchettes, les pompes ... On ne sait pas ce qui arrive, soit qu'on en manque, soit qu'il est mal géré ou mal réparti ».</p>	<p>RH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impossibilité d'effectuer certaines tâches (ex. ne peuvent pas lever le patient). Monopolisation des gens et du temps pour faire les appels. • Frustrations. • Chicanes avec la sécurité qui ne veut pas prêter les chaises roulantes, par exemple. <p>Patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Délais et annulations des services • Immobilité des patients qui ne peuvent pas prendre leur marche. 	<p>Solutions de type « en parler, en faire l'étude »</p> <p>Solutions de type « faire un changement, fournir un outil »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répartition et identification du matériel par unité (code couleur) <p>MAIS (récence)</p> <p>« Toutes les unités sont dans le trouble, alors le matériel n'est jamais remis. Le matériel continue de se promener sans que nous puissions garder une trace. Les gens ne voient pas de bénéfices à ramener le matériel »</p>	<p>Stratégies « systèmes parallèles »</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'IC s'occupe de plus de dossiers possibles • Cachettes de matériel dans les unités (réserves d'écureuil) <p>Stratégies « surveillance »</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sécurité garde ses chaises enchaînées <p>Stratégies « délinquance »</p>

Tableau 7
Analyse descriptive des défaillances opérationnelles de systèmes
DIRECTION DE L'ÉTABLISSEMENT

TYPE DE DÉFAILLANCES par DIRECTION	CAUSES	IMPACTS	SOLUTIONS MISES EN PLACE	STRATÉGIES COMPENSATOIRES
<p>DIRECTION DE L'ÉTABLISSEMENT Culture en silo et systèmes parallèles</p> <p>(1 mention, plusieurs y ont fait allusion)</p> <p>« On se bat contre tout ». Tout le monde s'en mêle, personne n'est responsable de rien »</p> <p>CINCRO en cours :</p> <ul style="list-style-type: none"> Comité CINCRO ? 	<ul style="list-style-type: none"> Isolement et manque de respect entre les directions Les gens ne voient pas toujours l'impact de ce qu'ils font et des décisions qu'ils prennent. Impression que des gens ne s'occupent pas de leurs fonctions, de leurs responsabilités Pas de validation de l'information 	<p>RH Beaucoup de temps utilisé pour compenser Réduction de la productivité, car démobilisé, démotivé ↑ l'irritation du personnel</p> <p>Patients</p>	<p>Solutions de type « en parler, en faire l'étude »</p> <p>Solutions de type « faire un changement, fournir un outil »</p> <p>MAIS (récurrence)</p> <ul style="list-style-type: none"> On développe de systèmes parallèles On compense pour les manques On implique des gens dont la responsabilité ne consiste pas à régler ces problèmes (ex : MD) 	<p>Stratégies « systèmes parallèles »</p> <p>Stratégies « surveillance »</p> <ul style="list-style-type: none"> Multiplication des appels, relance des autres services <p>Stratégies « délinquance »</p> <ul style="list-style-type: none"> Mobiliser des MD d'accord pour déclencher une crise. « On brasse » les mêmes choses depuis des années

Tableau 7
Analyse descriptive des défaillances opérationnelles de systèmes
DIRECTION DE L'ÉTABLISSEMENT (suite)

TYPE DE DÉFAILLANCES par DIRECTION	CAUSES	IMPACTS	SOLUTIONS MISES EN PLACE	STRATÉGIES COMPENSATOIRES
<p>DIRECTION DE L'ÉTABLISSEMENT Manque chronique d'équipements et de matériel</p> <p>4 mentions, quatre endroits qui se décrivent comme des « laissez pour compte ».</p> <p>Exemples « Une seule balance, brisée. Des lavabos qui fonctionnent mal. 0 pompe Backster, mini-perfuseurs, manque d'antibiotiques, suctions au mur, bladder scans. Nombre de civières, de pansements, de pilules insuffisant. Pas d'équipement suffisant pour donner les soins: pas de lits physiques pour les soins intensifs (16 lits ouverts mais slmt 10 lits physiques à l'unité), pas assez de fils pour les moniteurs cardiaques, chariots incomplets, manque de débarbouillettes »</p>	<ul style="list-style-type: none"> Unités non stratégiques se retrouvent avec de l'équipement désuet. Certaines grandes unités (40-50 lits) n'ont pas d'équipement dédié et doivent emprunter Allocation des équipements en fonction des pressions des médecins sur la direction de la DSPH Manque de conscience de l'impact de la part des décideurs 	<p>RH</p> <ul style="list-style-type: none"> Pertes de temps Démotivation du personnel Dois composer avec les bêtises des patients frustrés. Surcharge de travail pour l'IC « Chicanes » entre la sécurité et le personnel <p>Patients</p> <ul style="list-style-type: none"> Soins sont donnés en retard Délais dans le transport Délais pour avoir le diagnostic Pts manquent les examens Allongement de la DMS Ne peuvent pas toujours assurer le minimum des soins 	<p>Solutions de type « en parler, en faire l'étude »</p> <ul style="list-style-type: none"> Préparation de dossiers pour obtenir du financement supplémentaire Fait des demandes constantes pour des achats Par exemple, on envoie un préposé à la buanderie expliquer les conséquences du manque de débarbouillettes. <p>Solutions de type « faire un changement, fournir un outil »</p>	<p>Stratégies « systèmes parallèles »</p> <ul style="list-style-type: none"> Entraide entre les chefs pour se prêter de l'équipement. Achats par la DSI (civières, fauteuil roulant) L'équipe du génie biomédical « repatche » les appareils du mieux qu'ils peuvent. Prêt de l'équipement sur d'autres unités Débranchent un patient temporairement pour mettre l'équipement à l'autre. Négociation avec les autres unités afin que les patients ne manquent pas les examens. <p>Stratégies « surveillance »</p> <ul style="list-style-type: none"> Faut supplier et se battre très fort pour avoir du matériel. <p>Stratégies « délinquance »</p> <ul style="list-style-type: none"> Vols de l'équipement sur d'autres unités Cachettes de l'équipement Vol de civières, de chaises roulantes et de marchettes aux autres unités. Employés font des cachettes avec le matériel et le volent ailleurs

Principaux constats et pistes interprétatives

A. Direction des ressources humaines

Les impacts des défaillances opérationnelles de la DRH, tel qu'attribués par les SI, sont importants, chargés même. Nous suggérons que « l'unité locale RH » (la DRH de HSCM) absorbe, au niveau des attributions causales, une partie des conséquences de la « situation globale RH » dans le réseau de la santé et des services sociaux. En d'autres termes, les causes et les impacts dont il est question ici sont à la fois organisationnels (HSCM) et institutionnels (réseau SSS). Le discours des SI à propos des solutions mises en place laisse entendre qu'il y a une forme de « paralysie par l'analyse » dans l'approche adoptée par les RH pour répondre aux besoins des unités de soins. Les stratégies compensatoires les plus fréquentes résident dans la mise en place de systèmes parallèles. Enfin, le discours sur les causes suggère l'hypothèse suivante : deux logiques d'action sont en présence, l'une, aux SI, alimentée par la perception d'un environnement de travail caractérisé par le manque et l'imprévisibilité – ce qui est le propre d'un environnement de crise – et l'autre, au RH, caractérisée par une logique fondée sur la programmation procédurière du service à la clientèle. Soulignons que plusieurs processus RH en causes ici sont inclus dans des démarches d'intervention menées dans le cadre du programme CINCRO à l'HSCM.

B. Direction des services professionnels et hospitaliers

Trois problématiques sont mises en évidence. La première, plus globale, a trait à un déséquilibre entre le volume d'activités et les capacités de répondre à la demande, de même qu'à la gestion des lits et la sectorisation. On constate dans les solutions mentionnées que plusieurs projets de réorganisation du travail, tant au niveau des systèmes et des processus qu'au niveau de la structure de services, ont été mis en place. Force est de constater que plusieurs interviewées n'en voient encore pas les résultats et les impacts négatifs sur le personnel et les patients perdurent. Rappelons que ces problématiques avaient été documentées dans le rapport CRISO produit en juin 2008 dans le cadre de la démarche McKinsey à l'urgence de l'HSCM⁸. La question que nous avons soulevée à l'époque était : n'est-il pas devenu nécessaire de réviser l'offre de lits en prenant en compte l'impact du vieillissement de la population et de la complexification des cas d'une part et, d'autre part, de la pénurie de personnel infirmier ainsi que des limites liées aux réseaux externes de services ? En attendant, on met en places

⁸ Voir le rapport d'enquête produit par CRISO : Démarche d'optimisation de la durée moyenne de séjour à l'HSCM : rapport des entrevues. Juin 2008.

des « systèmes parallèles » (ex : unités de débordement) et de « surveillance » (négociation constante avec la gestion des lits pour limiter les hors secteur).

La seconde problématique concerne le département de radiologie et plus spécifiquement le système de requête. Voici en rappel la conclusion que nous soumettions à ce sujet dans le rapport CRISO de juin 2008 :

En résumé, le département de radiologie n'a pas actuellement la capacité de répondre à la demande sans occasionner des délais qui ont des impacts importants sur la DMS à l'UHT et à l'étage, soit directement (délais de réception des résultats d'examens), soit indirectement (tendance des MD à hospitaliser pour assurer plus de rapidité). De plus, les systèmes fonctionnels de communication entre les demandeurs et le département (système de transmission des requêtes et d'information sur le statut des requêtes) semblent peu efficaces et occasionnent plusieurs insatisfactions. Enfin, le système de priorisation des demandes semble fonctionner selon deux modalités : une modalité formelle prévoyant un ordre spécifique de priorité, et une modalité « inconnue » qui semble créer de la confusion et de l'incompréhension au sein du personnel. La **question** qu'il semble pertinent de poser est donc la suivante : ne serait-il pas nécessaire de procéder à un audit fonctionnel, organisationnel, communicationnel et managérial du département de radiologie de manière à supporter les efforts déjà consentis depuis quelques années pour redresser la situation ?

Il appert que les perceptions relatives à ce service n'ont pas changé, près un an après le dépôt du rapport CRISO. L'image qui vient en pensant à cette situation est : « une boîte noire ! ». Pour composer avec cette « boîte noire », on met en place des « systèmes parallèles » (les employés se déplacent pour faire leurs demandes) et de « surveillance ». L'explication de la récurrence est surprenante : « les gens n'ont connu que ce mode de fonctionnement, ils se sont adaptés, car ils croient que la volonté de changement n'est pas là ».

Enfin, la troisième problématique soulevée par les répondants concernant la DSPH est liée aux processus de travail en vigueur dans les services professionnels : traitement des demandes, planification et coordination avec les unités. Quelques conversations avec la directrice adjointe responsable portent à croire que le service social d'une part, et les services de réadaptation d'autre part, sont chacun engagé dans des démarches d'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services.

C. Direction des ressources financières et informationnelles et direction des services techniques

Que ce soit au plan des commandes de matériel ou de la gestion du matériel, on constate qu'en ce domaine, l'infirmière-chef compense par la mise en place de « systèmes parallèles » (gérer elles-mêmes les commandes, mise en place de « systèmes écureuil »). Par contre, nous n'avons recueilli qu'une seule

mention pour chacune des deux défaillances opérationnelles. Il faut souligner que le problème de « manque de matériel », discuté plus bas, est plus criant !

D. Direction de l'établissement

Le point concernant la culture en silo et les systèmes parallèles prend la forme d'une conclusion interprétative à propos des causes fondamentales de plusieurs défaillances opérationnelles de systèmes. À nouveau, cette dynamique avait été soulevée dans le rapport CRISO de juin 2008 :

Du point de vue de la théorie des organisations, l'un des deux processus fonctionnels de base de toute organisation du travail (différenciation/intégration) souffre d'un « déficit d'attention » à HSCM, soit l'intégration. Le système est ainsi « emporté » par les forces centrifuges, créant ainsi une situation d'ensemble caractérisée par un manque de coordination et de synergie, habituellement diagnostiquée comme le résultat de « problèmes de communication ». Couplé à la surcharge (...), ce déficit d'attention aux processus d'intégration organisationnelle entraîne inévitablement une culture de « chacun travaille en solo dans son silo ».

Il est utile de rappeler que le « Comité d'initiatives coordonnées en réorganisation opérationnelle » (CINCRO), créé dans le cadre du présent programme de recherche intervention et composé de tous les cadres supérieurs de l'établissement, a annulé environ 50 % des réunions planifiées depuis janvier 2009 et, à ce jour, n'a tenue qu'une seule réunion où tous les membres étaient présents.

Le second point que nous avons attribué à la direction de l'établissement touche à ce que Holcman (2008) décrit comme étant les deux piliers du discours de « l'acteur soignant », soit l'imprévisibilité et le manque, ici : le manque chronique d'équipement et de matériel. C'est ici que se trouve non seulement le carrefour des stratégies compensatoires de type « systèmes parallèles » les plus ingénieuses, mais aussi des stratégies délinquantes. Le discours des interviewés sur leur situation de « manque » contraste avec l'idée que l'on peut se faire d'un centre universitaire ultra spécialisé de traumatologie et projette l'image d'une organisation générant ses propres inégalités sociales.

Finalement, il est éclairant de procéder à une analyse des causes de l'ensemble de ces défaillances opérationnelles en se posant la question : comment se répartissent-elles entre la catégorie « causes techniques, fonctionnelles, organisationnelles » et la catégorie « causes relationnelles et communicationnelles ». Le tableau 8 classe l'ensemble des causes présentées dans les tableaux 2 à 7 selon ces deux catégories d'analyse.

Tableau 8
Classification des « causes »

Techniques, fonctionnelles, organisationnelles	Relationnelles et communicationnelles
<p>DRH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de planification/vision à long terme • Systèmes procéduriers, lourdeur des processus <p>DSPH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du volume sans augmentation de la capacité de l'hôpital • Les congés ne sont pas annoncés d'avance par les médecins. • Pas de planification pour les patients hospitalisés • Manque de suivi • Problèmes internes en radiologie • Système technique de transmission de requêtes inefficent • Organisation actuelle du service • Traitement des demandes (ergo, physio, ss) • Infrastructures désuètes <p>DRFI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les devis ne sont pas faits • Manque de planification • Manque de suivi des achats. <p>DST</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personne n'est dédié à s'occuper de ce matériel. • Il n'y a pas de système fiable et le facteur humain n'aide pas. <p>DÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impression que des gens ne s'occupent pas de leurs fonctions, de leurs responsabilités • Unités non stratégiques se retrouvent avec de l'équipement désuet. 	<p>DRH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de compréhension des besoins des unités • Approche et systèmes de communication « difficiles » <p>DSPH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de collaboration dans la gestion des lits • Communication déficiente, désobligeante • Coordination entre radiologie et unités de soins chaotiques • Planification et coordination avec les unités <p>DST</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gens ont trop peur de ne pas avoir le matériel, ils sont trop habitués à cette situation, alors ils ne se font plus confiance. <p>D É</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isolement et manque de respect entre les directions • Les gens ne voient pas toujours l'impact de ce qu'ils font et des décisions qu'ils prennent. • Pas de validation de l'information • Allocation des équipements en fonction des pressions des médecins sur la direction de la DSPH • Manque de conscience de l'impact de la part des décideurs

Le résultat de cette classification illustre que les conditions et les conséquences d'un « système emporté par les forces centrifuges » ne résident pas seulement dans des problèmes relationnels et communicationnels : cette faiblesse dans le « code génétique » de l'hôpital ultra spécialisé – le déséquilibre entre les capacités de différenciation et les capacités d'intégration – se manifeste tout autant au niveau du « management de base » du système technique, fonctionnel et organisationnel.

Dans un contexte de pénurie de ressources en soins infirmiers, de changements dans les responsabilités et les rôles, d'instabilité des équipes, de manque chronique, il va sans dire qu'une correction des deux catégories de causes des défaillances opérationnelles mises en évidence dans le présent rapport ne pourra qu'avoir qu'un impact positif sur la perception qu'a le personnel infirmier de la qualité du milieu de travail – ce qui entraîne de meilleurs taux d'attraction et de maintien en poste de l'effectif – de l'efficacité organisationnelle – ce qui entraîne généralement plus de satisfaction au travail et de fierté d'appartenance – et de l'engagement de l'établissement envers la qualité des soins aux patients – ce qui entraîne un engagement affectif plus important envers l'organisation.

Les normes comportementales

L'analyse des normes comportementales qui caractérisent la culture managériale de l'HSCM aux yeux des 16 gestionnaires en soins infirmiers interviewés permet de formuler des hypothèses interprétatives concernant la récurrence des défaillances opérationnelles mises en évidence plus haut et de leurs causes. Cette analyse vise à initier une réflexion à propos des capacités d'apprentissage organisationnel face à la remise en question des principes organisateurs fondamentaux et les normes opérationnelles historiques. Plus spécifiquement, elle permet d'ouvrir la discussion par la question suivante : est-ce que la configuration particulière des « normes comportementales » caractérisant la culture managériale de l'HSCM intervient dans la reproduction d'une capacité réduite d'apprentissage ?

Les résultats quantitatifs obtenus à l'aide de notre questionnaire conduisent à conclure que trois normes « très fortement présentes » (moyenne au-dessus de 3.5 sur 5) et trois normes « très faiblement présentes » (moyennes en dessous de 2.0) forment une configuration qui a des conséquences particulières par rapport aux capacités d'apprentissage. Le tableau 9 contient les résultats (moyennes et écarts-types).

Tableau 9
Perception des normes comportementales : résultats quantitatifs

	Moyennes	Écarts-types
Normes d'accomplissement	3.92	0.86
Normes d'actualisation de soi	3.17	0.83
Normes humanistes et d'encouragement	3.08	0.76
Normes d'affiliation	3.85	0.80
Normes d'approbation	3.31	0.75
Normes conventionnelles	4.00	0.74
Normes de dépendance	2.46	0.97
Normes d'évitement	2.19	1.25
Normes d'opposition	1.69	0.75
Normes de pouvoir	1.77	0.73
Normes de compétition	1.85	0.80
Normes de perfectionnisme	3.08	1.19

Rappelons le postulat qui sous-tend l'utilisation de ce cadre théorique : toutes ces normes comportementales ont un aspect positif et un aspect négatif de sorte que c'est la configuration d'ensemble qui importe plutôt que le résultat obtenu à chaque norme. Dans ce cas-ci, on constate un déséquilibre entre, d'une part, de normes fortement présentes centrées sur l'accomplissement individuel, la bonne entente (affiliation) et la primauté de la règle (conventionnelle) et, d'autre part, une absence de normes « plus agressives » qui, sur le versant positif de leur nature, sous-tendent l'esprit critique, la créativité émergente du choc des idées, la saine confrontation et le débat contradictoire. Avant d'aller plus loin au niveau interprétatif, les tableaux 10 et 11 présentent comment Szumal (1998) défini et illustre de façon comportementale ces six normes. Des extraits d'entrevues sont aussi fournis afin de les illustrer.

Tableau 10
Normes comportementales « très fortement présentes »

<p>NORME D'ACCOMPLISSEMENT (FORTE)</p> <p>On s'attend à ce que les membres d'organisations ayant une culture de style accomplissement établissent des objectifs stimulants, mais réalistes, adoptent des plans permettant de les atteindre et travaillent à les atteindre avec enthousiasme. Les organisations de type accomplissement sont efficaces : les problèmes sont convenablement résolus, les clients sont bien desservis et l'orientation des membres (de l'organisation même) est saine.</p> <p>Par exemple, on s'attend des membres qu'ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cherchent à atteindre des objectifs qu'ils se sont fixés eux-mêmes - Considèrent les alternatives avant d'agir - Relèvent des défis - Fixent des objectifs difficiles, mais atteignables - Visent des critères d'excellence - Recherchent la satisfaction du travail accompli - Anticipent l'avenir et planifient en conséquence - Prennent des risques modérés - Se montrent enthousiastes 	<p>NORME D'AFFILIATION (FORTE)</p> <p>On s'attend à ce que les membres soient amicaux et coopératifs, et accordent de l'importance à la satisfaction de leur groupe de travail. L'organisation elle-même accorde une priorité élevée aux relations interpersonnelles positives. Une culture de style affiliation peut améliorer le rendement organisationnel en favorisant la communication ouverte, une bonne coopération et la coordination efficace des activités.</p> <p>Par exemple, on s'attend des membres qu'ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coopèrent avec les autres - Agissent envers les autres d'une manière amicale et plaisante - Visent la satisfaction générale du groupe - Se soucient des gens - Fassent preuve de bonnes habiletés interpersonnelles - Accordent plus d'importance aux personnes qu'aux choses - Partagent leurs sentiments et leurs pensées - Motivent les autres de façon amicale - Soient chaleureux et ouverts - Fassent preuve de tact 	<p>NORME CONVENTIONNELLE (FORTE)</p> <p>On dit des organisations qu'elles ont une culture de style conventionnalisme quand elles sont conservatrices, traditionnelles et bureaucratiques. On s'attend à ce que les membres se conforment, respectent les règles et fassent une bonne impression. Une culture trop conventionnelle peut entraver l'efficacité en supprimant l'innovation et en empêchant l'organisation de s'adapter aux changements qui surviennent dans son environnement.</p> <p>Par exemple, on s'attend des membres qu'ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne causent pas de remous - Évitent tout affrontement - Fassent «bonne impression» - Se conforment - Accordent plus d'importance aux règles qu'aux idées - Ne disent pas la même chose à tout le monde dans le but d'éviter des conflits - Acceptent le statut quo - Respectent toujours les politiques et les pratiques - Écartent les solutions qui diffèrent des traditions ou qui semblent risquées - Rentrent dans le «moule» -
<p>Quelques extraits des entrevues :</p> <p>« HSCM est un centre tertiaire universitaire et on se doit de démontrer l'excellence »</p> <p>« Il y a une rencontre avec notre supérieur pour se fixer des objectifs annuels en lien avec ceux de la DSI »</p> <p>« La barre est haute »</p> <p>« Il faut des standards d'excellence pour devenir efficace »</p>	<p>Quelques extraits des entrevues :</p> <p>«On nous demande d'être présent auprès des équipes pour les guider, les écouter et les soutenir »</p> <p>«Beaux échanges à la période du dîner entre les collègues et avec les supérieurs lorsque nous nous voyons»</p> <p>«Bonne collaboration et relation entre les chefs d'unité»</p> <p>«On est traités avec respect et les comportements inappropriés ne sont pas acceptés»</p>	<p>Quelques extraits des entrevues :</p> <p>«Il est vrai que nous devons respecter les procédures telles qu'établies»</p> <p>«On s'attend de nous qu'on fasse bonne impression»</p> <p>«On ne peut pas se comporter comme des entrepreneurs privés»</p> <p>«Il y a beaucoup de non-dits et nous devons suivre le moule, ou débarquer du bateau»</p> <p>«Pas le droit de contourner les règles»</p>

Tableau 11
Normes comportementales « très faiblement présentes »

NORME D'OPPOSITION (TRÈS FAIBLE)	NORME DE POUVOIR (TRÈS FAIBLE)	NORME DE COMPÉTITION (FAIBLE)
<p>On s'attend à ce que les membres soient critiques. Ils gagnent du prestige et de l'influence en s'opposant aux idées des autres et en prenant des décisions ne comportant pas de risques (mais inefficaces). Un certain degré de mise en doute est convenable, mais une culture très oppositionnelle peut mener à des conflits inutiles, à une faible capacité de résolution de problèmes en groupe et à des solutions « diluées » aux problèmes.</p> <p>Par exemple, on s'attend des membres qu'ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signalent les défauts et les imperfections - Se montrent détachés et tout à fait objectifs - S'opposent à tout ce qui est nouveau - Ne se laissent pas facilement impressionner - Cherchent les erreurs - S'opposent de façon indirecte - Remettent en question les décisions des autres - Gardent leurs distances par rapport la situation - Jouent le rôle « d'avocats du diable » 	<p>Ces organisations sont structurées en fonction du pouvoir inhérent aux postes des membres. On s'attend à ce que les membres prennent les choses en main, contrôlent les subordonnés et cèdent aux demandes des supérieurs.</p> <p>Par exemple, on s'attend des membres qu'ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne lâchent jamais les rennes du contrôle - Exigent de la loyauté - Se servent des pouvoirs conférés par leur poste - Étendent leurs sources d'influence - S'assurent que tout fonctionne à leur façon - S'imposent avec fermeté - Jouent leurs cartes pour acquérir de l'influence - Se montrent durs - Fassent preuve d'une autorité sans conteste 	<p>Dans ce type d'organisations, on apprécie les vainqueurs, et les membres sont récompensés quand ils surpassent les autres. Les membres de telles organisations évoluent dans un contexte où il faut gagner sur toute la ligne et croient qu'ils doivent travailler contre leurs pairs (et non avec eux) pour se faire remarquer.</p> <p>Par exemple, on s'attend des membres qu'ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'emportent sur les autres - Essaient d'avoir raison - Soient vus et remarqués - Rivalisent au lieu de coopérer - Soient le centre d'intérêt - Aient toujours l'air de gagner - Cherchent à surpasser les autres - Soient des « gagnants » - Projettent une image de supériorité - Agissent comme si le travail était une compétition
<p>Quelques extraits :</p> <p>«Je n'ai pas remarqué quoi que ce soit à ce niveau» «Il faut toujours rester diplomate et poli» «Mal vu de confronter, faut rester diplomate et poli» «Si tu brasses trop fort, tu te le fais dire»</p>	<p><i>Aucun extrait ne témoigne de la présence de cette norme à Sacré-Coeur</i></p>	<p>Quelques extraits :</p> <p>«La direction ne favorise pas la compétition» «Dans le réseau de la santé, il n'y a pas beaucoup de compétition, il y a une norme de reconnaissance»</p>

Il semblerait qu'à Sacré-Cœur, du moins en ce qui concerne les gestionnaires infirmiers, les standards d'excellence et le volume de travail sont très importants, vu son statut de centre universitaire affilié. En même temps, les relations interpersonnelles sont très valorisées. Il est fort probable que ces relations de qualité avec les pairs et les supérieurs permettent aux gestionnaires d'accomplir un volume de travail important, car ces relations agissent en tant que soutien dans un contexte de surcharge. En même temps, il semble qu'il est très mal vu de confronter ouvertement les autres. En général, ils doivent suivre la ligne directrice émise par leurs supérieurs. Peu de marge de manœuvre semble exister pour la modification aux règles et l'initiative personnelle, du moins dans les interactions formelles. De même, il serait très mal vu à Sacré-Cœur d'émettre des critiques envers les décisions des autres. La diplomatie et la politesse sont toujours de mise, ce qui pourrait faire en sorte que certaines failles (ou défaillances) ne sont pas nommées. Ceux qui vont à l'encontre de la règle de politesse se font réprimander. En parallèle, la distribution du pouvoir semble floue à Sacré-Cœur : on ne sait pas qui doit s'imposer quand et faire preuve d'autorité au moment opportun.

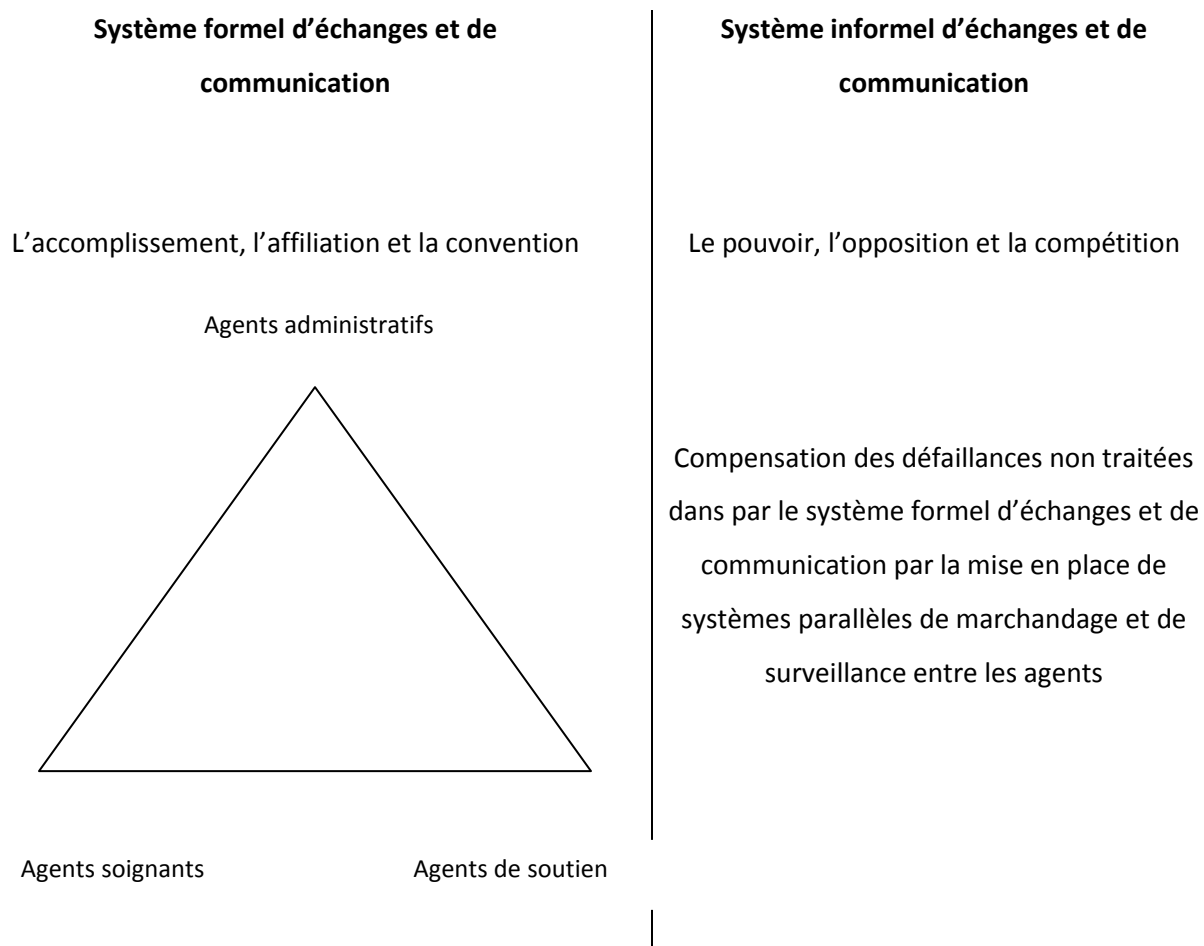
De prime abord, l'hôpital du Sacré-Cœur semble présenter une culture organisationnelle très constructive, avec les normes d'accomplissement et d'affiliation très fortes. La présence simultanée de ces normes a ses avantages, telle que mentionnée plus haut : les exigences d'accomplissement et les standards élevés sont en partie soutenus par les relations riches et de qualité avec les pairs. D'un autre côté, la présence très forte des normes de conventionnalisme semble nuire à l'efficacité de l'organisation, qui semble perçue comme rigide et peu tolérante au conflit (dans le sens de « choc des idées »). Cette rigidité et le souci de « préserver les apparences » (qui se traduit également par une très faible norme d'opposition), couplés à une norme de pouvoir et d'autorité très faible, ne facilitent en rien la mise en discussion des incohérences ou des problèmes de justice distributive ou procédurale. Il est possible que cette dynamique, poussée à son maximum, crée une culture organisationnelle générale de « laisser-faire ».

Nous croyons que cette configuration particulière des normes comportementales explique la récurrence d'un bon nombre de défaillances opérationnelles de systèmes décrites plus haut, du fait qu'une telle culture amène tout naturellement à préférer la mise en place de « systèmes parallèles de marchandages », plutôt que la confrontation franche et ouverture sur la place publique (dans les structures formelles de débats). Pour reprendre le langage des systèmes complexes adaptatifs, il y a un « clivage » entre la « coopération » et la « compétition » : la « coopération et la bonne entente » dans les systèmes formels d'échanges et de communication et la « compétition et le conflit » dans les systèmes informels d'échanges et de communication, tel qu'illustré à la figure 2.

Figure 2

Le clivage de la coopération et de la confrontation

Les deux systèmes d'échanges et de communication à HSCM



Conclusion

L'analyse présentée dans ce rapport va dans le sens de l'hypothèse de départ : la récurrence des défaillances opérationnelles de système résulterait de déséquilibres culturellement entretenus entre les possibilités de coopération (dialogue) et les possibilités de compétition (confrontation, débat contradictoire), au niveau des espaces formels de communication entre les groupes d'acteurs concernés. Le but de ce rapport de recherche est de susciter une réflexion chez les partenaires décideurs du programme à propos des capacités limitées d'apprentissage organisationnel vis-à-vis les défaillances opérationnelles récurrentes. Il appartient donc à la direction de l'établissement de décider si elle veut s'engager dans une telle démarche de questionnement et de développement organisationnel. À titre d'exemple, les grandes lignes d'un tel processus de questionnement sont résumées ci-après en guide de conclusion.

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 la confrontation 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 rééquilibrage des énergies investies au niveau des systèmes formels d'échanges et de communication dans la coopération et le dialogue versus la confrontation et le débat contradictoire, vis-à-vis la résolution de cette défaillance opérationnelle?