

2m11.2739.9

Université de Montréal

Perceptions et régulations de la qualité dans une organisation de soins

par

Chopard Pierre

Département d'administration de la santé

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en administration des services de santé
option santé et systèmes de soins

juin 1999



© Chopard Pierre 1999

R. PETER . 11/11/8

WA

525

U58

1999

V.005

Université de Montréal

Participation et régulation de la qualité dans une organisation de soins

1

1999

2000

Établissement d'enseignement de la santé

Étude de cas

Présentation de la thèse de doctorat de R. Peter

en vue de l'obtention du grade de

docteur en éducation

à la suite de la soutenance de la thèse

le 15 mars 1999



1999

© Université de Montréal

Page d'identification du jury

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Perceptions et régulations de la qualité dans une organisation de soins

présenté par:

Pierre Chopard

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Président-rapporteur: Claude Sicotte

Directeur de recherche: Jean-Louis Denis

Membre du Jury: Pascale Lehoux

Mémoire accepté le:99-10-22.....

Sommaire

Introduction: Ce travail a pour but d'analyser la perception et la régulation de la qualité dans une organisation de soins. Ces organisations ont été décrites par un certain nombre d'auteurs comme constituées de mondes relativement hermétiques les uns aux autres et où les relations de pouvoir et d'autorité entre les corps professionnels et en leurs seins sont souvent très tendues. En reprenant la littérature traitant de la qualité dans l'industrie et dans les organisations de services, organisations de soins comprises, nous avons pu dégager un certain nombre de perceptions et de régulations de la qualité que nous avons comparé avec celles mises en évidence dans le cas analysé.

Objectifs de recherche: Nos questions de recherche sont les suivantes:

1. Quels sont les intérêts (enjeux, représentations) pour la qualité des différents groupes d'acteurs au sein de l'institution?
2. Comment évolue la régulation de la qualité dans l'organisation?
3. Comment est structuré le champ d'action collectif autour de la qualité à travers certaines démarches entreprises dans l'institution?
4. Par quels mécanismes est développée la qualité dans l'organisation. Cette question sera analysée à partir d'un modèle de développement de la qualité que nous proposons. Nous avançons également certaines hypothèses sur l'influence que peut avoir le mode de management et les types de structures organisationnelles sur les processus de développement de la qualité?
5. Quel est le construit organisationnel de la qualité?

Méthodologie: Pour répondre à ces différentes questions de recherche nous avons choisi l'étude de cas. Les données ont été récoltées à l'aide d'entretiens semi-structurés qui sont adéquats pour une recherche de nature exploratoire. 12 entretiens ont été réalisés, répartis selon les groupes professionnels (médical (2), infirmier-paramédical (5), administratif-logistique (3), CA (2)).

Résultats: plusieurs sens de la qualité cohabitent dans l'organisation et sont régulés de façon différente. Au niveau des professionnels le sens "historique" est celui d'excellence mais un nouveau sens apparaît, celui de valeurs à négocier. Pour le personnel administratif ou celui des fonctions logistiques le sens dominant est celui de normes à respecter ou à atteindre. Les modes de régulation diffèrent selon le sens attribué à la qualité et passent chez les

professionnels d'une régulation implicite basée uniquement sur l'excellence de la formation professionnelle à une régulation scientifique qui s'appuie par exemple sur les guides de pratiques, la médecine fondée sur des preuves. Chez les cadres non professionnels la régulation s'apparente à la régulation industrielle de la qualité. Les facteurs de changement dans la perception de la qualité sont perçus par les répondants comme étant à la fois extra et intraorganisationnels (politique, économique, rôle plus actif des patients par exemple). Nous avons pu démontrer qu'au sein même d'un corps professionnel le développement d'une logique de gestion apparemment sans lien directe avec la qualité des soins pouvait avoir des répercussions sur le développement de la qualité dans les unités de soins. En nous appuyant sur notre modèle de développement de la qualité nous avons pu mettre en évidence quels sont les processus de développement qui sont préférentiellement utilisés et quels problèmes en découlent. Au niveau de l'organisation, ce qui domine est l'absence de cadre contextuel et le développement de démarches qualité fractales c'est-à-dire sans relation avec le tout organisationnel.

Conclusions: Au sein de l'organisation existe une véritable dynamique de la qualité avec l'apparition de nouveaux sens et de nouvelles régulations. La dynamique d'apprentissage organisationnel est cependant marquée par un blocage en raison de l'absence de cadre conceptuel organisationnel de la qualité ce qui entraîne le développement d'une qualité fractale. Les acteurs ne sont pas encouragés à se comporter comme agents de l'organisation. Cela augmente les mécanismes de contrôle du haut vers le bas favorisant certains mécanismes de développement de la qualité (i.e. la combinaison) au détriment d'autres mécanismes de production de la qualité (i.e. la socialisation). Il ressort de cette étude que la qualité des soins dans un hôpital s'étend largement au delà de la seule formation professionnelle ou de l'application de guides de pratiques. Les représentations des acteurs, la régulation de leurs échanges, les modes de gestion l'influencent directement. Pour le gestionnaire, cela signifie accorder davantage d'attention aux liens qui unissent la qualité des soins au mode de management ou aux structures organisationnelles. Son rôle et ses responsabilités sont indéniablement renforcées. Notre étude suggère également que la recherche dans le domaine de la qualité en milieu organisationnel doit élargir son champ d'activités en direction des sciences humaines (i.e. sociologie, psychologie...) pour être capable d'investiguer les différentes facettes de la qualité des soins. Elle devra utiliser

davantage les instruments de recherches issus de ces disciplines sans pour autant renoncer aux instruments de recherche utilisés dans le modèle biomédical.

Table des matières

SOMMAIRE	I
LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES	VI
DEDICACE	VII
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	VIII
1. PROBLÉMATIQUE	1
2. OBJECTIFS DE RECHERCHE	2
3. ETAT DES CONNAISSANCES	2
3.1 DÉFINITIONS DE LA QUALITÉ.....	2
3.2 LA QUALITÉ DANS LES SERVICES ET LES ORGANISATIONS DE SANTÉ.....	4
3.3 LA QUALITÉ SOUS L'ANGLE DE L'ACTION COLLECTIVE	10
3.3.1 <i>Qualité et information</i>	12
3.3.2 <i>Qualité, apprentissage, innovation</i>	13
4. CADRE CONCEPTUEL ET MODÈLE DE LA QUALITÉ	15
4.1 CADRE CONCEPTUEL	15
4.2 MODÈLE DE LA QUALITÉ	17
5. QUESTIONS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	19
6. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	21
6.1 DEVIS	21
6.2 POPULATION À L'ÉTUDE	21
6.2.1 <i>Caractéristiques de l'hôpital</i>	21
6.2.2 <i>L'échantillonnage des groupes</i>	22
6.2.3 <i>Taille de l'échantillon</i>	22
6.3 NATURE DE L'INFORMATION	23
6.3.1 <i>Entretiens semi-structurés</i>	23
6.4 RECUEIL ET TRAITEMENT DE L'INFORMATION	24
6.4.1 <i>Entretiens semi-structurés</i>	24
6.5 STRATÉGIE D'ANALYSE	24
6.6 QUALITÉ ET CRÉDIBILITÉ DE LA RECHERCHE QUALITATIVE.....	25
6.6.1 <i>Validité de construit</i>	25
6.6.2 <i>Fiabilité</i>	25

6.6.3 Validité externe.....	25
7. ANALYSE.....	27
7.1 REPRÉSENTATION DE LA QUALITÉ.....	28
7.1.1 Les sens donnés à la qualité, leurs construits et leurs régulations.....	28
7.2 RAISONS D'ÊTRE AU DÉVELOPPEMENT DES APPROCHES QUALITÉ.....	31
7.2.1 Les facteurs extraorganisationnels.....	31
7.2.2 Les facteurs intraorganisationnels.....	31
7.3 AVANTAGES LIÉS AUX DÉMARCHES QUALITÉ.....	33
7.4 INCONVÉNIENTS DES DÉMARCHES QUALITÉ.....	34
7.5 DÉVELOPPEMENT DE LA STRUCTURE QUALITÉ DANS L'HÔPITAL GÉNÉRAL:.....	36
7.5.1 Naissance de la structure qualité à l'Hôpital Local.....	36
7.5.2 Evolution de la structure qualité HL vers la structure qualité HG.....	38
7.5.3 Relations d'autorité et relations de pouvoir.....	39
7.5.4 Perception de la structure qualité par les répondants.....	42
7.5.5 Interactions au niveau de l'unité de soins entre logiques, structures et qualité des soins.....	45
7.5.6 Le développement de la qualité au niveau de l'unité de soins.....	49
7.5.7 Qualité et conflits dans l'HG.....	54
7.5.8 Cadre conceptuel organisationnel de la qualité.....	56
8. DISCUSSION.....	61
9. PISTES DE RECHERCHES FUTURES.....	68
10. CONCLUSION.....	69
11. ANNEXES.....	IX
11.1 PROTOCOLE ENTRETIEN.....	IX
11.2 ENTRETIEN 1.....	XII
11.2.1 Verbatim (extraits).....	xii
11.2.2 Résumé.....	xix
12. BIBLIOGRAPHIE.....	XXIII

Liste des tableaux

Tableau 1: Résumé des avantages des démarches qualité	34
Tableau 2: Résumé des inconvénients des démarches qualité	36
Tableau 3: Résumé des perceptions de la structure qualité	44
Tableau 4: Conflits potentiels liés aux démarches qualité	55

Liste des figures

Figure 1: Les différents sens donnés à la qualité	4
Figure 2: Le construit professionnel de la qualité et ses régulations	6
Figure 3A: Le construit relationnel émergent de la qualité et sa régulation	9
Figure 3B: la régulation complexe de la qualité multiacteurs	9
Figure 4: Relation d'autorité et relation de pouvoir	11
Figure 5: Les modes de création de connaissances	14
Figure 6: Modèle de développement de la qualité	18
Figure 7: Cartographie des répondants au sein de l'institution	23
Figure 8: Sens, construits et régulations de la qualité dans HL	28
Figure 9: La régulation coup d'état.....	30
Figure 10: Déterminants et régulations de la démarche qualité organisationnelle	32
Figure 11: Ancienne structure qualité HL	38
Figure 12: Nouvelle structure qualité HG	39
Figure 13: Relations autorité-pouvoir	41
Figure 14: Structure et logique soins infirmiers "ancienne formule"	46
Figure 15: Structure et logique soins infirmiers "nouvelle formule"	47
Figure 16: Le modèle de développement de la qualité dans l'unité de soins	51
Figure 17: Solution de continuité (découplage) entre logiques	52
Figure 18: Démarche qualité, zones de résistances et de découplage	53
Figure 19: Concepts et démarches qualité dans l'organisation	58
Figure 20: Le cercle organisationnel idéal de la qualité	60
Figure 21: Le cercle de la qualité vu depuis le terrain	60
Figure 22: Le cercle de la qualité selon les gestionnaires et les scientifiques	60
Figure 23: Démarche qualité, production de connaissance	63
Figure 24: Apprentissage en simple et double boucle (Argyris)	64
Figure 25: Argyris revisité	65
Figure 26: Paradigme, organisation et qualité	67
Figure 27: Evolution et révolution paradigmatique	68

Dédicace

Je tiens à remercier tout particulièrement:

- Monsieur le Professeur Jean-Louis Denis qui m'a conseillé et encouragé tout au long de la réalisation de ce travail.
- Messieurs les Professeurs André-Pierre Contandriopoulos et Gilles Dussault pour avoir servi de guides lors de ce voyage au cœur des systèmes de soins et de santé.
- Monsieur le Professeur Robert Desmarteau pour son cours captivant sur le management.
- Monsieur le Professeur Francis Waldvogel qui a bien voulu me soutenir dans la réalisation de cette formation.
- Monsieur le Professeur Alain Junod pour avoir accepté ce projet.
- Je remercie également toutes les personnes qui ont participé, toujours avec gentillesse, aux entretiens.
- mon épouse qui a bien voulu me suivre dans une telle aventure et mes enfants.

Liste des sigles et abréviations

CA	Conseil d'administration
CD	Comité de direction
DM	Directeur médical
DSI	Directrice des soins infirmiers
HG	Hôpital Général
HL	Hôpital Local
ICO	Infirmier-Coordinateur
RU	Responsable d'unité

1. Problématique

L'intérêt porté à la qualité dans le domaine des organisations de soins est relativement récent et va grandissant. Cela ne signifie pas que la qualité était auparavant exclue du monde médical. Elle a toujours été et reste encore implicitement associée à la formation pré et post-graduée des professionnels. En d'autres termes, la professionnalisation de la médecine est un gage de qualité. De plus, sa scientificité est synonyme de rigueur (grâce à la méthodologie employée) et de qualité (dans la production des connaissances). Il a fallu les premiers travaux montrant les variations de la pratique¹⁻² et l'article de Smith³ pour se rappeler que la médecine était avant tout un art et que la qualité y était de nature variable. Cet intérêt porté à la qualité résulte également d'efforts pour contrôler les coûts des systèmes de soins. La qualité peut ainsi servir à diminuer la variabilité de la pratique synonyme d'inefficience dans le contexte actuel grâce, par exemple, aux guides de pratique. Elle peut aussi devenir un critère important d'évaluation des restructurations entreprises dans les systèmes de soins (fusions d'hôpitaux, virage ambulatoire, etc.) et être ainsi un des principaux critères d'allocations des ressources. Or un des paradoxes de la qualité, du moins en médecine, est qu'elle est d'une extrême variabilité dans ses définitions, ses normes et ses critères. Il peut donc paraître étonnant d'utiliser la qualité, de nature variable, pour contrôler l'instabilité de la pratique, allouer les ressources et dire ce qui est ou non de qualité.

Les démarches appelées qualité¹ utilisées dans le domaine de la santé sont issues de l'industrie. Contre toute attente, l'implantation des systèmes de gestion de la qualité dans les organisations de soins semble plus difficile que prévue et ces systèmes ne fournissent pas (toujours?) les résultats attendus⁴. Pourquoi ces difficultés? Sont-elles liées aux construits de la qualité retenus, aux instruments de mesures de la qualité ou à des spécificités des organisations de soins (organisationnelles, environnementales, culturelles...)? C'est à la compréhension du construit de la qualité dans une organisation de soins, à ses relations et finalement à sa modélisation que nous allons nous intéresser. Nous tenterons d'établir les relations entre ce construit et la démarche appelée qualité organisationnelle. La mise en évidence de ces relations nous aidera peut-être à mieux comprendre les échecs et /ou les réussites des démarches qualité.

¹ A des fins de simplification nous parlerons ultérieurement de démarches qualité.

2. Objectifs de recherche

Le but de ce travail ne va pas être de définir ou d'évaluer la qualité au travers de normes ni d'évaluer les normes qui sont utilisées pour définir la qualité. Encore moins de vouloir privilégier a priori une démarche qualité par rapport à une autre. L'objectif premier est de mettre en évidence les représentations (le construit) de la qualité que les différents acteurs de l'organisation ont (question de recherche 1). Le deuxième objectif, conditionnel au premier, est de comprendre comment les acteurs vont réguler leurs échanges à travers la démarche qualité (questions de recherche 2 et 3). Le troisième objectif analysera la qualité sous l'angle de l'apprentissage et de l'innovation (question de recherche 4). Le quatrième objectif cherchera à déterminer le cadre conceptuel organisationnel et à analyser sa dynamique (question de recherche 5).

3. Etat des connaissances

Dans ce chapitre nous allons aborder la qualité sous différents angles. Nous allons revoir tout d'abord les définitions de la qualité pour nous intéresser ensuite aux construits de la qualité et à leurs régulations dans les systèmes de soins. Ces mécanismes de régulation nous feront prendre conscience que la qualité est un enjeu (parmi d'autres) entre les différents acteurs. Afin de pouvoir comprendre cet aspect de l'enjeu nous aborderons la qualité sous l'angle de l'action collective. Enfin, nous analyserons les liens qui relient la qualité, l'apprentissage et l'innovation ce qui nous conduira au développement d'un modèle de la qualité que nous mettront à l'épreuve ultérieurement.

3.1 Définitions de la qualité

La qualité est pour le moins polysémique. Cette multitude de définitions rend la recherche dans ce domaine difficile. Compte tenu de la variabilité des définitions, il est impossible de faire des propositions universelles⁵ sur la qualité. Selon les différents sens donnés à la qualité⁵ (voir Figure 1 page 4), son construit en est profondément modifié. Ainsi l'**excellence** implique de rencontrer les standards les plus élevés sans compromis aucun, alors que la **valeur** prend en compte différents attributs (par exemple le prix, le jugement du consommateur, sa condition économique). Dans ce cas, la qualité devient conditionnelle ou contingente. La qualité peut encore prendre le sens de "**conforme aux spécifications**". Ce construit s'est développé dans les suites du rapport Shewart en 1931 (Shewart's Economic

Control of Quality of Manufactured Product). La qualité devient quantifiable, "objective", afin d'être utilisable statistiquement. Suite au développement rapide du secteur des services, des controverses apparaissent à la fin des années 60⁵ au sujet de l'application à ce secteur des techniques de contrôle de la qualité issues de l'industrie (conformité aux normes). Il est reconnu que les services diffèrent des produits de plusieurs façons: ils sont 1) intangibles 2) non stockables 3) leurs attributs sont difficiles à démontrer 4) ils sont périssables 5) il s'agit de processus plutôt que de choses. Ces différences suffisent, pour de nombreux auteurs, à rendre l'approche qualité développée dans l'industrie inadéquate dans le secteur des services. En 1974, Juran reconnaît la difficulté à définir la qualité dans l'industrie des services⁶. Le sens qu'il lui donne est "fitness for use". En 1988, il précise sa définition de la qualité pour l'industrie des services⁷: La qualité doit: 1) rencontrer les besoins du consommateur et 2) être sans défauts. La qualité devient synonyme de **"rencontre et/ou dépassement des attentes des consommateurs"**. Cependant, certains auteurs pensent au contraire que si les services sont de piètre qualité c'est en raison du refus de leur appliquer les approches qualité développées dans l'industrie. *"To improve the quality and efficiency of service, companies must apply the kind of technocratic thinking which in other fields has replaced the high cost and erratic elegance of the artisan with the low-cost predictable munificence of the manufacturer. (...) Discretion is the enemy of order, standardization and quality"*⁵. Ce contrôle de la variabilité reste présent dans le développement actuel des approches qualité dans les organisations de soins même si la "liberté relative" laissée aux employés n'est plus perçue comme "nuisible" mais au contraire comme nécessaire, notamment dans le "Total quality management". Berwick⁸ insiste sur le rôle fondamental du contrôle "scientifique" de la variabilité grâce au management de la qualité. Toujours est-il qu'en raison principalement de l'intangibilité des biens des services, une nouvelle définition de la qualité orientée vers les clients va émerger: **la qualité d'un service se mesure à l'étendue à laquelle il rencontre les attentes d'un client**⁵.



Figure 1: Les différents sens donnés à la qualité

En résumé, la qualité est un **construit** qui s'élabore davantage sur la base d'activités que sur la base d'une théorie générale⁹. Il n'est donc pas possible de définir la qualité de façon univoque. D'autres exemples de construits en sciences humaines sont le leadership, la satisfaction, la performance. L'évaluation de la qualité des activités sera ainsi différente selon le sens que l'on donnera à cette dernière. Il apparaît primordial que l'approche qualité choisie soit adaptée aux activités à évaluer. *"We believe that comparative and cumulative research results about quality can be obtained only by a) focusing upon the fundamental nature of an organization's output and b) using a definition of quality suitable for that output"* ⁵.

3.2 La qualité dans les services et les organisations de santé

Actuellement, les démarches qualité entreprises dans le domaine des organisations de soins se font dans un climat d'urgence consécutif aux difficultés de financement des hôpitaux publics. Les résultats des premières études évaluant l'implantation des démarches qualité dans le domaine des organisations de soins ne sont pas à la hauteur de l'engouement collectif que ces démarches suscitent⁴. Elles semblent relever davantage d'effets de mode, de mimétisme (par exemple avec le management de la qualité totale ou la certification) que d'une véritable réflexion sur le sens à donner à la qualité compte tenu des activités de l'organisation, sur le construit qui en découlera et sur les instruments de mesure qu'il conviendra d'utiliser. De plus, ces démarches sont l'enjeu d'âpres batailles entre les

principaux acteurs tant au niveau des concepts à utiliser (certification, qualité totale...), de leurs implantation (chez qui, par qui) que de savoir qui va les contrôler. Ceci a conduit aux fractionnements des démarches qualité avec apparition notamment de démarches qualité médicale, infirmière et administrative bien distinctes^{4, 10}.

Nous allons voir quels construits et quelles régulations de la qualité prévalent selon nous dans les systèmes de soins. A la Figure 2 page 6 nous illustrons le construit classique de la qualité et ses régulations sous l'angle des professionnels. Le processus de soins est perçu de façon segmentaire, chaque professionnel s'occupant du secteur propre à son activité. Il est supposé que la qualité est atteinte par l'addition des compétences. Cette conception repose sur le professionnalisme et la scientificité. La régulation de la qualité est laissée aux mains des seuls professionnels, raison pour laquelle nous l'avons appelée la régulation professionnelle implicite.

De nombreux articles ont mis à mal cette régulation en démontrant que seul 15% des actes médicaux sont fondés sur des bases scientifiques et en révélant les extrêmes variations de la pratique médicale^{1, 2, 3}. D'autres études ont mis à jour les problèmes de qualité se situant dans la "zone aveugle" notamment les études sur les causes de délais^{11,12,13}. Pour illustrer le problème de la zone aveugle nous prendrons l'exemple d'un patient bénéficiant d'un scanner thoracique. L'indication et la réalisation de cet examen sont conformes à la bonne pratique. Le patient a du cependant attendre 10 jours, la demande d'examen ayant été bloquée quelque part. Dans l'intervalle son état s'est détérioré. Sur la Figure 2, ce problème de qualité n'apparaît pas car il est situé en plein dans la zone aveugle. Indépendamment les uns des autres, chaque professionnel a agi selon les règles de l'art.

Suite à la mise en évidence des faiblesses de cette régulation, les professionnels sont soumis à de nouvelles contraintes auxquelles la régulation professionnelle implicite ne permet pas de répondre. Cette régulation évolue alors vers la régulation scientifique de la qualité qui peut être mono ou multiprofessionnelle selon que la régulation s'effectue à l'intérieur de la profession^{4, 10} ou entre les professions. Le développement de la médecine fondée sur des preuves, de l'analyse décisionnelle, de l'outcome research témoignent du développement de la régulation scientifique qui reste dans le même construit professionnel de la qualité. Les acteurs non professionnels (assureurs, patients, politiques) tendent à être exclus de ces régulations en raison de la nature même du construit dans lequel elles se sont développées.

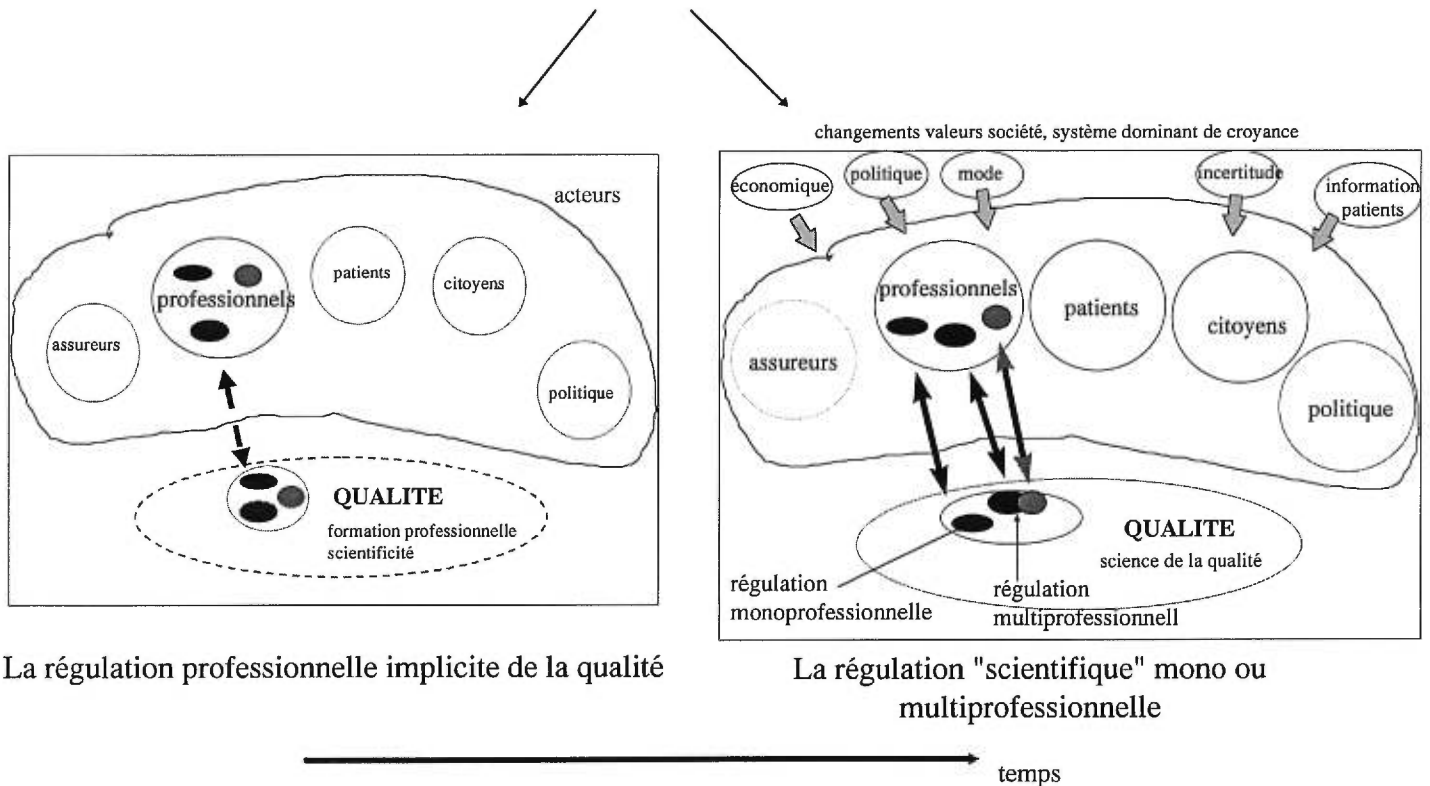
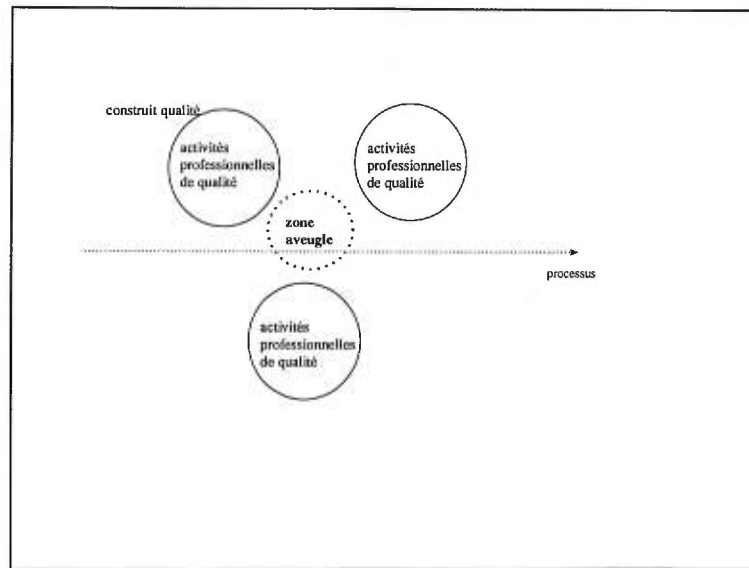


Figure 2: Le construit professionnel de la qualité et ses régulations

Dans le cadre du construit professionnel, deux types de régulation sont possibles: 1. la régulation implicite dans laquelle la qualité est atteinte grâce à l'excellence de la formation professionnelle. 2. la régulation scientifique dans laquelle la qualité est évaluée selon de normes scientifiquement établies (médecine fondée sur des preuves). Ces régulations restent sous la dépendance des professionnels et laissent pas ou peu de place à l'analyse des processus.

Parallèlement au développement de cette nouvelle régulation qui vise à diminuer, à ramener à la portion congrue la pratique médicale non scientifique se développe un autre courant qui vise à poser des ponts non seulement entre les professionnels de la santé, entre des spécialités mais également entre des secteurs professionnels et non professionnels. Le développement des projets interservices, l'apparition d'organisation matricielle, le développement de réseaux intégrant non seulement des professionnels mais également de nouveaux acteurs comme des assureurs et des acteurs non professionnels (médecine naturelle p.ex.) font partie de ce courant. La qualité échappe en partie à la profession et aux seuls contrôles par les pairs, pour s'étendre à des zones d'échange entre acteurs professionnels et non professionnels (patients, politiques, administratifs...). C'est ainsi que nous interprétons la tenue de forum nationaux sur la santé¹⁴ où le développement au niveau des universités d'instituts visant à favoriser l'intégration des savoirs¹⁵.

Compte tenu de ces développements, nous postulons l'émergence d'un nouveau construit de la qualité que nous avons appelé le construit relationnel (voir Figure 3A page 9). Ce construit est marqué par la présence de zone d'échanges-négociations entre les acteurs. Compte tenu de la complexité¹⁶ des systèmes de soins, il est probable que ces zones d'échange-négociation prennent de plus en plus d'importance. Ce construit nécessite de la part de chaque acteur, compte tenu de la zone d'échange-négociation, d'étendre, d'élargir son concept qualité aux autres acteurs avec lesquelles il entre en relation qu'ils soient ou non professionnels. La prise en compte de l'autre nécessite une modification des valeurs, des croyances de chaque acteur et aboutit à un concept qualité élargi à l'ensemble des acteurs concernés par l'échange. Les choix concernant les traitements médico-chirurgicaux, les développements technologiques, voir même l'apparition de nouveaux acteurs (par exemple les médecines naturelles) dans les systèmes de soins se feront sous l'impulsion de divers acteurs du système de soins mais devront passer par une zone d'échange-négociation, aucun acteur ne possédant suffisamment d'autorité pour imposer ses choix face aux autres acteurs.

La régulation qui prévaut dans ce construit, que nous avons appelée régulation complexe, est représentée à la Figure 3B, page 9. La qualité émerge après négociation entre les différents acteurs professionnels et non professionnels. La scientificité et la professionnalisation ne sont plus suffisantes pour garantir à elles-seules la qualité des soins

ou d'un système. La consensualité de la démarche qualité doit s'étendre hors des champs scientifique et professionnel. En un sens, la démarche qualité tombe dans le domaine public. C'est, à notre sens, le concept le plus démocratique, le plus à même d'appréhender la qualité d'un système de santé ou d'une organisation publique de soins dans l'environnement actuel marqué par la complexité^{16 17}. L'arrivée de nouveaux acteurs dans le système de soins n'appartenant ni aux groupes professionnels ni au monde scientifique et cela autant en Suisse qu'à l'étranger nous font dire que ce construit est présent^{18 19 20 21}.

Ainsi la qualité de la réalisation d'un processus de soins dans le construit relationnel va dépendre des savoirs de chaque acteur et d'une zone d'échange-négociation. En nous inspirant de la formule de Brook et Williams cités par Donabedian²² nous exprimons la qualité des soins ainsi:

Qualité des soins = [Savoir (scientifique et non scientifique) + relations interpersonnelles] + [savoir (scientifique et non scientifique) x relations interpersonnelles] + ϵ .

ϵ , donné dans la formule initiale, rappelle l'erreur propre à la mesure de n'importe quel construit.

Dans cette formule, le savoir scientifique et non scientifique englobe les termes de "soins techniques" et "d'art de soigner" utilisés par Brook et Williams. Nous introduisons en plus les relations interpersonnelles entre tous les acteurs concernés par le processus, sortant ainsi de la relation unique médecin-patient. La qualité des soins pour reprendre les termes de Donabedian²² n'est plus ni "absolutist", ni "individualistic" ni sociale mais est une combinaison. La qualité des soins est donc l'addition et le produit des savoirs et des relations entre les acteurs impliqués. Ce n'est plus la seule relation médecin-patient qui est au centre de la qualité des soins mais le patient, les autres acteurs impliqués, leurs savoirs et leurs relations. Le médecin devient un acteur parmi d'autres. En reprenant l'image du cube de Donabedian²², la qualité est l'addition et le produit des compétences et des relations à l'intérieur de chaque partie du cube, mais également l'addition et le produit des compétences et des relations entre les parties du cube.

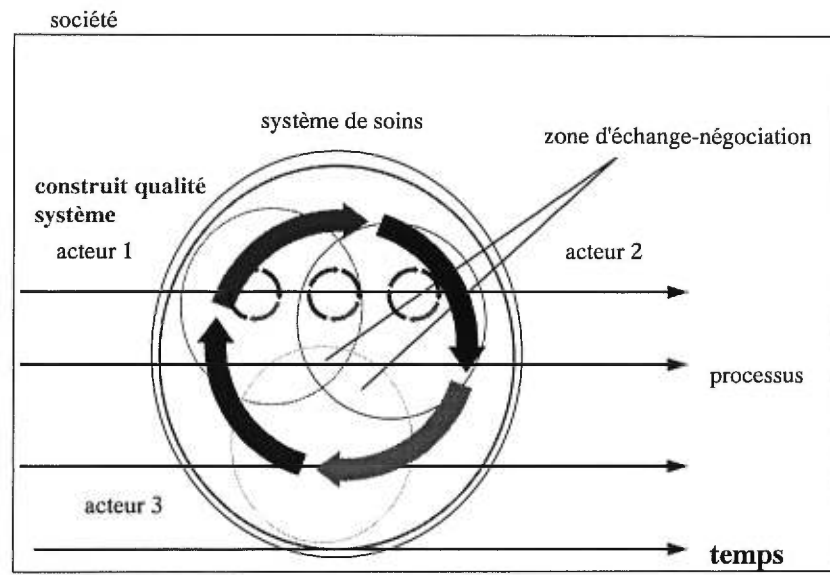


Figure 3A: Le construit relationnel émergent de la qualité et sa régulation

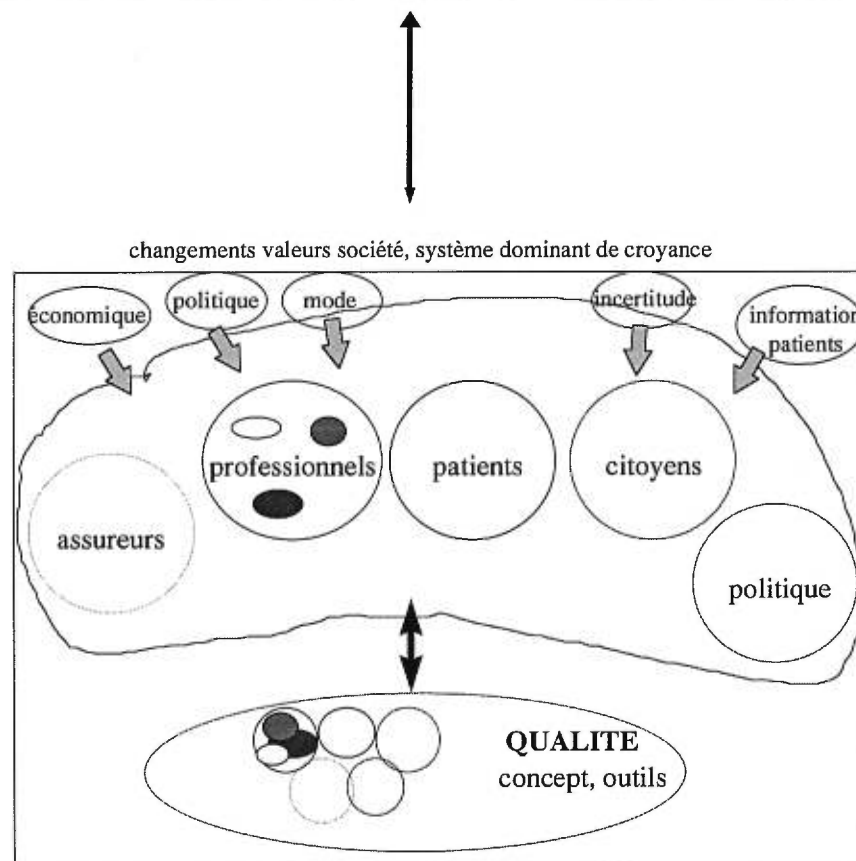


Figure 3B: La régulation complexe de la qualité multiacteurs

Les activités de soins sont analysées en termes de processus. L'ensemble des intervenants impliqués, professionnels et non professionnels (p.ex. familles, politiques, assureurs) peuvent être pris en compte. Les frontières entre spécialités et/ou entre institutions sont "traversées". Les résultats à mesurer sont élaborés et interprétés par les différents intervenants. Les savoirs scientifiques et non scientifiques de l'ensemble des acteurs sont intégrés.

On retiendra que la qualité des soins peut être classée en **deux construits** et en **trois modes de régulation**:

- le construit professionnel (voir Figure 2 page 6) avec deux modes de régulation: le mode de régulation implicite et le mode de régulation scientifique mono ou multiprofessionnel.
- le construit relationnel émergent avec le mode de régulation complexe (voir Figure 3A et 3B page 9)

La différence entre la régulation multiprofessionnelle et la régulation complexe tient au construit et à la composition des acteurs selon qu'ils sont exclusivement ou non professionnels. La régulation professionnelle reste sous dominance professionnelle alors que dans la régulation complexe les professionnels doivent entrer en négociation avec les autres acteurs impliqués dans le processus. Ces deux construits représentent ainsi une façon totalement différente d'appréhender non seulement la qualité mais de façon plus générale la régulation du système de santé^{16,23}.

Les conflits potentiels à propos de la qualité à l'intérieur d'un même paradigme étaient déjà soulignés par Donabedian²². Pour bien comprendre cette notion d'enjeu autour de la qualité, il est utile de rappeler que la qualité n'est pas une donnée de nature. Elle est construite par chaque corps professionnel qui doit, soit dans le cadre de la régulation multiprofessionnelle ou de la régulation complexe, la mettre en négociation. Nous rappellerons une phrase de Donabedian²⁴ qui illustre parfaitement les enjeux autour de la qualité "*it is important to see who controls the criteria, whose perspectives and interests they serve, and what images of quality they render at once concrete and dominant*". Cette remarque sur le fait que la qualité n'est pas neutre nous fera aborder l'aspect politique de la qualité au travers de l'analyse de l'action collective (voir § 3.3). Nous verrons que la qualité est construite en fonction de l'identité et de la logique propre à chaque acteur.

3.3 La qualité sous l'angle de l'action collective

La qualité en tant qu'attribut nécessite que l'on analyse également l'objet qu'elle caractérise, en l'occurrence une organisation de soins. Cette analyse de l'objet ne va pas tant se faire sur le plan de la structure, de l'organigramme, mais sur le plan de l'analyse sociologique de l'organisation²⁵. L'organisation est en quelque sorte banalisée pour être perçue avant tout comme un lieu d'action collective. Une approche de la qualité reposant uniquement sur le modèle de Donabedian²⁶, par exemple, apparaît trop réductrice. Ce modèle est incapable de

tenir compte de la complexité des interactions entre acteurs et surestime probablement la capacité structurante de la formalisation par les règles. La même remarque pourrait être faite à propos d'une analyse prenant comme modèle les formes organisationnelles de Mintzberg²⁷ qui pourrait surestimer la formalisation par la structure.

Ce qui nous importe ici est de découvrir les logiques²⁵ qui vont canaliser et réguler les interactions des acteurs par rapport à la qualité. Si nous prenons le "modèle de l'acteur"^{17,23,28}, débiter une démarche qualité dans un hôpital ou, de façon plus générale dans une organisation professionnelle, ne se fait pas "dans le vide". Chaque groupe professionnel, chaque "acteur" a une démarche qualité au moins implicite développée en fonction de sa logique.

Cette approche nous semble particulièrement adaptée à une organisation de type professionnel comme l'hôpital. Selon Mintzberg²⁷, l'hôpital est composé de quatre mondes (administration, CA, médical, infirmier) dont la régulation s'appuie moins sur l'autorité de la hiérarchie que sur des relations de pouvoir. Dans la perspective de l'action sociale, autorité et pouvoir ne sont pas identiques. Le pouvoir se définit comme "*l'échange déséquilibré de possibilités d'action, c'est-à-dire de comportements entre un ensemble d'acteurs individuels et/ou collectifs*"^{25a}. Le pouvoir ne peut exister en dehors de la relation dans laquelle il s'exerce contrairement à l'autorité. Cette dernière est de nature transitive alors que le pouvoir est intransitif^{25a} (voir Figure 4).

Si B est le subordonné de A et si C est le subordonné de B alors A a de l'autorité sur C (relation transitive). Ce n'est pas le cas dans la relation de pouvoir. Tout dépendra des ressources que A et C ont à échanger.

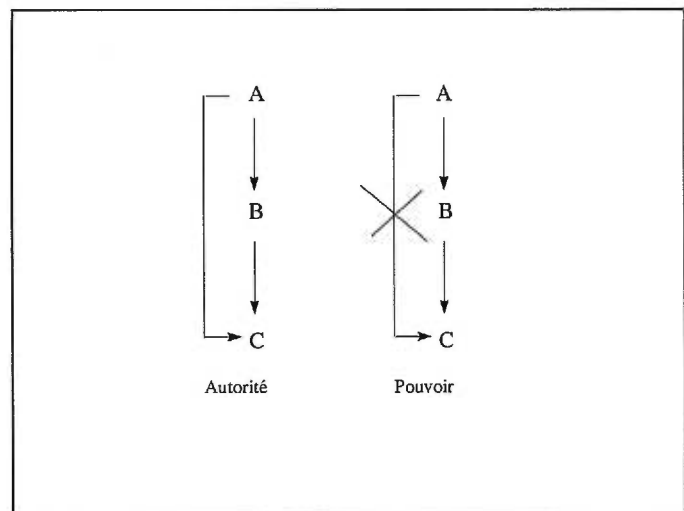


Figure 4: Relation d'autorité et relation de pouvoir

Dans cette perspective, le pouvoir n'a pas la connotation négative qu'on lui donne fréquemment (par ex. abus de pouvoir) car il fait partie de la relation, de l'échange. La

relation de pouvoir implique l'existence d'un gradient qui est la raison d'être de l'échange. *"Pas de pouvoir sans relation, pas de relation sans échange (...) On ne noue pas de relations de pouvoir gratuitement ou pour l'unique plaisir d'en avoir. On entre dans une relation de pouvoir parce que l'on doit obtenir la coopération d'autres personnes pour la réalisation d'un projet (...) Contrairement à l'intuition première qu'on pourrait en avoir, pouvoir et coopération ne sont pas contradictoires, mais sont la conséquence naturelle l'une de l'autre"* ^{25a}. La nature du pouvoir est donc au moins bilatérale et dans nos organisations elle est le plus souvent multilatérale.

Il s'agit d'analyser comment la démarche qualité va émerger en fonction de l'identité, de la logique et des relations de pouvoir entre acteurs. Nous postulons que chaque acteur ou groupe d'acteurs aura une représentation de la qualité construite selon sa logique. Cette représentation va être imposée dans le cadre de relations hiérarchiques ou négociée à travers des relations de pouvoir^{17a, 29}. Ces mécanismes d'imposition ou de négociation ne sont pas mutuellement exclusifs, une décision imposée pouvant être négociée par la suite en fonction de la nature des relations entre acteurs.

Ce qui nous importe est de découvrir les mécanismes²⁵ qui vont canaliser et réguler les interactions entre acteurs dans le champ d'action qualité. Pour se faire nous utiliserons la théorie de l'action sociale. L'action sociale est à envisager comme *" une structuration / restructuration des espaces d'action à travers la création et la stabilisation de système d'alliances et de réseaux d'acteurs"*^{25b}.

3.3.1 Qualité et information

Introduire une démarche qualité implique l'édition de règles, de guides de pratique, l'utilisation d'instruments de mesure et conduit à une formalisation des comportements, des pratiques. Au-delà de cette formalisation qui peut-être perçue par certains professionnels comme une perte de liberté et de pouvoir, cet instrument peut avoir l'avantage de dépolitiser des rapports conflictuels entre différents acteurs de l'entreprise en les objectivant et en supprimant par la-même les procès d'intention^{25c}. Le contexte de restructuration actuelle (intégration verticale et horizontale, réallocation des ressources, rupture d'une politique d'hospitalocentrisme en faveur de l'ambulatoire) est très propice à une politisation des rapports entre les différents acteurs²⁵. Développer une approche qualité fait que les acteurs à travers l'information produite sont confrontés aux résultats de leurs échanges et de leurs tractations. Mais, pour que cette confrontation aux résultats ait lieu, il faut que la démarche

qualité soit acceptée et que ses résultats soient jugés valides et fiables. La survenue d'une "politique" de dépolitisation grâce aux informations issues d'une démarche qualité peut donc être un avantage. Elle permet le transfert de la politique vers les sphères d'activités où elle doit s'exercer, c'est-à-dire faire des choix sur des activités.

3.3.2 Qualité, apprentissage, innovation

Enfin, un volet qui nous semble important lorsque l'on parle de qualité est celui de l'apprentissage et de l'innovation. Suite au développement d'une démarche qualité, chaque acteur va devoir se positionner et redéfinir ses capacités d'échange négocié avec les autres acteurs. Il faut chercher à comprendre comment les acteurs vont investir cet instrument en fonction de leurs logiques et "*circonscrire les éléments de contraintes et d'opportunités qu'ils y voient pour leurs actions*"^{25d} "*Les comportements des acteurs font donc toujours référence à deux dimensions, à deux plans. D'une part, ils renvoient à l'histoire personnelle de la personne (...) qui conditionnent tant sa perception de la situation que sa capacité à y ajuster ses comportements. D'autre part, ils renvoient aux contraintes et opportunités de la situation présente Celle-ci oblige les acteurs (...) à diversifier, redéfinir, enrichir et modifier les critères de satisfaction, c'est-à-dire de rationalité, que leur passé leur a légué. On pourra alors dire qu'il y a eu apprentissage organisationnel*"^{25d}. Nous voyons ici le lien qui existe entre l'instrument qualité et l'apprentissage. L'apprentissage n'est pas ici qu'une simple addition de connaissances, il peut impliquer une remise en cause de savoirs précédents. Il sous-tend ainsi la possibilité de ruptures, de modifications des critères de rationalité. Or si la rationalité est un système cohérent d'idées nous permettant de donner du sens à l'univers¹⁶, l'apprentissage risque de modifier la perception que nous en avons. Cet apprentissage organisationnel pourrait être à la base de l'innovation définie comme "capacité continue de renouvellement mettant en jeu des représentations particulières de la vie en milieu organisé"³⁰. Cette approche rejoint la conception d'Argyris³¹ qui affine cependant le concept d'apprentissage en le situant à deux niveaux. Le premier niveau (single loop learning) consiste à améliorer ce que l'on sait faire alors que le deuxième niveau remet en cause ce que l'on fait et partant les normes, les valeurs, les objectifs de l'organisation ou de l'individu (double loop learning). Nonaka³² quand à lui, intègre le concept d'apprentissage dans le champ plus vaste représenté par la création de

connaissance. Dans son optique, le modèle d'apprentissage d'Argyris n'est qu'un des aspects de la création de connaissance qu'il rattacherait au processus d'internalisation (voir Figure 5). Selon Nonaka, la connaissance est développée par conversion entre la connaissance tacite et la connaissance explicite selon quatre axes: de la connaissance tacite vers la connaissance tacite (1er axe), de la connaissance explicite vers la connaissance explicite (2^{ème} axe), de la connaissance tacite vers la connaissance explicite (3^{ème} axe), de la connaissance explicite vers la connaissance tacite (4^{ème} axe). Le premier axe (conversion de connaissance tacite en connaissance tacite) utilise le mécanisme de socialisation, c'est-à-dire l'expérience. L'immersion des stagiaires médecins ou des élèves infirmières dans la vie d'une unité de soins en est un exemple. Le deuxième axe (connaissance explicite vers connaissance explicite) se sert de la combinaison de connaissances explicites. Par exemple, le développement de nouvelles connaissances explicites à partir de résultats fournis par des indicateurs, procédures etc. Le troisième axe (connaissance tacite vers connaissance explicite) utilise le mécanisme d'externalisation et représente par exemple le passage de façons de faire implicites dans des règlements. Le quatrième axe (connaissance explicite vers connaissance tacite) utilise le mécanisme d'internalisation comme par exemple l'adoption par les médecins d'un guide de pratique.

Le management "bottom-up" privilégie un développement de la connaissance axé d'une part sur le mécanisme de socialisation, c'est-à-dire la transmission d'un savoir implicite qui ne figure pas dans des règlements ou des procédures explicites et d'autre part le mécanisme d'externalisation c'est-à-dire le développement de règles écrites ou de procédures explicites à partir du savoir implicite du terrain. A contrario, le management "top-down" axe le développement de la connaissance sur le mécanisme d'internalisation, c'est-à-dire l'adoption par la base de règles ou de procédures explicites émanant de la hiérarchie et sur le mécanisme de combinaison c'est-à-dire la combinaison d'indicateurs explicites.

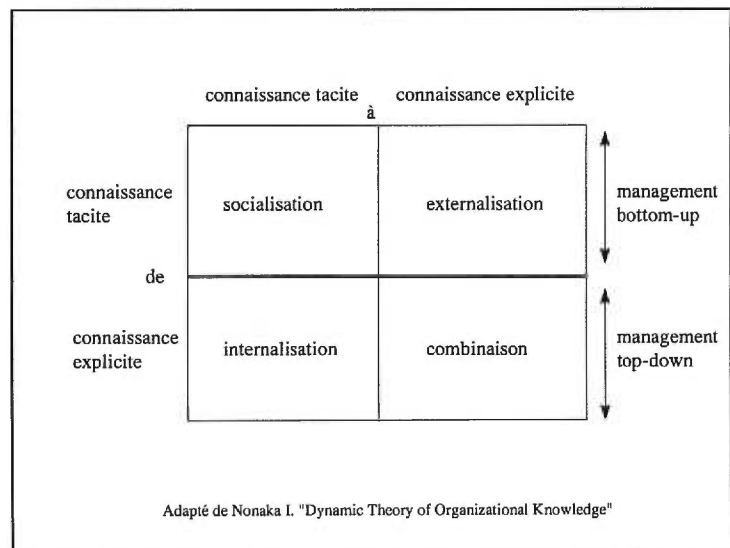


Figure 5: Les modes de création de connaissances

D'après cet auteur, les mécanismes participant à la création de connaissance ne sont pas les mêmes selon que le management soit de type top-down ou bottom-up: il y a utilisation préférentielle de la socialisation et de l'externalisation dans le management bottom-up alors

que dans le management top-down c'est davantage les mécanismes de combinaison et d'internalisation qui sont utilisés.

En résumé, nous avons vu jusqu'à présent que la qualité n'est pas une donnée de nature et que son construit varie selon la logique et le sens que lui donne l'acteur ce qui conduit à des régulations différentes de la qualité. Nous avons également décrit la qualité comme un instrument qui nécessite de chaque acteur une prise de position, prise de position qui s'effectue à travers des relations d'autorité et de pouvoir. De plus, l'instrument qualité en étant source d'opportunité et de contrainte est capable de modifier les représentations des acteurs et par la-même permettre l'apprentissage et l'innovation. Nous avons également décrit que la production de connaissance au sein d'une organisation impliquait quatre mécanismes différents dont l'utilisation variera en fonction du type de management. Dans le paragraphe suivant, nous allons développer un modèle qui aborde la qualité sous l'angle de l'apprentissage et qui utilise les différents mécanismes de production de connaissance que nous avons décrit. Nous situerons tout d'abord le cadre conceptuel dans lequel s'insère ce modèle.

4. Cadre conceptuel et modèle de la qualité

4.1 Cadre conceptuel

A défaut de pouvoir définir de façon univoque ce qu'est la qualité, il est indispensable de se donner un cadre conceptuel qui nous permette de l'appréhender. Il est nécessaire de rappeler au préalable un certain nombre de prémisses:

1. La qualité est un attribut et est donc inhérente à un objet.
2. La qualité est contingente. Elle est évaluée en fonction de valeurs, de normes, de critères qui peuvent différer selon l'évaluateur ou le contexte. Il se pose donc le problème de sa finalité et du contenu de sa mesure.
3. Son caractère contingent fait qu'il ne peut y avoir de théories générales menant à la qualité; les nombreuses modes dans ce domaine ("quality assesment", "quality assurance", "cercles de qualité", "total quality management") le démontrent facilement.
4. La qualité en tant qu'attribut hérite de la nature de l'objet qu'elle caractérise. Dans le cas présent d'une organisation de soins, elle hérite de sa nature complexe. Par complexité de la qualité organisationnelle et en référence aux travaux de Morin et à la formule citée à la

page 11 nous entendons que la qualité ne réside pas uniquement dans les parties de l'organisation mais également dans les liens, les relations qui unissent ces parties entre-elles³³.

Le développement d'un modèle de la qualité déterministe, linéaire, normatif nous semble dangereux car il ne prend pas en compte l'ensemble de ces prémisses et tend à réduire la qualité au respect ou au non respect d'une norme. Par contre, le développement d'un modèle adaptatif, dynamique permettant de comprendre par quels mécanismes une organisation ou un système produit de la qualité et comment cette qualité est adaptée à son environnement nous paraît plus prometteur car il enrichi davantage la connaissance que l'organisation a d'elle-même. Pour se faire, nous allons tout d'abord développer le cadre conceptuel dans lequel nous placerons notre modèle de la qualité.

Le cadre conceptuel qui nous semble le plus approprié pour aborder l'organisation est celui de **système d'action concret**³⁴. L'organisation formelle y est relativisée dans la mesure où une *"organisation n'est que la partie visible de l'iceberg de sa régulation effective"*^{25e}. *"Les organisations formelles ne sont, dans cette perspective, que la forme la plus artificielle, intentionnelle et construite de la classe générale des structures d'action collective productrices d'un ordre local et contingent. Les caractéristiques et les "règles du jeu" de ces formes appelées "des systèmes d'action concrets" sont le résultat de l'interaction stratégique et des processus d'échange et de pouvoir entre des "participants" qu'elles servent en même temps à canaliser et à réguler"*^{25e}. Cette "déconstruction" formelle de l'organisation nous semble particulièrement utile pour appréhender l'objet qualité dans une organisation professionnelle. Dans une telle organisation, les relations d'autorité et de pouvoir comme nous les avons discutées au § 3.3 ne suivent pas les voies suggérées par l'organigramme. Même si Mintzberg^{27a} ne différencie pas autorité et pouvoir il constate: *"Alors que la bureaucratie mécaniste repose sur l'autorité de sa nature hiérarchique (...) la bureaucratie professionnelle repose sur l'autorité d'une nature professionnelle (...)".* Dans l'organisation professionnelle *"émerge fréquemment deux hiérarchies administratives parallèles et séparées, une (...) qui va du bas vers le haut pour les professionnels, une seconde de type mécaniste et qui va du sommet vers le bas pour les fonctions de support logistique"*^{27a}. Cohen et March³⁵ avaient d'ailleurs qualifié *"d'anarchies organisées"* ce type d'organisations.

Le cadre conceptuel avec lequel nous allons aborder l'organisation ayant été défini il nous reste encore à présenter le modèle de la qualité. En fonction de ce que nous avons discuté

au paragraphe 3.3.2, c'est sous l'angle de la production de connaissance que la qualité sera abordée. Il nous semble en effet qu'aborder la qualité sous cet angle est la perspective qui convient le mieux à une organisation professionnelle et à ses acteurs²⁷.

4.2 Modèle de la qualité

La réflexion sur la production de connaissance par les démarches qualité sera à ce stade purement théorique. Nous allons nous appuyer sur le modèle d'apprentissage organisationnel de Nonaka³² que nous avons discuté à la page 14 pour rendre compte du développement de la qualité dans une organisation de soins. Nous postulons que la qualité "produite" par une organisation est la résultante de la mise en tension entre quatre pôles: un **pôle qualité-information**, un **pôle qualité-explicite**, un **pôle qualité-innovation** et un **pôle qualité-implicite** (voir Figure 6 page suivante). Le contenu de chacun de ces pôles a un rôle particulier et est potentiellement utilisable par chacun des autres pôles après avoir suivi un processus de transformation. En d'autres termes, chaque pôle peut alimenter et être alimenté par un autre pôle.

Ainsi le pôle **qualité-explicite**³⁶ vise, dans l'environnement actuel "turbulent" des systèmes de soins, à augmenter le contrôle afin de diminuer l'incertitude. Il représente les actes formalisés (i.e. dans des manuels qualité) et est produit par les mécanismes d'externalisation et/ou de combinaison. Le pôle **qualité-innovation** modifie les mécanismes d'interactions et d'échanges entre acteurs dans un sens non déterminé à l'avance. Il représente le développement d'une qualité en rupture avec la rationalité dominante des acteurs et crée de l'incertitude. Il n'est pas sûr que les organisations professionnelles soient les plus aptes à jouer ce rôle. Pour Mintzberg^{27b} les bureaucraties professionnelles sont conçues *"pour perfectionner des programmes donnés dans un environnement stable.(...) Les problèmes de l'innovation prennent leurs sources dans la méthode de réflexion convergente, dans un raisonnement déductif du professionnel (...). Or seul un mode de pensée "divergent, inductif" permet de réaliser "l'inférence de solutions générales nouvelles à partir d'expériences particulières. Il rompt avec les anciennes routines et les anciens standards plutôt que d'améliorer ce qui existe, et cela va à l'encontre de tout ce pour quoi l'organisation professionnelle a été conçue"*. Le pôle **qualité-implicite** résulte de mécanismes de socialisation et d'internalisation grâce auquel l'individu apprend de son milieu³⁷. Quant au pôle **qualité-information** il est à la fois l'intrant et l'extrant indispensable à toute démarche qualité.

Ce modèle fait davantage ressortir la composante dynamique de la qualité qui n'est pas limitée à des valeurs, à des règles ou à des procédures et le rôle fondamental de l'information que nous avons déjà relevé au § 3.3.1 page 12.

Nous essayerons dans le cadre de cette recherche de tester notre modèle et les processus de transformation entre les différents pôles. A noter que certains de ces processus sont supposés et sont indiqués par un point d'interrogation (voir Figure 6 page suivante).

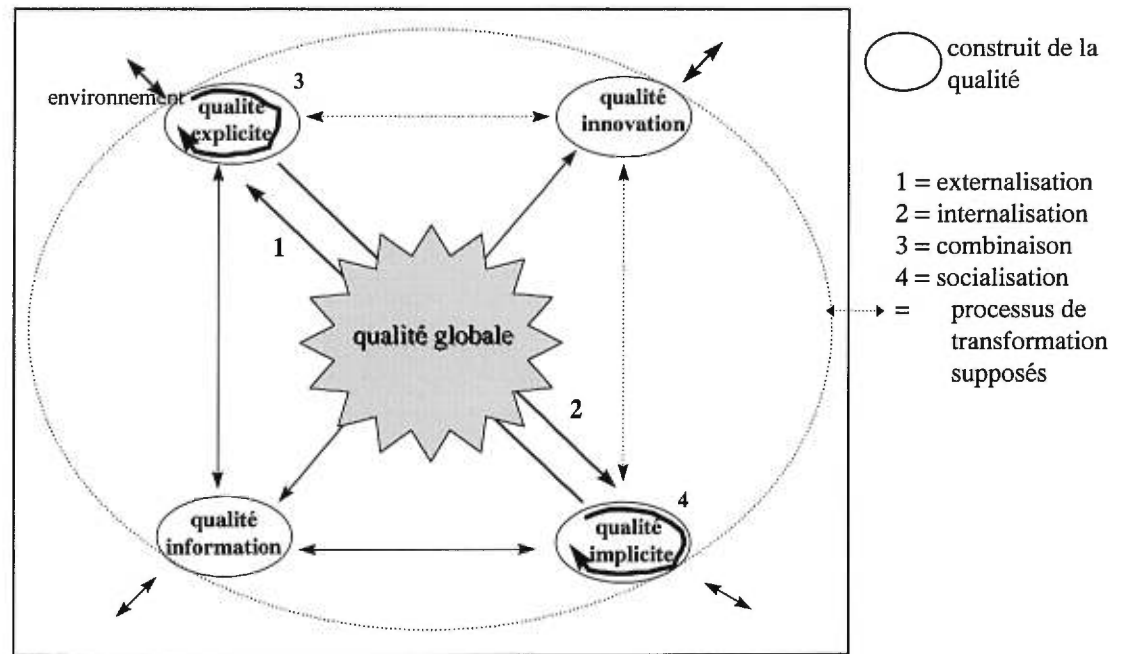


Figure 6: Modèle de développement de la qualité

La dynamique qui existe entre ces quatre pôles réalise le construit organisationnel de la qualité. Celui-ci est en relation avec l'environnement externe et à l'interne avec les différents sens de la qualité qui s'expriment dans l'organisation. Une organisation peut principalement utiliser la socialisation (qualité implicite) pour faire de la qualité alors qu'une autre utilisera davantage des manuels qualité (qualité explicite). Il est probable que des mécanismes de blocage puissent interférer dans la production de la qualité comme par exemple lors de l'échec de l'adoption de guides de pratique (blocage du processus d'internalisation). La qualité globale résultante se situera donc quelque part entre les 4 pôles. Il s'agit d'un modèle compréhensif, adaptatif de la qualité qui tient compte de l'organisation (caractéristiques, valeurs, besoins, exigences) et de son environnement et non d'un modèle normatif.

A noter le terme qualité globale et non totale, qui permet non seulement d'éviter une confusion avec l'approche qualité totale mais qui fait également ressortir que la qualité est un mixte complexe qui ne peut exister que dans sa globalité. Elle ne peut être totale dans la mesure où elle résulte de compromis entre ses différentes composantes.

Notre modèle vise à permettre:

1. de déterminer quels sont les processus utilisés dans l'organisation de soins pour développer la qualité.

2. de déterminer quel(s) construit(s) de la qualité est (sont) prévalant(s) dans l'organisation.

Ce modèle peut être utilisé au niveau d'un service aussi bien que d'une organisation dans son ensemble. Il n'est pas limité au domaine de la qualité des soins et peut être aussi utilisé dans des domaines connexes comme par exemple celui des fonctions de soutien logistiques. Il présente l'avantage de pouvoir mettre à jour au sein d'une même organisation des pratiques de gestion de la qualité très éloignées les unes des autres tant au niveau de leur construit que des processus utilisés. Il offre ainsi la possibilité d'intégrer les différentes démarches qualité effectuées souvent de manière séparées par différents acteurs (médecins, infirmières, administratifs etc.) appartenant à différentes fonctions (logistiques, informatiques, soins ...).

5. Questions et hypothèses de recherche

Elles sont au nombre de cinq et ont bien évidemment été alimentées par les thématiques que nous venons de présenter. Ce sont des questions ouvertes témoignant de leur nature exploratoire excepté la question 4 qui comporte une partie hypothético-déductive sur les mécanismes de production de la qualité. Les questions de recherche sont les suivantes:

1. Quels sont les intérêts (enjeux, représentations) pour la qualité des différents groupes d'acteurs au sein de l'institution?
2. Comment évolue la régulation de la qualité dans l'organisation? Cette analyse de la régulation se fera selon les Figure 2 et 3 (pages 6 et 9).
3. Comment est structuré le champ d'action collectif autour de la "qualité"? Il s'agit de mettre en relation les représentations de différents groupes d'acteurs avec certaines démarches entreprises dans l'institution. Ceci permettra de mieux comprendre les zones de convergence et de divergence entre les représentations des acteurs.

4. Par quels mécanismes la qualité est produite dans l'organisation en mettant à l'épreuve le modèle de développement de la qualité? (voir Figure 6 page 18). En fonction de ce que nous avons décrit dans la littérature, un certain nombre d'hypothèses peuvent être faites³²³⁷ :

Hypothèse 1: Les caractéristiques du management ont une influence déterminante sur la façon dont la qualité sera développée dans une organisation donnée:

Hypothèse 1a: En présence d'un management de type top-down la qualité est produite préférentiellement par développement du pôle qualité explicite. Ce pôle se développe grâce à des mécanismes de combinaison d'indicateurs (Groupe homogène de malades, revue d'utilisation, réadmissions précoces, développement de guides de pratique, de protocoles de soins). Les acteurs apprennent grâce aux mécanismes d'internalisation. Les mécanismes d'externalisation et de socialisation sont contraints au maximum. Le pôle qualité-information est le relais du pôle qualité-explicite et est développé autour de l'écrit. Ceci permet d'avoir un meilleur contrôle comparativement aux mécanismes de socialisation.

Hypothèse 1b: En présence d'un management bottom-up, la qualité est produite par développement du pôle qualité implicite grâce au mécanisme de socialisation. Les individus apprennent par socialisation. L'organisation apprend par processus d'externalisation qui alimente le pôle qualité-explicite. Le pôle information (oral) est le relais privilégié du pôle qualité implicite.

Hypothèse 2: les structures organisationnelles ont également une influence déterminante sur les processus utilisés dans le développement de la qualité. Ainsi, de nouvelles formes organisationnelles³² combinent à travers la structure hiérarchique habituelle les processus d'internalisation et de combinaison et utilise à travers des équipes "self-organizing" les processus de socialisation et d'externalisation. Une démarche qualité développée dans une organisation de ce type utiliserait les mécanismes de combinaison, de socialisation, d'internalisation et d'externalisation.

5. Quel est le cadre conceptuel et le construit organisationnel de la qualité dans l'organisation?

Hypothèse 3: L'échec ou la réussite de l'implantation d'un programme qualité pourrait venir moins de l'instrument utilisé que de l'adéquation existante entre l'instrument, les

mécanismes de développement de la qualité utilisés préférentiellement, l'organisation (en termes de structures et de management) et son environnement.

6. Approche méthodologique

6.1 Devis

Nous avons choisi l'étude de cas qui permet d'explorer les multiples relations des construits que nous avons présentés et d'en générer éventuellement d'autres. Ce type de devis est adéquat pour une recherche exploratoire^{38, 40}.

6.2 Population à l'étude

L'Hôpital Local (HL). L'intérêt de ce cas réside surtout dans le fait qu'il est un cas-type d'organisation professionnelle où est en train d'émerger une démarche qualité organisationnelle. Il offre donc les conditions nécessaires pour répondre aux questions de l'étude.

6.2.1 Caractéristiques de l'hôpital

L'HL est un hôpital universitaire de soins aigus composé de 1300 lits. En 1995, il fusionne avec trois autres établissements publics médicaux pour former l'Hôpital Général (HG). Ceci implique la création d'un seul conseil d'administration (CA) en lieu et place des quatre CA précédents. Douze départements médicaux sont créés avec à leur tête un médecin-chef de département. Les médecins-chefs de service (unités, services, départements) de HG sont placés sous la responsabilité du Directeur Médical (DM), poste nouvellement créé qui cumule des tâches de chef de service et de DM. Ce poste couvre l'ensemble des départements médicaux. La responsabilité des questions médicales incombe aux médecins chefs de service sous l'autorité du directeur médical. Le DM est nommé par le conseil d'administration après consultation du collège des professeurs-chefs de service. Il doit être choisi parmi les professeurs ordinaires chefs de service. Le DM siège au comité de direction (CD) et a une voix consultative aux séances du conseil d'administration au même titre que les huit autres membres du CD.

Le CA supervise deux directions générales (DG). L'une des deux directions générales supervise 4 départements médicaux géographiquement décentrés. L'autre DG supervise

l'ancien HL ce qui représente 8 départements médicaux. La présidence du comité de direction est assurée à tour de rôle par l'un des deux DG pour une durée de un an.

6.2.2 L'échantillonnage des groupes

L'échantillonnage a été fait par groupes professionnels au nombre de quatre selon la classification de Mintzberg à savoir: Le conseil d'administration, l'administration, les médecins, les infirmières (paramédicaux inclus). Il est probable qu'un 5ème groupe, celui des patients, fasse prochainement son apparition soit par leur représentation dans les conseils d'administration soit par l'entremise de "comités de défense des patients". Leur influence n'est cependant pas encore assez importante dans l'institution pour que nous devions en tenir compte dans la régulation du champ d'action "qualité". Les répondants ont été choisis selon le principe de l'informateur-clé et par effet boule de neige, à savoir des noms de répondants potentiels fournis par les précédents répondants. Ainsi le premier répondant (le DM) a été choisi selon le principe de l'informateur-clé, les entretiens ultérieurs selon un principe mixte associant effet "boule de neige"³⁸ et informateur-clé, en fonction des données fournies par les précédents entretiens et des hypothèses à explorer. Nous avons considéré chaque répondant comme représentant de son groupe professionnel. Ceci est acceptable compte tenu de la socialisation au groupe qui caractérise les professionnels et qui s'explique par la durée de leur formation tant en pré qu'en post-gradué.

6.2.3 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été constituée par le principe de saturation ou de redondance^{38 39}. Les entretiens ont été arrêtés lorsqu'ils n'ont plus fourni de données supplémentaires par rapport aux questions de recherche. 12 entretiens répartis selon les groupes professionnels ont été réalisés entre février et août 98 ((médical (2), infirmier (4), administratif-logistique (3), CA (2), paramédical (1)). La Figure 7 représente l'appartenance des répondants ainsi que leurs positions hiérarchiques:

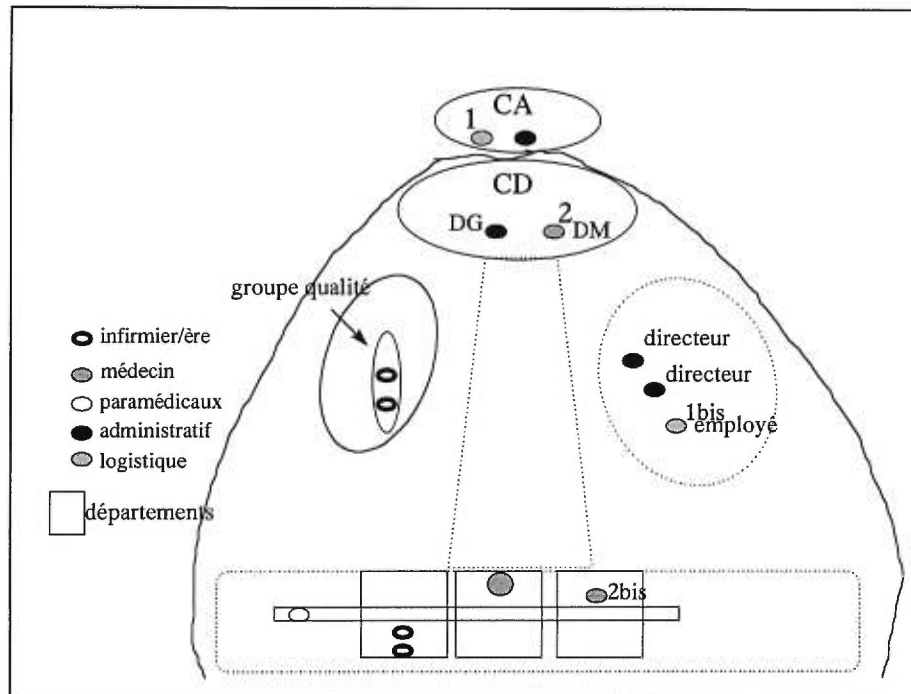


Figure 7: Cartographie des répondants au sein de l'institution

Lorsque les répondants occupaient en plus une autre fonction que celle pour laquelle ils avaient été choisis au sein de l'institution nous l'avons indiquée par un "bis".

6.3 Nature de l'information

6.3.1 Entretiens semi-structurés

Compte tenu de la nature exploratoire de la recherche et du fait que l'on s'intéresse à la perception d'un objet par des groupes, l'entretien semi-structuré est très intéressant. Il est suffisamment structuré pour que soient couverts les différents champs d'investigation auprès de chaque répondant mais il permet en plus de faire émerger des champs d'investigations auxquels le chercheur n'aurait pas pensé^{34,38}.

6.3.1.1 Composition des entretiens:

Les entretiens ont été composés en plusieurs thèmes comme par exemple la définition et le sens donnés à la qualité, l'évolution de la qualité dans les HG, la participation à des projets qualité, l'attente des répondants face à la qualité. Le canevas de l'entretien est donné dans les annexes à la page ix.

6.4 Recueil et traitement de l'information

6.4.1 Entretiens semi-structurés

Les entretiens semi-structurés ont été enregistrés et les principes de confidentialité garantis. L'enregistrement de l'entretien apparaît comme la seule possibilité de garantir que la récolte de données se fassent selon la perspective de l'interviewé^{38 40}. A tout moment il était possible pour le répondant de demander l'arrêt de l'enregistrement soit temporairement sur un propos donné soit définitivement³⁸. Cette possibilité n'a été utilisée que par un seul répondant, l'arrêt se limitant à quelques phrases.

Transcriptions des interviews: nous avons opté pour une transcription intégrale des entretiens qui permet de garantir la meilleure qualité des données pour la suite de l'analyse ou pour permettre de nouvelles analyses (recherche ultérieure). En cas d'ambiguïtés dans les propos de l'interviewé, nous avons prévu une clarification par téléphone avec ce dernier ce qui n'a pas été nécessaire³⁸. Lorsque des données ne sont pas clarifiables, elles doivent être considérées comme "manquantes".

6.5 Stratégie d'analyse

Nous nous sommes inspirés de la technique de transcription des données utilisées par Lozeau⁴ dans son travail de doctorat portant sur la gestion de la qualité. La transcription primaire des entretiens a été suivie d'un montage. Ce montage consiste à dégager des thèmes émergents pour chaque entretien et à regrouper les propos du répondant sous ces différents thèmes. Un même propos peut donc se retrouver dans plusieurs thèmes différents. Chaque propos est identifié par rapport à la place qu'il occupe dans la transcription originale afin de pouvoir y retourner rapidement au besoin. Aux thèmes préalablement établis en fonction des questions de recherche se sont ajoutés des thèmes émergents au cours des entretiens. Finalement, le montage des entretiens a été structuré en 27 thèmes qui constituent autant de colonnes. La répartition des propos par thèmes/colonnes permet de conduire une analyse "transversale" des données pour un même répondant et une analyse verticale pour un même thème entre les répondants. A la suite de chaque montage, il a été réalisé une synthèse puis un résumé tenant sur deux pages maximum (un montage représente une moyenne de 20 pages).

Il est à noter que contrairement à l'analyse quantitative qui ne commence que lorsque les données ont été récoltées où à des périodes prédéterminées en cours de récolte de données, l'analyse qualitative est interreliée à la collecte des données. Les modèles interprétatifs successifs sont enrichis continuellement par les nouveaux entretiens

Analyse des entretiens:

Elle a débuté par une analyse de chaque entretien (voir transcriptions des entretiens). Par la suite, nous avons effectué une analyse des représentations des répondants en fonction des thèmes, de la fonction des répondants et de leurs positions hiérarchiques (voir Figure 7 page 23).

6.6 Qualité et Crédibilité de la recherche qualitative

6.6.1 Validité de construit

Elle est obtenue en s'assurant que les données qui vont être récoltées sont pertinentes par rapport aux questions de recherche et que la façon de mesurer ces données est adéquate par rapport aux objectifs de la recherche^{38 40}.

6.6.2 Fiabilité

C'est à travers la réalisation et l'évaluation du protocole d'étude et de la base de données que l'on évalue la fiabilité de l'étude. Il s'agit de s'assurer que les données traitées, leurs interprétations et leurs conclusions ne découlent pas seulement de la réflexion du chercheur.

6.6.3 Validité externe

La généralisation dans l'étude de cas est une **généralisation analytique et non statistique** comme dans une approche quantitative^{40,41,42}. La généralisation analytique consiste à "inférer" à une théorie et non à une population. Il se peut cependant que l'étude de cas ne permette pas de faire une généralisation analytique d'emblée et nécessite auparavant que d'autres études de cas soient réalisées. Dans ce cas, la généralisation analytique se fera après qu'il y ait eu **réplication logique**⁴⁰. Le même processus est d'ailleurs utilisé dans l'approche expérimentale.

En somme, cette recherche vise à explorer le terrain de la perception et de la régulation de la qualité dans les organisations de soins et à mettre à l'épreuve le modèle de la qualité et

les hypothèses formulées. Ce modèle pourrait contribuer à augmenter la compréhension des processus fondamentaux inhérents aux comportements des différents acteurs de l'organisation. Ce type de recherche gagnerait à être conduit dans d'autres sites afin de pouvoir mettre à l'épreuve et complexifier le modèle.

Au niveau de l'organisation, de telles recherches peuvent permettre aux acteurs concernés de développer et d'acquérir de nouveaux savoirs et de nouvelles compétences leur permettant de réguler différemment leurs relations. Compte tenu des pressions exercées sur les hôpitaux pour qu'ils adoptent des instruments de gestion de la qualité et des échecs caractérisants l'implantation de ces programmes, il est important que ces institutions saisissent leurs particularités (structurelles, culturelles, environnementales, comportementales) afin de pouvoir implanter des programmes de gestion de la qualité avec succès.

7. Analyse

L'analyse a été divisée en quatre parties en fonction des questions de recherche:

Première partie: Analyse du sens et du construit de la qualité (questions de recherche 1 et 2) (voir pages 28 et suivantes)

La première partie explore la perception et la régulation de la qualité au niveau des acteurs de l'organisation. A partir de la Figure 1 page 4 page nous regarderons où se situent les répondants et nous évaluerons si nous sommes dans le construit professionnel ou dans le construit relationnel de la qualité (voir Figure 2 et Figure 3 page 6 et 9). Enfin nous chercherons à mettre en évidence quels sont les mécanismes de régulation qui sont utilisés à l'intérieur de ces construits.

Deuxième partie: Raisons d'être, avantages et inconvénients des démarches qualité (pages 31 et suivantes) (questions de recherche 1 et 2)

La deuxième partie cherche à déterminer les raisons d'être, avantages et inconvénients liés aux démarches qualité et de façon plus spécifique avec la démarche qualité retenue dans l'organisation.

Troisième partie: Les structures, leurs logiques et le développement de la qualité au niveau de l'unité de soins (question de recherche 3 et 4) (pages 45 et suivantes)

La troisième partie analyse le champ d'action collectif au niveau de l'unité de soins. Nous verrons que les logiques des acteurs sont différentes et que le développement de certaines structures répondant à certaines logiques semble porter atteinte au fonctionnement de l'unité et à la qualité des soins. C'est dans cette partie que nous mettrons à l'épreuve le modèle de développement de la qualité que nous proposons (voir Figure 6 page 18).

Quatrième partie: Cadre conceptuel et construit organisationnel de la qualité (question de recherche 5) (pages 56-68)

La quatrième partie réalise en quelque sorte la synthèse des trois parties précédentes en déplaçant l'analyse du niveau acteur au niveau organisationnel afin de déterminer le cadre conceptuel organisationnel de la qualité et analyser la dynamique qui relie l'organisation à son environnement.

7.1 Représentation de la qualité

7.1.1 Les sens donnés à la qualité, leurs construits et leurs régulations

Nous retrouvons dans nos données empiriques trois des sens que nous avons évoqués à la Figure 1 page 4 soit: l'excellence et les valeurs chez les répondants professionnels de la santé et les normes chez les répondants non professionnels.

Le construit professionnel s'élabore autour de deux valeurs-clés: l'excellence de la formation avec une régulation implicite de la qualité et des valeurs à négocier autour d'une régulation scientifique (p.ex. médecine fondée sur des preuves). Un autre construit s'élabore autour de la notion de valeurs, le construit relationnel émergent avec une régulation complexe prenant en compte le savoir d'acteurs non scientifiques. La régulation de ce construit n'est pas effective dans l'organisation. Enfin du côté de l'administration, le construit s'oriente vers la conformité à des normes. A noter encore la présence de la régulation coup d'état par laquelle chaque acteur cherche à imposer sa régulation afin de privilégier son construit.



Figure 8: Sens, construits et régulations de la qualité dans HL

Dans le groupe des professionnels, l'excellence est associée au construit "historique" illustré à la Figure 2 page 6. Ce construit est régulé "implicitement" (régulation professionnelle implicite) et la qualité est mesurée par l'évaluation et le contrôle des compétences professionnelles.

[membre du CA] "[...] si on est professionnel c'est absolument clair qu'on assure des prestations de qualité - Pour moi qualité est très lié au professionnalisme[...]."

Il est intéressant de noter que le sens de valeurs fait son apparition récemment et qu'il est cité par tous les répondants professionnels.

[Médecin, chef de service] Elle [la perception de la qualité] a très fortement évolué par le fait que la qualité n'est plus définie seulement par, ça on le ressent tous les jours, n'est plus définie seulement par celui qui est considéré comme l'expert mais elle est définie par plusieurs personnes. Tous les acteurs ont leurs mots à dire en ce qui concerne la qualité c'est ça [...] le grand changement. C'est plus le médecin seul qui dit parce que c'est moi qui pense ceci c'est forcément de qualité. Il y a encore le patient qui dit écoute c'est à moi de dire si

je suis satisfait ou pas. Et même ça ça suffit pas puisque il y a encore tous les acteurs qui vont dire si ils sont satisfaits ou non. Donc le concept de qualité a bien sûr très fortement évolué ça on en est tous bien conscient.

[une infirmière] "[...] en fait elle a plusieurs sens enfin de compte [...] suivant comment on se place. Et je pense que la qualité vue par exemple [...] pour une direction ne sera peut-être pas forcément [...] perçue de la même façon que la qualité vue si je suis infirmière directement au lit du patient. Je pense qu'on peut y mettre à ce moment-là des sens différents ou la percevoir de façon différente."

Il y a donc dans l'organisation une modification indiscutable du sens donné à la qualité au sein des professionnels. Le construit professionnel reste dominant mais nous trouvons maintenant deux modes de régulation: la régulation implicite

[DM] "[...] vous trouverez pléthore de gens qui vous diront que c'est inutile de tester la qualité dans leur service parce que ce qu'ils font est du niveau d'un hôpital universitaire tout à fait comparable à leurs pairs et que ce n'est pas la peine d'y mettre son nez."

Tiré des projets de service: "L'évaluation du degré de satisfaction des patients est l'un des principes de base de fonctionnement du service et l'une des raisons de la visite quotidienne du chef de service auprès de chaque de patient, les autres raisons essentielles étant d'une part le contrôle de la qualité de soins et d'autre part l'enseignement pour les médecins-assistants et les chefs de clinique." (nous ne soulignons pas).

et la régulation scientifique. La régulation scientifique s'exprime par la création de la structure qualité que nous analyserons plus loin.

Le construit relationnel (Figure 3 page 9), bien qu'exprimé par certains professionnels n'est pas effectif compte tenue que sa régulation n'est pas présente au sein de l'institution.

Les répondants n'appartenant pas aux professionnels de la santé ont une perception de la qualité davantage orientée vers le client dans le sens d'une qualité négociée avec ce dernier au travers de normes. L'évolution est surtout marquée par une extension des normes à négocier qui doivent être davantage explicitées et démontrées dans les faits. En d'autres termes la qualité doit être opérationnalisée. Il n'y a pas d'évolution du sens. Cette représentation concerne des cadres et pourrait être différente au niveau du terrain.

Enfin, il est à noter que la qualité est également perçue comme ayant un caractère totalitaire, personne ne pouvant s'opposer à la qualité:

[DM] "Dans une certaine mesure, je ne vois pas pourquoi on pourrait être contre la qualité, ce serait d'ailleurs très difficile de trouver quelqu'un qui dirait publiquement qu'il est contre la qualité."

[Médecin, chef de service] "il y a beaucoup de réticences [au développement de la cellule qualité du département] au sein même du département donc personne ne le dit ouvertement mais je sens que même au, oui il y a de la réticence parce que la qualité d'une certaine mesure fait aussi peur.[...] les gens se disent mais on va commencer à être surveillé, contrôlé, il y a big brother qui va venir avec son unité qualité et qui va nous contrôler. Et ça les gens ont en peur. "

[cadre administration] "personne peut brandir une pancarte à-bas la qualité, à mort la qualité, pas de qualité dans les hôpitaux, c'est inconcevable."

Nous postulons que ce "totalitarisme ressenti" est dommageable dans la mesure où il empêche toute discussion ou remise en cause de tout ce qui touche à la qualité alors même que la régulation de la qualité devrait être, selon les répondants, une négociation entre différents acteurs. Dans ce contexte, émerge une troisième régulation que nous avons appelée la régulation coup d'état qui cherche avant tout à privilégier le groupe professionnel auquel on appartient. Nous avons représenté la régulation coup d'état sur la figure ci-dessous:

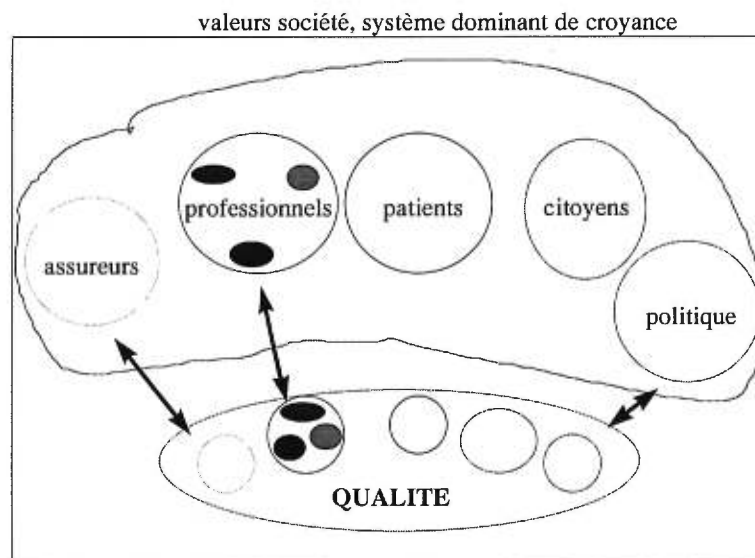


Figure 9: La régulation coup d'état

Chaque acteur cherche à développer un concept et éventuellement des outils d'évaluation de la qualité et tente de les imposer aux autres acteurs professionnels ou non. Différents incitatifs par exemple politiques, légaux, financiers, lobbying, média peuvent être utilisés. Compte tenu de l'environnement turbulent qui prévaut actuellement dans le système de soins, il est probable que la régulation coup d'état se développe préférentiellement à partir du pôle qualité-explicite afin que des décisions "rationnelles" puissent être prises.

Nos données empiriques ne permettent pas de donner une cartographie du construit de la qualité en fonction de la hiérarchie.

7.2 Raisons d'être au développement des approches qualité

Nous allons voir comment les répondants expliquent le développement des approches qualité dans les organisations de soins.

Les réponses ont été classées en deux catégories principales selon qu'elles se trouvent dans l'environnement extérieur ou intérieur de l'organisation.

7.2.1 Les facteurs extraorganisationnels

Les raisons d'être extraorganisationnelles au développement des démarches qualité sont perçues comme étant multifactorielles: politique, économique, liée à une meilleure information des patients qui deviennent des partenaires, et à la mise en évidence de pratiques médicales fondées sur des mythes ou des croyances bien éloignées de la science.

[Médecin, chef de service] "[...] il y a beaucoup de démarches qui sont faites sans qu'elles aient été validées finalement. C'est basé sur, parfois même ce qu'on pourrait appeler des mythes, ou des habitudes et ça se fait parce qu'on l'a appris, on nous a dit qu'il fallait faire comme ça et puis qu'au fond jamais on a vraiment réfléchi si vraiment c'était utile."

Un phénomène de mode est également cité de même que la nécessité de développer des instruments d'évaluation de la qualité reposant davantage sur une démarche scientifique.

[membre du CA] "c'est aussi une mode actuellement parce que [...] la démarche qualité se fait partout."

7.2.2 Les facteurs intraorganisationnels

Le développement de la qualité au niveau de HG s'inscrit dans le cadre d'une baisse ressentie de la qualité et de la motivation des professionnels ainsi que d'un besoin de la direction selon le terrain "d'y voir plus clair":

[membre du CA] "il s'agit "d'une démarche de directeurs, de directions qui se sentent évidemment responsable de cette qualité qui ont besoin de voir plus clair et puis qui mettent en place alors un système. [...] Je crois pas qu'elle est partie comme ça des exigences du terrain."

[une infirmière] "pour se donner bonne conscience en raison de la baisse de la qualité, moi j'ai l'impression que plus on en parle moins on la voit [...] non seulement je vois pas les effets, mais enfin j'ai l'impression que ça baisse de plus en plus [...] Mais bon eux ils sont contents ils ont des bonnes enquêtes [...] Il y a la qualité."

[paramédical] "Je crois que à l'heure actuelle il y a toute une série de critiques qui sont émises concernant toute sorte de choses d'ailleurs pas seulement les soins mais également l'hôtellerie, l'accueil, etc. [...] on a l'impression qu'il y a un certain laisser-aller dans le comportement du personnel, [...] et puis il y a une espèce de perte de motivation qui fait que on a l'impression qu'il y a une dégradation de la qualité entre guillemets qu'on avait auparavant. Et je pense que tout ça, vu à notre niveau, peut-être qu'au niveau de la direction médicale c'est un autre problème, mais je pense que vu à notre niveau on pense que c'est quelque chose [la démarche qualité] qui vient à point nommer parce que on a l'impression un peu quand même depuis ces trois dernières années qu'il y a un peu de laisser-aller. Alors est-ce du aux diminutions d'effectifs, est-ce un prétexte, est-ce du aux réductions, aux économies et à tout cet esprit, est-ce du à un encadrement qui devient plus laxiste, on ne sait pas. Mais enfin, disons à notre niveau on a remarqué ce changement. [...]"

En résumé, la démarche qualité de l'organisation subi l'influence de nombreux facteurs: Il y a les facteurs extra et intraorganisationnels qui correspondent aux causes identifiées par les répondants comme expliquant le développement de la démarche. A ces causes immédiates se surajoutent les sens différents de la qualité qu'ont les répondants ainsi que les trois types de régulation que nous avons trouvés. Il semble donc difficilement possible de déterminer à priori la façon dont va être régulée la démarche qualité au sein de l'organisation même si le type de démarche est connu (par exemple la certification).

Nous résumons sur la figure ci-dessous à partir de nos données empiriques l'ensemble des facteurs qui jouent un rôle dans le développement et la régulation de la démarche qualité au niveau de l'organisation.

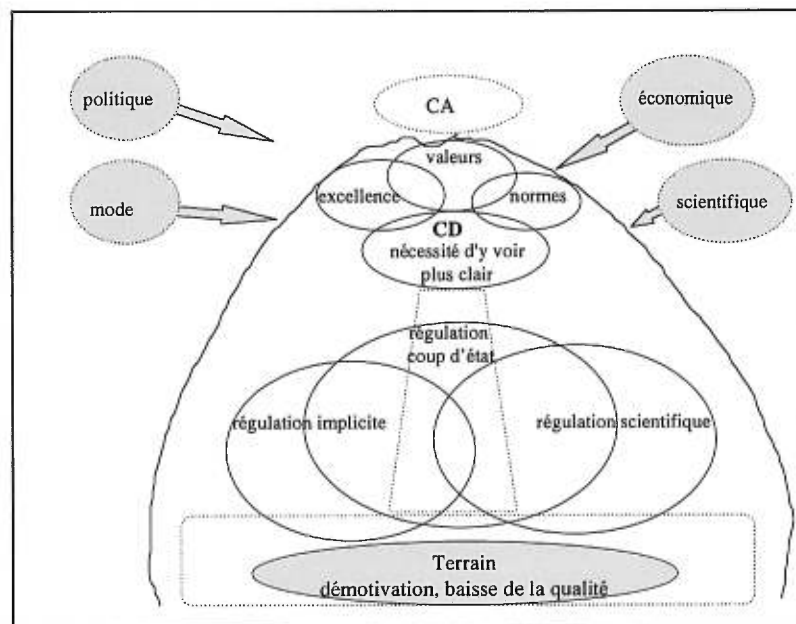


Figure 10: Déterminants et régulations de la démarche qualité organisationnelle

7.3 Avantages liés aux démarches qualité

Nous avons vu jusqu'à présent quelles représentations ont les répondants de la qualité, comment le construit de la qualité évolue, quels sont les types de régulation et quels facteurs tant au niveau de l'organisation que de son environnement expliquent le développement d'une démarche qualité. Il nous reste à voir quels avantages et quels inconvénients les répondants associent aux démarches qualité.

Les avantages des démarches qualité pour l'organisation et les différents acteurs peuvent être classés en trois catégories: 1) les avantages de niveau théorique comme l'amélioration de l'efficacité ou de l'efficience, la compétition (sanction/récompense), la remise en cause des pratiques et l'apprentissage, la production de données objectives. 2) les avantages de niveau relationnel comme l'amélioration des capacités de négociations entre acteurs (négociation de ressources par exemple). Cette amélioration s'explique par les données objectives fournies par les démarches qualité qui permettent à la fois de faire des choix et d'évaluer les choix qui ont été faits. Elles confrontent les acteurs aux résultats des choix politiques, économiques, éthiques qui ont été faits²⁵ et 3) les avantages de niveau acteur, à savoir quels acteurs (organisation comprise) vont bénéficier de la démarche qualité.

Les avantages de niveau relationnel rendent compte d'un point capital dans l'évolution du construit de la qualité. La qualité devient la principale ressource négociable entre tous les acteurs de l'organisation ou du système de soins. Elle devient "**le plus grand dénominateur commun**".

[membre du CA] "si c'est le moyen de réunir le plus grand nombre de gens pour répondre de la manière la plus adéquate [...]c'est très intéressant [...] Parce que le but est, il est génial il est que on va évoluer on va travailler différemment on va proposer d'autres choses, on va étudier des alternatives ça c'est génial c'est c'est pour moi c'est ça la dynamique qu'il faut essayer de créer. [...] [la qualité] serait le plus grand dénominateur commun [...] pour l'ensemble des partenaires où qu'il soit dans le la chaîne où la systémique de réponses à apporter [...]"

L'ensemble de ces facteurs fait que la qualité s'érige en "système de régulation, d'analyse et d'évaluation":

[[membre du CA] "[...] depuis quand parle-t-on de la qualité des soins en tant presque que comme **système d'analyse et d'évaluation** c'est depuis finalement qu'on se retrouve dans une période de **crise économique et politique** importante et qu'auparavant on parlait de la qualité mais sans l'ériger comme un système et comme un garde-fou très important."

Le profit, la performance, valeurs issues du marché, ne peuvent remplir ce rôle au sein d'un système de santé qui place les valeurs d'accessibilité, d'équité au premier plan.

Nous voyons donc les avantages mais également les limites inhérentes à un tel système lorsque celui-ci n'a pu être négocié par l'ensemble des acteurs concernés.

[une infirmière] "j'ai l'impression que c'est tellement différent disons les attentes des uns et des autres que je sais pas je vois pas tellement comment on pourrait relier tout ça."

Nous développerons ce point dans le paragraphe portant sur le cadre conceptuel.

Tableau 1: Résumé des avantages des démarches qualité

Avantages	Raisons
1. niveau théorique:	efficacité, efficience, compétition, apprentissage
2. niveau relationnel:	amélioration des capacités de négociations grâce aux données objectives fournies
3. niveau acteur:	bénéfice potentiel de la démarche pour l'organisation et/ou le service et/ou le professionnel

7.4 Inconvénients des démarches qualité

Les inconvénients cités sont: 1. une répartition inégale dans l'organisation des avantages découlant de la démarche qualité. Certains acteurs bien que participants à la démarche pourraient n'en retirer que peu de bénéfices voir aucun (le secteur opérationnel est le plus cité) alors que d'autres utiliseraient la démarche qualité pour développer leur secteur d'activités.

[membre du CA] "quand il est difficile de prendre certaines positions certaines décisions au plan politique et au plan d'un certain engagement je me dis que tous les moyens sont bons pour qu'on retrouve ce que j'appelle moi des **gadgets** [...] une fois ça s'appelait qualité, une fois ça s'appelait service-client, [...] il y avait toujours une méthodologie, ou un courant ou une idée [...] auxquelles les personnes les plus habiles [...] s'engouffraient là-dedans elles en faisaient quelque chose, elles le faisaient fructifier puis moi je me dis c'est toujours une façon de pas parler de ce qui est important. [...] Puis alors on met tout en système parce que comme ça on est sur qu'on oublie personne...".

[membre du CA] "Alors si on n'arrive pas à prendre en compte le contexte réel qui est celui du travail sur le terrain maintenant où tout le monde mais tout le monde constate qu'il y a une baisse de qualité, si on ne recherche pas le pourquoi de cette baisse et qu'on vient de l'extérieur avec des critères et des enquêtes à fournir à mon avis il n'y aura pas de bénéfices pour l'hôpital. Par contre, compte tenu du fait qu'il y aura quand même des études qui seront faites, des questionnaires qui seront remplis, des ordinateurs qui vont

tourner il y aura certainement un tas de publications sur la qualité à l'hôpital. ça je n'ai aucun doute à ce sujet, la production scientifique elle va se déplacer mais je pense pas qu'il y aura eu une avancée par rapport au terrain. Alors la question pour moi c'est de comment intégrer dans ces démarches qualité l'analyse des difficultés actuelles [du terrain]."

[Médecin, chef de service] "les principes, les concepts qualité bien sûr qu'au niveau de l'institution je veux dire c'est important mais c'est aussi important dans une certaine mesure égoïstement pour le département x parce que là il doit essayer de défendre une position qui pour l'instant oui est relativement mal défendue. Donc [...] il faut aussi [...] développer les intérêts propres du département.

2. Les coûts liés à de telles démarches (formation du personnel). 3. Les menaces, le sentiment de contrôle qu'elles peuvent faire peser sur certaines activités ou sur certains acteurs. 4. Le surcroît de travail consécutif à la lourdeur administrative et à la formation qui accompagnent ces démarches. 5. La loi de l'outil qui fait que l'on ne prend en compte que ce qui est mesuré, risquant par la même de négliger la qualité dans les secteurs non évalués ou non évaluables.

[un infirmier] "il peut y avoir un certain relâchement au niveau d'un certain maintien de la qualité [...] dans d'autres domaines qui n'est pas forcément mesuré, mesurable, [...] Il me semble qu'il y a une sorte de qualité de base dans toute la démarche de soins qui n'est peut-être pas toujours évaluable, donc on va peut-être évaluer certains points, [...] je vais peut-être mettre mes forces dans ces choses-là qui sont évaluables et puis pas forcément dans d'autres."

6. La non opérationnalisation du concept (qualité papier) soit en raison de l'échec de la phase d'opérationnalisation soit en raison du développement d'une "qualité alibi" se limitant à produire du "papier". 7. L'incapacité à atteindre les objectifs qualité soit parce qu'ils ont été fixés trop hauts soit en raison de ressources insuffisantes. 8. La lenteur de la démarche qualité. 9. l'affaiblissement du secteur opérationnel en raison du transfert de ressources vers le secteur qualité. 10. Enfin, une démarche qualité trop "asservie" à des critères économiques pourrait menacer la recherche en excluant le risque, le tâtonnement synonyme de "gaspillage". Le Tableau 2 résume les inconvénients.

Tableau 2: Résumé des inconvénients des démarches qualité

Inconvénients	Raisons
1. surcharge	apprentissage travail administratif
2. Méfiance	Contrôle, sanctions, risques lié à l'apprentissage
3. Menace académisme (recherche)	économique
4. Non opérationnalisation	"qualité alibi", échec phase d'opérationnalisation
5. Risque de s'exposer	apprentissage, informations
6. Affaiblissement du secteur opérationnel	transfert de ressources vers secteur qualité. Pas / peu de bénéfices
7. Démarche limitée (un acteur ou groupe d'acteurs)	non institutionnalisation
8. Lenteur processus	apprentissage, résistance
9. Loi de l'outil	liée à l'instrument
10. aucun	

7.5 Développement de la structure qualité dans l'Hôpital Général:

Après un bref rappel sur l'évolution de la structure qualité, nous analyserons l'évolution de la démarche qualité sous l'angle des relations d'autorité et de pouvoir définies au chapitre 3.3 page 10.

7.5.1 Naissance de la structure qualité à l'Hôpital Local

Les acteurs principaux impliqués au départ dans la démarche qualité sont situés au comité de direction (CD). Il s'agit du DG, du DM, et du doyen de l'époque qui vont faire émerger ce qui va devenir la démarche qualité organisationnelle. Le futur DM qui remplit alors la fonction de président du collège des chefs de service joue le rôle initiateur. Le DG quand à lui va aller chercher les ressources nécessaires qui vont permettre de mettre sur pieds la structure qualité.

[directeur général] "oui, essayé de se battre pour obtenir des moyens, de maintenir ces moyens parce que je suis persuadé que c'est certainement le meilleur investissement [la qualité] qu'on fait à long terme."

Par la suite, le DM et la directrice des soins infirmiers (DSI) vont constituer un partenariat et mettre sur pied la première structure qualité en 1995. Cette structure est constituée d'un bureau composé de la DSI et du DM et d'un groupe qualité. Ce partenariat se développe un peu par hasard et ne procède pas d'une volonté stratégique.

[DM] "c'est à ce moment-là qu'on a discuté avec la directrice des soins infirmiers et moi-même de la création d'un groupe qualité. Pour lui donner une certaine représentativité j'ai demandé à chaque département de désigner une personne qui pourrait participer et en contrepartie on pouvait financer à ce moment-là des projets qualité. [...] Donc c'est venu un peu peut-être parce que la situation était mûre des deux côtés et qu'on était entre deux personnes qui s'entendaient bien [...] et que nos deux professions devaient être toujours finalement rigoureusement séparées. Finalement j'ai pas un souvenir très précis de la façon dont ça s'est produit probablement parce que ça s'est fait de façon tout à fait naturelle.[...] Il n'y a pas eu d'élaboration laborieuse d'un concept qualité entre des groupes professionnels qui dans une certaine mesure avaient des privilèges ou des terrains à défendre. Non absolument pas, ça s'est fait de façon très libre [...] et je crois que ça a été une sorte de succès".

Le développement d'une démarche qualité autour d'un partenariat médico-infirmier n'était pas évidente en regard de ce qu'on trouve dans la littérature ^{10, 4} et constitue probablement une particularité dont il conviendra de voir "à l'usage" les avantages et les inconvénients. Ce partenariat médico-infirmier exclu cependant les secteurs paramédicaux ce qui peut constituer un handicap lors de la sélection ou de l'élaboration des projets:

[DM] "Je pense qu'on n'a pas fait beaucoup dans le paramédical peut-être parce que leur représentation n'est peut-être pas adéquate, ça c'est une carence. Il n'y a aucune raison pour qu'on n'ait pas un programme de qualité pour ergothérapeutes par exemple [...]."

Le groupe qualité est en quelque sorte un groupe de milice composé de gens intéressés par la qualité issus de différents départements de l'HL. Sur la Figure 11, nous avons illustré la structure qualité. Nous avons placé le groupe qualité dans le secteur opérationnel et non dans la technostucture car il ne s'agit pas d'un groupe expert détaché du secteur opérationnel.

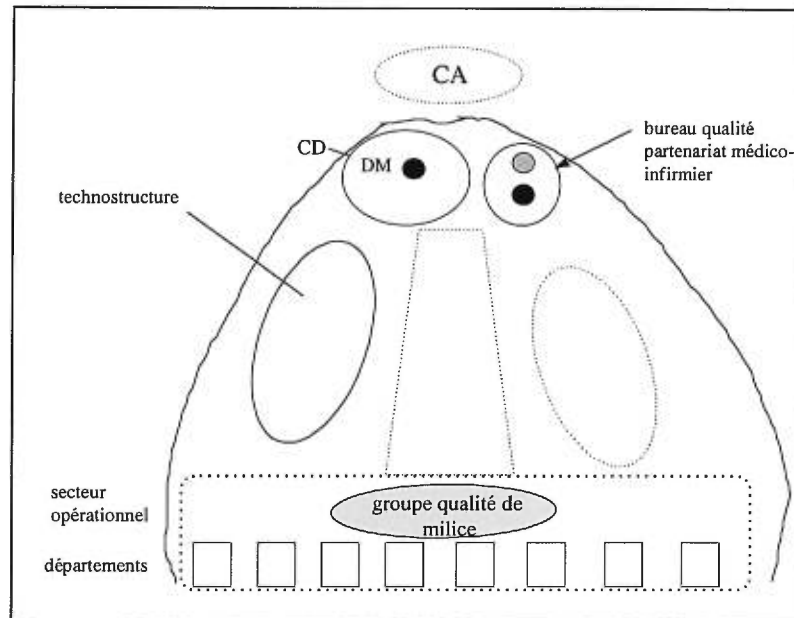


Figure 11: Ancienne structure qualité HL

7.5.2 Evolution de la structure qualité HL vers la structure qualité HG

Suite à l'intégration verticale de 4 hôpitaux (dont HL) qui vont former l'HG, la structure qualité se doit d'évoluer tant au niveau du bureau que du groupe car elle ne représente que HL.

[DM] "le nouveau concept qualité, le concept HG est venu à l'issu de discussions du comité de direction où on a identifié qu'on avait une vision HL de la qualité [...] et qu'il était nécessaire qu'on développe une culture HG. Et puis c'est ensuite de ça qu'on a fait une proposition qui a été acceptée par le comité de direction [...].

Au niveau du bureau qualité, le concept de partenariat médico-infirmier est maintenu mais la direction de la qualité est élargie à trois autres représentants médico-infirmiers dans le but d'avoir une direction qualité HG. Le groupe qualité HL est dissous à l'automne 97 et un nouveau groupe qualité est créé avec cette fois des "professionnels" de la qualité, raison pour laquelle nous plaçons ce groupe dans la technostructure (voir Figure 12 page suivante). Enfin le projet d'un plenum représentant un espace de discussion possible entre la structure qualité et l'ensemble des départements de l'HG a été abandonné. Le CA alloue les ressources à cette nouvelle structure HG jouant un rôle de soutien. Il n'a pas été initiateur de la démarche.

Le groupe qualité nouvelle formule est composé "d'experts" et passe du secteur opérationnel dans la technostructure. Ceci implique entre autre le risque de développement de projets qualité sans relation avec les préoccupations du terrain ainsi qu'une non appropriation de la démarche qualité par le terrain.

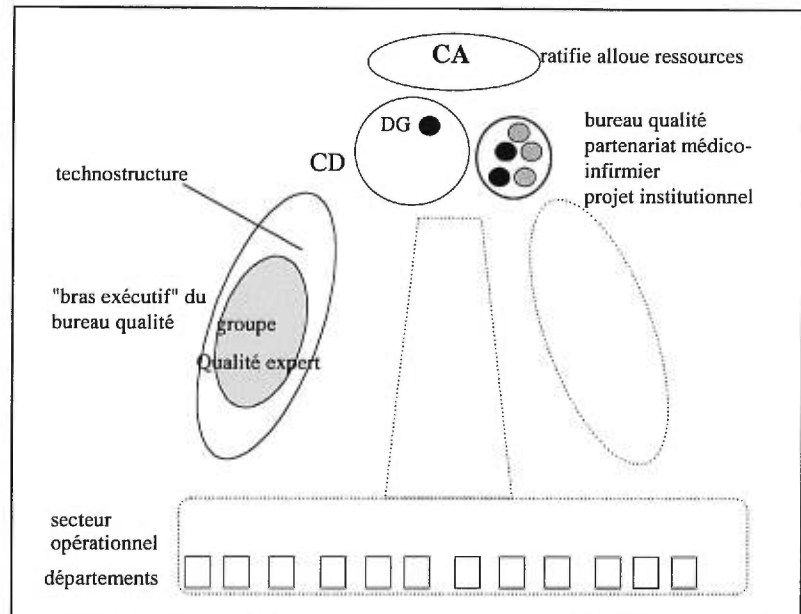


Figure 12: Nouvelle structure qualité HG

En résumé, la création de la structure qualité HL émane à l'époque de la dynamique entre trois acteurs: le DM, le DG et le doyen. Par la suite émergera le partenariat médico-infirmier sous la volonté du DM et de la DSI. La création de la structure qualité HG se fait à partir de l'expérience de HL. Le fait marquant est qu'elle se professionnalise et passe d'un groupe de milice appartenant au secteur opérationnel à la technostructure. Si cela se justifie sur le plan du développement des compétences que peuvent apporter les experts du groupe qualité, le risque est bien réel de voir les experts se couper du secteur opérationnel et de ses préoccupations.

[membre du CA] "On a besoin évidemment de ces démarches qualité pour des travaux scientifiques qui doivent être d'un certain niveau donc on va définir des critères, c'est vrai que la démarche qualité va échapper au terrain. Elle est pensée, je pense, en haut lieu, qui aura besoin d'utiliser le terrain parce qu'il faut quand même fournir de la matière pour entrer dans l'ordinateur mais c'est une démarche qui est d'un autre style une démarche très intellectuelle, très scientifique. Fournir les données qui après vont échapper au terrain ça va donner l'objet d'études scientifiques, de publications etc. ça sera très beau ça répond aussi à une mode contrôle qualité etc."

7.5.3 Relations d'autorité et relations de pouvoir

Décrire ces relations nous semble important car contrairement à d'autres types d'organisation, autorité et pouvoir ont dans une organisation professionnelle un gradient inverse. L'autorité est "concentrée" au sommet de la hiérarchie alors que le pouvoir se situe

au niveau du secteur opérationnel²⁷. Il s'agit donc pour l'autorité d'arriver à mobiliser le pouvoir détenu par le secteur opérationnel.

La démarche qualité HG se fait en utilisant un mélange d'autorité et de pouvoir. La démarche d'autorité concerne la mise sur pied de la structure qualité et les projets de service dans lesquels sont inclus un volet qualité "obligatoire". Mais les projets qualité eux entrent dans une relation mixte de pouvoir et d'autorité. Le bureau qualité utilise les ressources humaines, financières comme monnaie d'échange pour mobiliser le pouvoir détenu par le secteur opérationnel, c'est la politique "du pot de miel".

[DM] "ça paraît important quand on entre dans le domaine de la qualité on le fasse à partir de projets relativement concrets et simples pour dans une certaine mesure mordre à l'hameçon et puis le problème du raffinement je dirais intellectuel qui l'accompagne éventuellement la conceptualisation théorique abstraite qui dépassera le stade empirique ou expérimental qu'on aura vécu viendra plus tard mais si on commence par asséner des concepts de qualilogie au départ je pense qu'on découragera alors toutes les personnes. Notre approche a été essentiellement pragmatique je défend l'approche qu'on a utilisé, on essaye d'intéresser les services à étudier certains aspects de leur fonctionnement et puis ce qu'on espère c'est que petit à petit ils vont développer un intérêt pour ça [...].

Cette stratégie permet de faire émerger les projets qualité, de les susciter et non de les imposer, tout en permettant au bureau de les orienter en partie dans la direction qu'il souhaite. Cette relation de pouvoir permet au bureau de renforcer ainsi son autorité. Pour le secteur opérationnel, les ressources qu'il reçoit et les compétences qu'il développe peuvent lui permettre de développer son savoir et donc d'accroître son pouvoir. Ces deux relations sont en l'état dépendantes l'une de l'autre. La relation d'autorité a besoin de la relation de pouvoir mais la relation de pouvoir a également besoin de l'autorité. Cette relation autorité-pouvoir dans une organisation professionnelle ne se déroule pas seulement entre l'administration et le secteur opérationnel comme décrite par Mintzberg mais également à l'intérieur même du secteur opérationnel.

[Médecin, chef de service] "Il faut que ça vienne de la base [...] absolument fondamental parce qu'autrement ça ne marchera pas. [...] On n'aura pas l'autorité nécessaire, [...] je n'aurai pas l'autorité nécessaire pour imposer de telle démarche seul si il y a pas volonté de la base, c'est impossible. [...] C'est clair que si la cellule qualité dirigée par monsieur x vient me dire monsieur y vos patients ils attendent trop ou bien maintenant que vous avez une demi-heure d'attente il faut passer à un quart d'heure ça va m'énerver et puis ça va pas seulement m'énerver moi ça va énerver surtout les gens à qui je vais leur dire, quand j'irai leur dire écoutez monsieur x vient de me dire que chez nous dans notre service ça traîne trop, ça va pas, on attend trop

longtemps. ça ne marchera pas comme ça. Donc il faut absolument que les départements gèrent eux-mêmes leur qualité ou leur problème qualité, et il faut qu'on leur donne les moyens. Alors c'est très bien qu'il y ait une cellule qualité [si elle remplit son rôle] c'est-à-dire avant tout un rôle de formation, de conseil, mais certainement pas, parce qu'autrement ça va capoter, on se mettra tous contre ça c'est sûr, certainement pas un rôle pour énoncer des directives, la cellule qualité a dit, [...] Dans ce cas ça ne marchera pas, ça c'est sûr."

Nous avons représenté sur la Figure 13 ces deux types de relations utilisés autour de la qualité.

La dissociation entre l'autorité détenue par la hiérarchie et le pouvoir représenté par le savoir des professionnels caractérise l'HG et de façon plus générale les organisations professionnelles. La démarche qualité est imprégnée par ce mélange d'autorité et de pouvoir qui semble très fragile mais qui est indispensable à sa dynamique. Autorité et pouvoir ne sont donc pas mutuellement exclusifs.

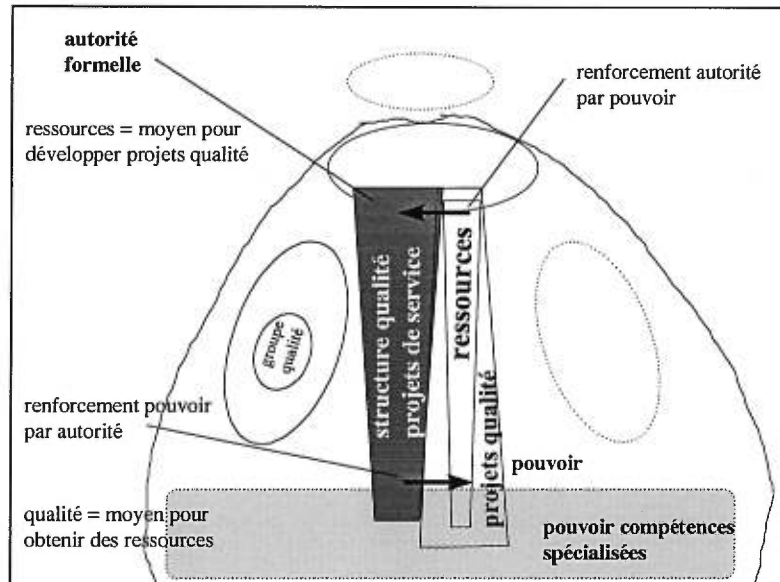


Figure 13: Relations autorité-pouvoir autour de la qualité

Ce qui n'apparaît pas sur la Figure 13 est la structure permettant d'articuler, de réguler ce fragile équilibre, cette relation symbiotique entre autorité et pouvoir, c'est-à-dire un espace de discussion-négociation permettant un décloisonnement tant vertical qu'horizontal dans le but de créer un cadre conceptuel organisationnel de la qualité afin d'orienter les relations d'autorité et de pouvoir vers un même but. Dans le document du groupe chargé du projet qualité HG (février 97) nous retrouvons ce souci de "coordonner et de mettre en commun les expériences et les expertises afin de garantir l'efficacité et la pertinence des démarches qualité entreprises dans l'HG." Ni le bureau ni le groupe qualité ne peuvent cependant assurer seuls cette tâche. Les intérêts des différents acteurs pour la démarche qualité ne sont en effet pas identiques et l'institution est très "sectorisée". Ce terrain est favorable au développement de démarches ou projets qualité favorisant uniquement certains acteurs, par exemple ceux qui ont développé les meilleures alliances autorité-pouvoir. De telles démarches, en l'absence "d'une mise en commun des expériences et des expertises"

pourraient aller à l'encontre des intérêts de l'organisation. Ce point sera abordé plus en détail dans le paragraphe portant sur le Cadre conceptuel organisationnel de la qualité page 56 ainsi que dans la discussion.

[Médecin, chef de service] "[...] les concepts qualité bien sûr qu'au niveau de l'institution je veux dire c'est important mais c'est aussi important dans une certaine mesure égoïstement pour le département de x parce que là il doit essayer de défendre une position qui pour l'instant oui est relativement mal défendue. Donc il faut aussi [...] développer les intérêts propres du département.

[directeur général] "les départements se sont recroquevillés dans leur système, dans leur cocon. Ils sont de moins en moins perméables aux autres dans tous les domaines et chacun avec le système d'attribution budgétaire avant c'était global mais maintenant c'est décentralisé essaye, il y a une sorte de compétition mais qui n'est pas forcément une bonne compétition et je pense que si on a des critères de qualité ça va nous obliger à avoir une vision à redécouvrir cette vision générale. Et ça c'est un défi qui est non négligeable qui est peut-être la clé du succès futur. Parce que ce qui nous perd aujourd'hui c'est le fait que chacun raisonne dans son secteur ne veut pas savoir ce qui se passe dans les autres.

A noter encore que la démarche qualité des professionnels est séparée des démarches qualité des secteurs logistique et administratif.

[document projet qualité HG, février 97] "[...] Les membres du groupe de travail estiment que, si leur projet s'inscrit dans le cadre médico-infirmier, il est cependant tout aussi important qu'une même réflexion ait lieu pour les départements et les services administratifs. [...]"

Les avantages et inconvénients d'une telle séparation seraient à analyser ultérieurement.

7.5.4 Perception de la structure qualité par les répondants

Les personnes composant le groupe qualité sont reconnues pour leur qualité et leur compétence, la structure qualité bénéficiant pour l'instant d'un "chèque en blanc". L'honnêteté "intellectuelle" et la compétence professionnelle du DM ont certainement facilité le passage de la structure qualité HL vers la structure HG en évitant que des mécanismes de blocage voient le jour.

[directeur général] "on n'a jamais eu de contestation [...] je pense que c'était au fait que la personnalité de x était telle que les gens avaient un certain degré de confiance sur l'honnêteté intellectuelle enfin je crois que ça a aussi beaucoup aidé surtout quand c'est des choses qui sont peu connues par les gens qui sont pas réellement dans le milieu médical donc selon la personnalité ça permet d'avancer plus ou moins vite [...]"

Un certain nombre de critiques ont cependant été émises concernant:

L'information: De l'avis des répondants la démarche qualité est largement ignorée de la base soit par manque d'information soit par désintéressement.

[membre du CA] "Donc sur le terrain, bon, les gens s'en foutent, ils ne savent même pas que ça existe."

La composition du groupe: le groupe qualité est perçu comme une "émanation" de la médecine interne et ne représente pas la vision des autres départements. Ceci est accentué par le fait qu'au sein de l'institution le département de médecine se taille la part du lion. Les efforts du DM de ne pas favoriser la médecine interne dans le choix des projets qualité sont cependant reconnus mais cela ne semble pas suffisant.

[Médecin, chef de service] "si vous voulez la cellule qualité HG c'est bien sûr une émanation de la médecine interne, je trouve, et c'est bien sûr très bien. La médecine interne a montré son dynamisme sa vision d'avenir ça il n'y a pas de doutes, mais c'est aussi un problème [...] et la médecine interne a sa vision qui n'est pas la même que celle d'un chirurgien, que d'un radiologue que celle d'un pédiatre."

En raison de son "histoire", la structure qualité est très HL et pas assez HG pour des institutions qui doivent apprendre à faire partie d'une même entité.

[un infirmier] "[...] je pense qu'il faut apprendre à collaborer. Je vois beaucoup de méfiance encore entre les deux parties, c'est-à-dire [entre les 3 autres institutions] et l'HL [...]."

La professionnalisation du groupe qualité constitue pour certains un danger en raison de son éloignement du terrain et de sa moins bonne perception des préoccupations de celui-ci.

Enfin certains ont regrettés l'absence de représentation des autres groupes professionnels.

Son rôle: Si la structure qualité se limite à un rôle expert deux problèmes sont latents:

1. l'accompagnement du changement qu'implique la démarche qualité. Nous verrons ce point plus en détail dans le paragraphe Cadre conceptuel organisationnel de la qualité page 56.

[RU] "c'est peut-être aussi le rôle de la cellule qualité c'est de faire comprendre aux gens pourquoi on change et dans quel but et où on va. ça je crois que c'est important."

2. Où se situe la structure décisionnelle nécessaire à la réalisation des choix qu'implique la démarche qualité? Nous retrouvons le problème soulevé par l'absence d'espace permettant de réguler autorité et pouvoir au niveau organisationnel.

[directeur général] "[...] jusqu'à présent le directeur médical en tant que tel n'a jamais voulu jouer ce jeu ce rôle-là. [...] Je pense que le problème est là le problème est de trouver les moyens disons de faire appliquer de décider sans que ça prenne un temps infini [...] si on veut faire jouer un rôle important à la qualité comme

j'essayais de le dire il est clair que l'on va devoir aller au-delà du simple fait de faire une étude[...] le système de qualité a une influence sur l'organisation si on veut que ça se concrétise.[...] Au niveau infirmier on n'a pas de problème il y a un directeur, un responsable des soins infirmiers. Il dira oui il dira non ils suivent ils sont relativement obéissants c'est au niveau médical que cela pose un problème [rire] surtout dans une période où les moyens sont en diminution et où il faut faire des choix avant [...] personne ne râlait parce que de toute façon on avait ce qu'on voulait. Mais au moment où il faut faire un choix [...] il faut bien qu'il y ait une instance qui le fasse [...] tant qu'on n'a pas [résolu] ce problème de la hiérarchie médicale tant qu'on a pas résolu ce problème de direction médicale on aura beaucoup de difficultés même avec un bon service qualité [...]

Fonctionnement: Manque d'informations sur la façon dont sont évalués les projets qualité et sur les raisons éventuelles de leurs rejets.

Cette structure qualité ressort pour certains acteurs comme une démarche visant à servir des intérêts particuliers et non ceux de l'organisation:

[membre du CA] "je pense, [qu'il s'agit d'une démarche] de directeur, de direction qui se sentent évidemment responsable de cette qualité qui ont besoin de voir plus clair et puis qui mettent en place alors un système. Je crois pas qu'elle est partie comme ça des exigences du terrain parce qu'il y a quelques années en arrière on ironisait encore sur ces démarches, j'ai entendu des pontes ironiser, faire de l'humour noir là-dessus, [...] et que maintenant la démarche qualité est devenu une démarche prioritaire c'est significatif [...] alors que pour moi donc si on dit objectifs ça devrait être simplement ni une mode ni un objet de travaux nouveaux etc. pour moi ça devrait être une exigence donc consentie par tous les partenaires."

Tableau 3: Résumé des perceptions de la structure qualité

Niveau	Perception	Conséquences
Information	Manque d'information	ignorée du terrain
Composition	Emanation médecine interne Emanation HL	Méfiance. Insoumission à l'autorité. Résistance.
Rôle	expert	Pas d'accompagnement au changement Pas d'explication du pourquoi Pas de structure décisionnelle
Fonctionnement	manque de transparence dans l'attribution des projets	méfiance, conflits
Structure	appropriée par certains acteurs	Absence d'explication/négociation désintérêt des acteurs non impliqués (le terrain)

7.5.5 Interactions au niveau de l'unité de soins entre logiques, structures et qualité des soins.

Il n'était pas prévu que nous analysions la qualité au niveau de l'unité de soins mais nos données montrent que les interactions à ce niveau entre les logiques des acteurs, le développement de certaines structures et la qualité sont importantes.

7.5.5.1 La structure hiérarchique infirmière et sa logique

Celle-ci a connu des bouleversements considérables ces dernières années notamment avec la suppression des infirmières-chefes, la création de poste d'infirmiers-coordonateurs (ICO) et l'évolution du poste de responsables d'unité (RU). Pour nos répondants, ces modifications répondent à une logique de gestion.

7.5.5.2 L'unité de soins et sa logique

L'unité de soins a bénéficié également de remaniements importants sous l'influence de la même logique de gestion: regroupement dans certains départements de deux unités de soins en une seule, centralisation de certains postes qui dépendaient auparavant hiérarchiquement de la RU auprès de la fonction logistique (nettoyage).

La logique du terrain ne nous semble être ni scientifique (logique hypothético-déductive) ni gestionnaire mais davantage une logique pragmatique. La réalité n'est pas déduite d'indicateurs ou de tableaux de bord mais construite à partir de ce qui est vécu au quotidien. Nos données empiriques révèlent que la structure de l'unité et sa logique sont contraintes par la logique de gestion et que la logique pragmatique ne semble pas suffisamment entendue par la hiérarchie. Nous allons représenter cette évolution sur les Figure 14 et Figure 15. Sur la Figure 14 qui correspond à l'ancienne structure hiérarchique infirmière, les cadres infirmiers du secteur opérationnel répondent à une logique de soins et défendent la base contre une certaine bureaucratie (logique de gestion). L'infirmière-chefte notamment est décrite comme étant plus proche de la base que les futurs ICO.

L'infirmière-cheffe est à l'interface de deux logiques, la logique de gestion de la hiérarchie et la logique pragmatique du terrain. Elle a une bonne connaissance du travail sur le terrain et de son personnel et tend à défendre celui-ci contre la logique de gestion de la hiérarchie. Les RU sont intégrés totalement dans les unités de soins.

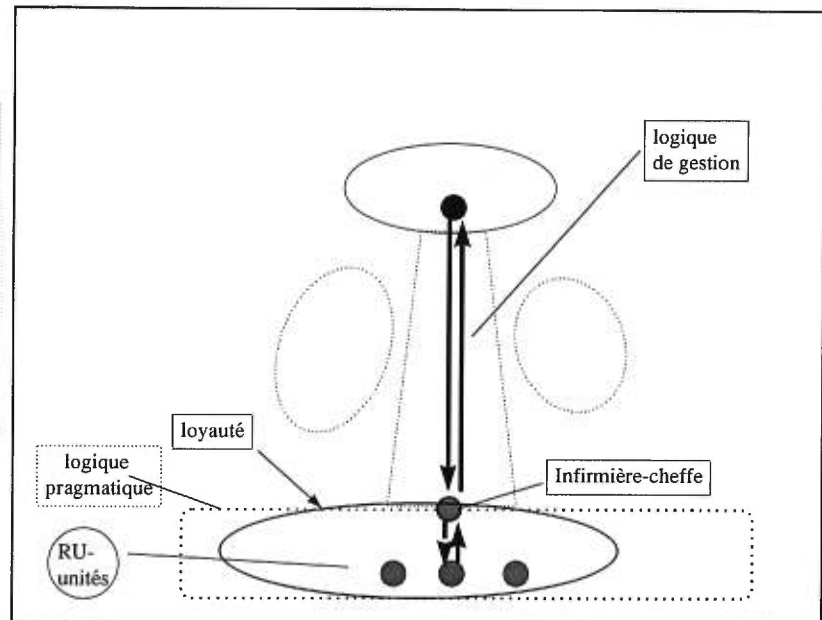


Figure 14: Structure et logique soins infirmiers "ancienne formule"

[membre du CA] "[Les infirmières-cheffes] mais c'étaient des gens qui faisaient quand même corps avec le personnel, qui étaient exigeants [...] mais qui en même temps défendaient la profession contre une certaine bureaucratie."

[une infirmière] "Et l'ICO n'est pas du tout à l'écoute du terrain. Pas du tout même [...] [les ICO] sont davantage à l'écoute de l'administration là-bas où il faut faire des économies il faut que ça tourne comme ça et tout ça plutôt qu'à l'écoute du terrain où là ça colle plus, quoi."

[une infirmière] "avant si vous voulez on avait des responsables sur le terrain. Et on savait qu'elles se battaient un petit peu avec nous, faisaient le relais, tout ça. Maintenant il n'y a plus de responsable sur le terrain, chacun se débrouille [...] Il y avait l'infirmière-cheffe, ça faisait une adjointe et il y avait deux surveillantes qui encadraient les gens à l'arrivée, qui faisaient en sorte que si vous voulez chacun ait un petit peu le même, la même manière de fonctionner. Alors il y avait trop de chefs ils ont supprimé ça, et simplement maintenant toutes les responsables des unités qui travaillaient dans l'unité ils les ont retirés de l'unité pour être là-haut.[...] c'est c'est complètement couper de la base, parce que maintenant il n'y a plus personne qui travaille avec nous dans l'unité. Les nouvelles [RU] qu'ils choisissent c'est pas du tout ça, ce sont des gens qui sont dans le bureau [...] qui font leur planning, qui font de la gestion, qui font des colloques, qui font des enquêtes notamment [...] sur les critères de qualité, mais qui sont jamais dans l'unité, jamais."

Avec les modifications structurelles entreprises dans un souci d'améliorer la gestion du terrain, les cadres infirmiers du secteur opérationnel passent progressivement d'une logique de soins à une logique de gestion. Les ICO et les RU sont cooptés par la logique de gestion. Ceci résulte en un processus de glissement / séparation des cadres infirmiers du niveau

opérationnel vers la gestion. La loyauté des ICO est tournée vers la direction alors que celle des RU oscille entre soins et gestion.

Les infirmiers-coordonateurs (ICO) sont des gestionnaires éloignés du terrain. Les responsables d'unité (RU) s'éloignent du travail du terrain en raison d'une charge de gestion d'équipes de plus en plus importante. Leur loyauté oscille entre le terrain et la hiérarchie. La logique pragmatique du terrain est moins bien défendue.

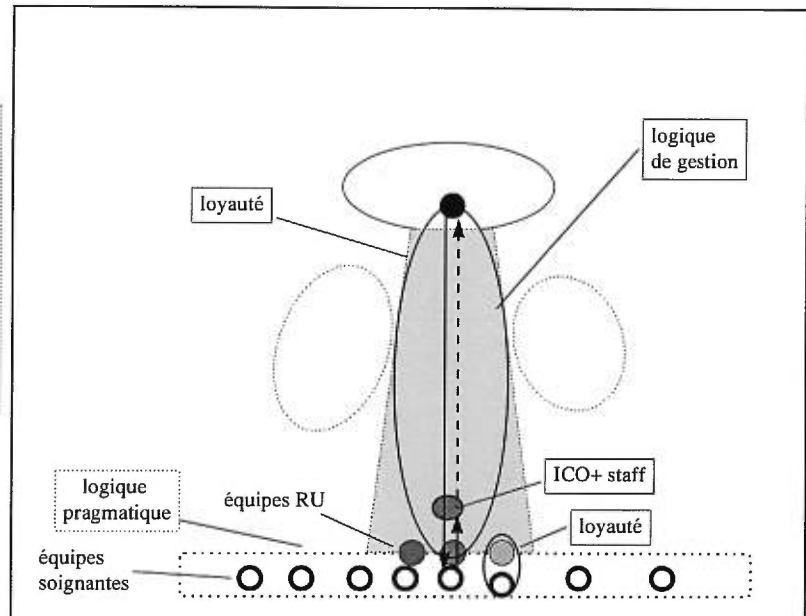


Figure 15: Structure et logique soins infirmiers "nouvelle formule"

[une infirmière] "La RU elle le défend [le terrain] mais simplement on lui donne aucun pouvoir [...] Et je pense que la responsable d'unité à mon avis elle est là pour [...] passer les informations de là-haut mais sans avoir beaucoup de pouvoir décisionnel."

Par ailleurs les RU ne sont plus aussi bien intégrés dans l'unité qu'auparavant. Pris par de nombreuses tâches de gestion, ils doivent abandonner progressivement le travail de soins dans l'unité. L'équipe de l'unité apparaît de moins en moins soudée. Elle est privée de chef, de leader à qui s'identifier.

[membre du CA] "il y a même une équipe qui m'a dit, une équipe de soignants, avant on avait une équipe soignante avec un responsable puis maintenant il y a l'équipe soignante et l'équipe des responsables d'unités. Alors évidemment vous avez des tableaux de bord vous avez tout ce que vous voulez mais ces gens-là de plus en plus sont coupés du terrain."

[une infirmière] "dans notre équipe il y a déjà bien sept ou huit nationalités, et ce sont des gens qui viennent avec des cultures avec des formations avec tout tellement différent il faut un moyen si on veut pouvoir travailler ensemble il faut quelqu'un qui unifie. Et ça tant que, je dis ça on l'avait justement bon je voudrais pas non plus comparer tout à avant, mais c'est vrai que on l'avait et ça on ne l'a plus. [...] ça nous manque oui, [la présence des RU dans l'unité] dans la mesure où c'est vrai que les nouvelles [infirmières] qui arrivent, bon il n'y a plus les surveillantes pour les encadrer, donc en fait ce sont les anciennes qui les encadrent, qui elles-

mêmes ont en marre quelque fois ou alors s'en vont, donc elles sont prises en charge par des nouvelles qui sont arrivées [...] qui elles-mêmes n'ont pas été formées. Et puis [...] ça tourne comme ça. Et si bien qu'à la longue, comme chacun arrive un petit peu avec ses manières de travailler qui sont pas unifiées, je trouve que ça va de plus en plus [...] à tirer à hue à dia [...] Et ça j'ai l'impression que c'est un petit peu partout en fait de plus en plus comme ça."

Il est intéressant de constater que cette logique de gestion ne touche pas que la hiérarchie infirmière mais également la fonction logistique qui elle-aussi participe à ce qu'on pourrait appeler l'éclatement de l'unité de soins. Cet éclatement semble responsable de la baisse de la qualité ressentie par le personnel:

[RU] Aujourd'hui moi je dirais il y a une baisse de qualité. Malgré tout ce qui est mis en place au sein de l'institution, cellule qualité, je sais pas comment expliquer, [...] si je prend d'une façon générale chez nous dans notre établissement on tend à faire des macro-structures. On a tout centralisé. Je prend par exemple les transporteurs je prend les nettoyeurs [...] tous ces services prestataires sont devenus des grandes structures avec un nombre x de personnes qui gère une multitude de gens je trouve qu'il y a peu ou de moins en moins de contrôle. Donc on observe finalement un laisser-aller qui a des conséquences non négligeable sur la qualité. [...] si aujourd'hui je prend le service nettoyage-lit le personnel vient faire et nettoyer les lits dans les unités de soins ce qu'on observe très souvent dans nos corridors c'est qu'il y a des lits propres qui touchent des lits sales, des couvertures propres qui touchent des couvertures sales je veux dire la qualité là elle est où? Les responsables on les voit très peu sillonner autour donc plus personne quelque part ne sensibilise ou ne rappelle les règles à chacun et je crois que ça c'est quelque chose qui doit rester quelque soit la structure dans laquelle nous sommes. [...] je pense que l'encadrement du personnel contribue à un maintien de qualité. [...]

Au niveau des cadres supérieurs de la fonction logistique le manque de contrôle direct est également perçu mais il est compensé par une augmentation du contrôle bureaucratique (formalisation des tâches par les règlements). Quand au problème du manque d'appartenance et de ses conséquences éventuelles, il n'a pas été évalué:

[Cadre fonction logistique][...] je pense qu'il n'y a pas de réel gros problème mais on a du arrêter de manière extrêmement précise qui faisait quoi. Donc ces gens sont dans l'unité, ils servent à ça et voila leur boulot, voila où il commence voila où il s'arrête, voila où commence le boulot de l'aide-infirmière et où il s'arrête. Effectivement je pense qu'on a été relativement gagnant au niveau de l'efficacité, au niveau de la polyvalence de ces gens mais on y perd un petit peu au niveau de l'appartenance de ces gens à une unité voir à un service [...] la masse nous a permis de nous organiser, la polyvalence permet que si il y en a une qui est malade dans un endroit une autre peut venir etc. Ce que l'unité ne pouvait pas faire avant."

En résumé, les différents facteurs qui amènent à la restructuration de l'unité de soins et à l'affaiblissement de sa logique sont:

- Une logique de gestion qui prend le pas sur la logique de soins et qui amènent un certain nombre de remaniements structurels: création d'unités de soins plus grandes, centralisation de certaines fonctions hors de l'unité, perte des ICO et perte partielle des RU par le terrain. Les conséquences en termes de leadership, de cohésion de l'équipe semblent importantes. De plus cette évolution dans le domaine des logiques pose des problèmes de communication entre le haut et le bas de la hiérarchie qui sont de deux types. Il y a un blocage de l'information de ce que vit le bas vers le haut à un certain niveau et un décalage entre ce que dit le haut et ce que vit le bas.

[membre du CA] "Il y a l'aller et retour qui ne se fait pas. C'est clair, qu'il y a l'aller du haut en bas de hiérarchie, ça doit se faire, comme s'est perçu dans les gens au chevet du patient, point d'interrogation, le retour, la montée de ce que les gens vivent jusqu'en haut c'est stopper peut-être au niveau des infirmiers, infirmières-coordinatrices, qui ont la connaissance du terrain à travers les responsables d'unité, qui eux de plus en plus se coupent du terrain. Alors qu'est-ce qui remonte jusqu'en haut? "pff" point d'interrogation".

[RU] "Les problèmes que l'on rencontre je les connais je les perçois et je pense que c'est primordial que la responsable ne s'éloigne pas du terrain, parce qu'aujourd'hui je trouve qu'entre la structure hiérarchique enfin je veux dire il y a [...] le terrain, il y a la responsable et ensuite de ça il y a les infirmières coordinatrices, direction, etc. Je veux dire nous sommes vraiment le relais et les représentants de ce qui se passe sur le terrain c'est la RU, donc si celle-ci ici maintenant elle s'éloigne du terrain comment pourrions-nous traiter des problèmes qui sont vraiment à la base, si on ne les connaît pas. Et ça je crois que c'est important qu'on se donne les moyens et qu'on reste près du terrain. [...] [Les ICO] leurs souhaits seraient d'être plus présents sur le terrain, le constat c'est qu'on les voit jamais sur le terrain. Donc comment savent-ils ce qui s'y passe c'est par l'intermédiaire des RU, par l'intermédiaire de certains collaborateurs qu'ils voient suite à une évaluation etc. ."

Nos données montrent également la présence en filigrane d'autres logiques qui influent sur l'unité de soins, notamment la logique académique davantage dépendante des médecins. Nous sommes obligés de nous limiter pour des raisons de temps et de moyens aux logiques mentionnées qui nous semblent importantes.

7.5.6 Le développement de la qualité au niveau de l'unité de soins

En analysant la qualité au niveau de l'unité de soins à l'aide du modèle portant sur le développement de la qualité (Figure 6 page 18), nous constatons que ces modifications ne sont pas sans conséquence sur la dynamique de développement de la qualité. Nos données empiriques laissent apparaître une diminution du processus de socialisation ce qui porte

atteinte à la qualité implicite. Or au niveau du groupe ou de l'organisation, le processus de socialisation est fondamental dans le maintien et l'amélioration de la connaissance³². Ce processus de socialisation s'apparente à l'ajustement mutuel décrit par Mintzberg²⁷ qui est le processus de coordination "le mieux à même de correspondre à des formes complexes de travail" comme nous pouvons les trouver dans les hôpitaux. La logique technocrato-scientifique et l'approche qualité top-down favorisent le processus d'internalisation et de combinaison³² ce que nous constatons (multiplication des indicateurs qualité, comptabilité analytique, indicateurs sur les durées de séjour, sur les coûts par diagnostic, sur la charge en soins, création de guides de pratiques etc.). Le processus d'internalisation est certes important dans l'amélioration de la qualité tacite mais il s'agit d'un processus qui prend du temps tant dans l'élaboration des guides de pratique que dans leur adoption par les collaborateurs. Quand au processus de combinaison il bénéficie en priorité aux acteurs répondant à la logique technocrato-scientifique (combinaison d'indicateurs comme les groupes homogènes de malade avec les coûts, ou la charge en soins etc.). La diminution du processus de socialisation empêche également l'unité de se créer de nouvelles perspectives par rapport aux changements environnementaux portant ainsi atteinte à sa capacité d'innover:

[RU] "Alors moi j'aimerais qu'on me donne du temps pour pouvoir être vigilante à la qualité, pour pouvoir réfléchir à la qualité, pour pouvoir remettre en cause certains modes de faire et pratique de faire etc., donc je crois que c'est, la tendance aujourd'hui en tant que responsable d'unité on est de plus en plus sollicitées par rapport à la gestion du personnel je veux dire c'est bientôt les trois quarts de notre temps où on court après des à la recherche de personnel parce qu'il y a des absences etc. essayer de trouver des solutions pour faire face à cela. Je veux dire on peut pas être au four au moulin et à la charrue je crois qu'à un moment donné [...] pour avoir de la qualité il faut aussi qu'il y ait une présence [silence] et le temps de réflexion je veux dire tout ça ça va avec. Et je pense que la responsable elle a un grand rôle à jouer dans l'unité. Dans le sens qu'elle a la chance aussi d'avoir un peu recul que les soignants n'ont plus par rapport à certaines réflexions."

La diminution ressentie de la qualité dans l'unité de soins s'explique par:

1. la désocialisation de l'unité de soins tant dans l'axe horizontal (entre soignants) que vertical (entre soignants et hiérarchie) ce qui entraîne un affaiblissement du pôle qualité implicite .

2. le développement du pôle qualité explicite favorisé par la logique de gestion et la logique scientifique (logique technocrato-scientifique) mais qui ne bénéficie qu'indirectement et de façon retardée à l'unité à travers le processus d'internalisation.

3. une incapacité de l'unité de soins à innover à partir du pôle qualité-implicite en raison de la désocialisation de l'unité d'une part et d'autre part en raison de l'information produite préférentiellement pour (et par) le pôle qualité-explicite. Nos données empiriques laissent apparaître que les projets qualité sont perçus par les soignants comme n'étant généralement pas utile à l'unité ou seulement "par la bande".

4. une information avant tout produite et utilisée par le pôle "qualité explicite".

Nous avons représenté ci-dessous l'évolution dans l'utilisation des mécanismes de développement de la qualité:

Les mécanismes préférentiellement utilisés sont les mécanismes de combinaison d'indicateurs et d'internalisation soit de résultats produits par les indicateurs, soit de règlements ou de procédures explicites. Les mécanismes de socialisation sont notablement réduits. Or l'internalisation est un mécanisme qui prend du temps et la socialisation ne peut être remplacée par des règles ou des procédures explicites. En d'autres termes, l'hypertrophie du pôle qualité-explicite ne peut contrebalancer l'atrophie du pôle qualité-implicite. Il en résulte une baisse de la qualité globale au niveau de l'unité de soins. Le pôle qualité-innovation n'est pas utilisé.

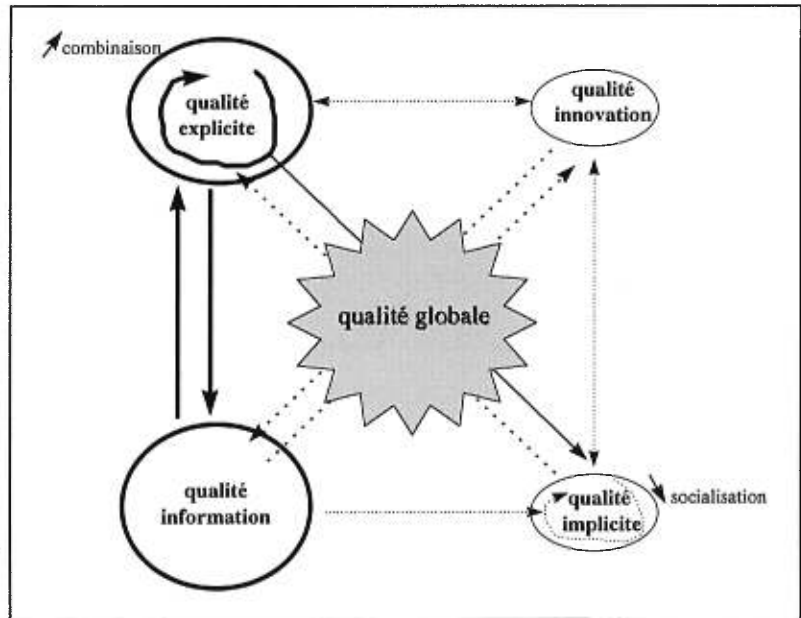


Figure 16: Le modèle de développement de la qualité dans l'unité de soins

Nos données empiriques ne permettent pas d'aller plus avant dans la mise à l'épreuve du modèle.

Il existe une solution de continuité, un découplage dans l'utilisation des processus de conversion de connaissance ou de "production de qualité" entre les logiques technocrato-scientifiques utilisant les processus de combinaison et d'internalisation propres aux démarches "top-down" et la logique pragmatique qui utilise les processus de socialisation et

d'externalisation que l'on retrouve dans les démarches "bottom-up"³². La Figure 17 illustre la solution de continuité à partir de la Figure 5 que nous avons déjà discutée:

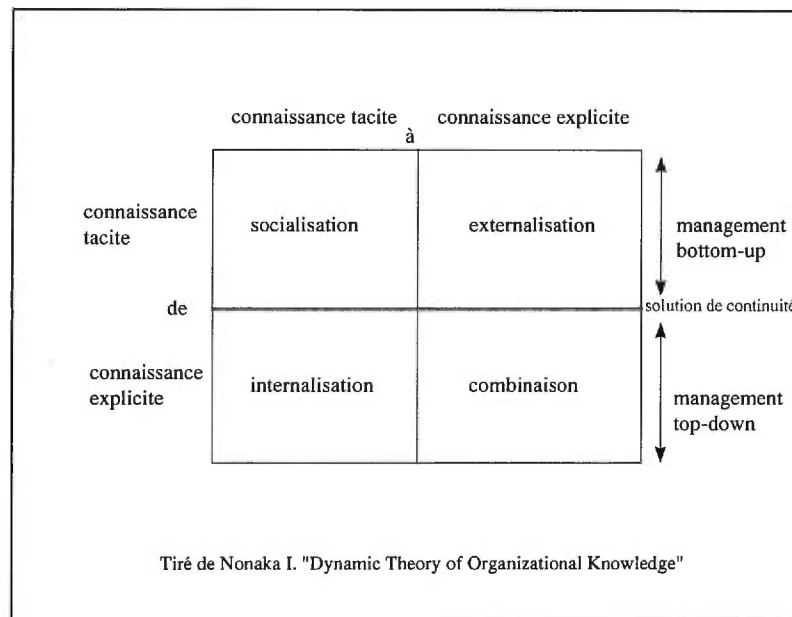


Figure 17: Solution de continuité (découplage) entre logiques

7.5.6.1 Réponse du terrain à la démarche qualité

La démarche qualité qui est mise en place dans l'HG s'apparente à une démarche qualité top-down et va à l'encontre de la représentation négociée de la qualité qu'ont les répondants. Nous postulons que la démarche qualité initiée ne pourra qu'entraîner des mécanismes de résistance et/ou de désintéressement de la base malgré la mise sur pied d'une stratégie participative au travers des projets qualité. Ces mécanismes de résistance seront augmentés parce que nous nous trouvons à l'interface de deux logiques opposées: d'un côté la logique de gestion associée à la logique scientifique que nous appellerons dorénavant logique technocrato-scientifique et de l'autre la logique pragmatique du terrain. En l'état ces deux logiques ne sont pas intégrées. Nous avons un phénomène de découplage qui se cristallise au niveau RU. (voir Figure 18 page 53).

[une infirmière] "Maintenant j'ai l'impression qu'il y a une espèce de double mouvements quoi. Il y a le mouvement des administratifs même au point de vue infirmier d'ailleurs, mouvement administratif qui tourne en roue libre en haut et nous on tourne en roue libre en bas."

[RU] "Les problèmes que l'on rencontre je les connais je les perçois et je pense que c'est primordial que la responsable ne s'éloigne pas du terrain, parce qu'aujourd'hui je trouve qu'entre la structure hiérarchique enfin je veux dire il y a [...] le terrain, il y a la responsable et ensuite de ça il y a les infirmières coordinatrices, direction, etc. Je veux dire nous sommes vraiment le relais et les représentants de ce qui se passe sur le terrain

c'est la RU, donc si celle-ci ici maintenant elle s'éloigne du terrain comment pourrons-nous traiter des problèmes qui sont vraiment à la base, si on ne les connaît pas. Et ça je crois que c'est important qu'on se donne les moyens et qu'on reste près du terrain. [...] [Les ICO] leurs souhaits seraient d'être plus présents sur le terrain, le constat c'est qu'on les voit jamais sur le terrain. Donc comment savent-ils ce qui s'y passe c'est par l'intermédiaire des RU, par l'intermédiaire de certains collaborateurs qu'ils voient suite à une évaluation etc."

Nous résumons sur la figure suivante les différents points que nous avons abordés:

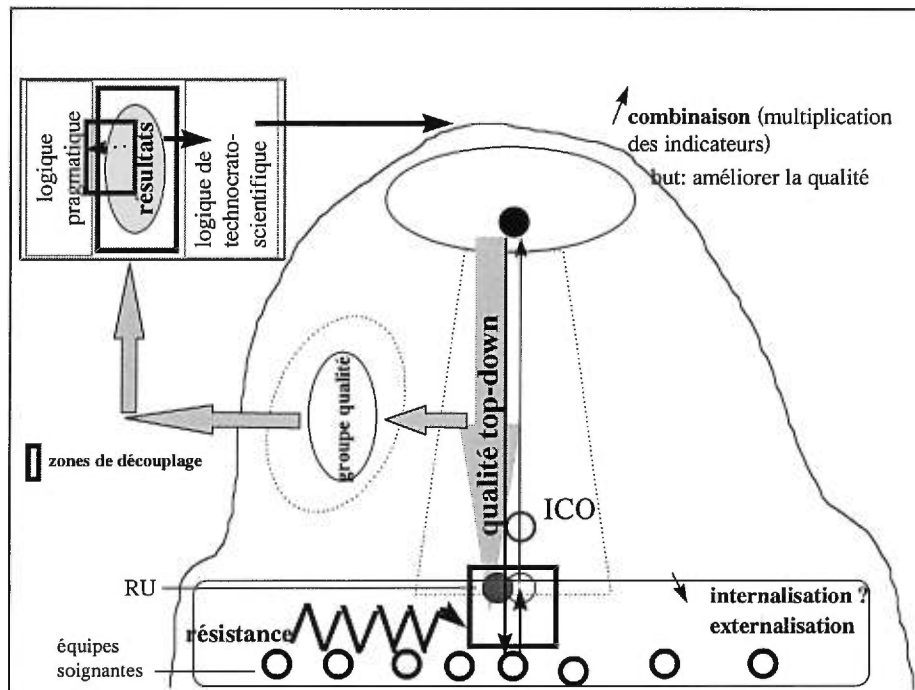


Figure 18: Démarche qualité, zones de résistances et de découplage

Sous l'influence de facteurs extra et intraorganisationnels, émerge au niveau de certains acteurs du comité de direction une démarche qualité qui répond à une logique technocrato-scientifique. Nous postulons que cette démarche qualité va entraîner des mécanismes de résistance au niveau de la base car cette dernière répond à une autre logique que nous avons appelé pragmatique. Les mécanismes de production de connaissance utilisés par la base et la hiérarchie sont différents. La démarche qualité de la hiérarchie est ainsi orientée vers la qualité explicite (indicateurs) alors que le terrain utilise davantage la qualité implicite par socialisation (qualité vécue). L'existence d'une zone de découplage entre la base et la hiérarchie doit majorer les mécanismes de résistance et surtout porter atteinte au développement de la connaissance organisationnelle qui se trouve amputé de deux processus sur quatre (socialisation, externalisation, voir Figure 17 page 52). La capacité de

l'organisation à comprendre les nombreux changements environnementaux et à s'y adapter est ainsi diminuée.

Enfin les résultats produit par la démarche qualité seront prioritairement utile aux acteurs appartenant à la logique technocrato-scientifique en raison de la "loi de l'outil"⁴³: le top management, la hiérarchie intermédiaire, la technostructure. Le terrain et l'organisation seront les acteurs qui en bénéficieront le moins.

7.5.7 Qualité et conflits dans l'HG

Compte tenu des attentes différentes des acteurs, des différences de logiques, de la coexistence d'au moins trois construits de la qualité et de l'existence de zones de résistance, nous avons été étonné que la démarche qualité ne soit pas perçue comme une source de conflits majeurs par les répondants.

L'une des raisons est que les démarches qualité peuvent être perçues comme une source de données scientifiques, objectives. On est dans la dépolitisation des rapports entre acteurs grâce à la production de données objectives. La "scientificité" garantit l'harmonie:

[DM] "C'est une remise en question de pratiques, de modes de fonctionnement théoriquement ça pourrait être une source de conflits dans la mesure où on estime que l'on a peut-être pas les allocations de ressources adéquates par rapport aux prestations qu'on doit fournir. C'est ça la seule chose que je vois comme source de conflits. Sinon je pense que c'est rarement des sources de conflits entre professions dans la mesure où une étude bien comprise permettra de mettre le doigt sur l'inadéquation d'un processus ça permettra de dire très clairement c'est médical, c'est infirmier, c'est peut-être les deux. Donc je pense qu'on arrive à identifier avec pas mal de précisions ce qui se passe et je crois que si l'étude est bien faite elle ne souffre pas tellement de discussions. Je crois que c'est un potentiel de conflits entre les professions.

De nombreux conflits potentiels ont cependant été cités:

- la surcharge de travail ou la remise en cause de pratiques de travail:

[Cadre fonction logistique]" peut remettre en cause l'organisation d'un secteur, d'un service ça peut remettre en cause le nombre de personnels nécessaires à un certain travail etc. je pense que ça peut être source de conflit syndical par exemple."

- les choix des projets qualité:

[un infirmier] "il y a un certain budget qui est dédié pour faire des mesures de la qualité [...] et [...] il faut faire des choix [...] il peut y avoir[...] certains secteurs qui vont s'estimer pénalisés."

- la représentation des professionnels au sein de la cellule qualité:

[un infirmier] "dans le groupe qualité on a surtout des médecins et des infirmières, infirmiers mais les autres professionnels ne sont pas tellement inclus [...] j'imagine que à plus ou moins long terme[...] ils voudront aussi participer, [...] par exemple les physiothérapeutes ou les diététiciennes [...] donc je pense que là ça peut-être source de conflits par rapport à ça."

- le leadership des démarches qualité entre acteurs de l'organisation:

[un infirmier] "Je sais pas si on peut parler en termes de conflits mais [...] certains administrateurs par exemple veulent aussi faire de la qualité [...] un domaine dont ils s'occupent,[...] ce qui faut c'est pas que ce soit eux qui veillent s'approprier la chose. [...] Donc [...] ça pourrait être une source de conflits."

- les critères qualité: [une infirmière] "si les intérêts à un moment donné divergent si les critères qu'on définit pour évaluer une qualité sont pas vraiment les mêmes".

Tableau 4: Conflits potentiels liés aux démarches qualité

Surcharge de travail
Remise en cause des pratiques, d'un service...
Choix des projets
Représentation des professionnels dans le groupe qualité
leadership des démarches qualité
critères de qualité

Nous postulons que l'absence de conflits majeurs dans une organisation publique professionnelle où les rapports sont généralement très politisés²⁷ est due initialement:

- à l'absence de négociations autour de la démarche qualité

[DM] "Il n'y a pas eu d'élaboration laborieuse d'un concept qualité entre des groupes professionnels qui dans une certaine mesure avaient des privilèges ou des terrains à défendre. Non absolument pas, ça s'est fait de façon très libre [...] et je crois que ça a été une sorte de succès."

- à la phase d'attente dans laquelle se trouve actuellement la démarche après la remise de projets de service.

- au fait que ce sont les professionnels les plus puissants de l'organisation (médico-infirmier) qui ont initié la démarche en plaçant comme responsable le DM.

- à la bonne image du DM: "honnêteté intellectuelle".

- à la départementalisation et à la sectorialisation très poussée de l'organisation rendant les zones de conflits "virtuelles".

[paramédical] "[ce] qui nous a été montré par les projets de service c'est que finalement tout le monde est quand même très cloisonné et que tout le monde voit sa qualité à son niveau mais a de la peine à élargir. On nous a forcé à faire des projets transversaux à essayer de discuter avec tout le monde etc. mais en fait on se rend compte ça reste encore quelque chose de très sectorialisé [...] d'autant plus par le découpage par départements ou maintenant on a pratiquement élevé des murs entre chaque département, [...] on sait qu'il y a un concept qualité qui doit avoir lieu mais malgré tout le monde travaille de façon extrêmement sectaire. [...] parce qu'on n'a plus de contacts, avant [...] par exemple nous [...] qui agissons dans tous les services on avait des lieux de rencontre entre les infirmières responsables aussi bien du département de médecine que de chirurgie etc. Maintenant tout est fragmenté, on va voir les infirmières responsables de chirurgie, celles de médecine, mais où est-ce qu'elles se parlent ensemble ou est-ce qu'on peut échanger ensemble les informations il y a relativement peu d'espace. [...] Justement pour pallier à ce problème-là on a voulu que les projets de service soient tout à fait transversaux mais on s'est rendu compte que finalement les habitudes ont repris courts et que chacun a fait ses projets de service [...] de façon très individuelle. [...] on commençait à avoir un petit conflit dans notre projet de service et puis en fin de compte on s'est séparé, chacun a fait son projet de service, tout le monde s'est retrouvé très bien et puis les conflits se sont atténués, les critères de qualité chacun les a choisis pour son travail donc il n'y a eu aucune zone de conflits possible.

- à la croissance (multiplication) des démarches qualité, garante de l'absence de conflits de la même façon que la croissance financière de l'institution l'a été pendant des années²⁷.

[Médecin, chef de service] "on a cette cellule qualité mais dans les autres divisions du département, dans les autres départements ils commencent déjà aussi à vouloir leur petit groupe qualité, parce que chacun veut gérer, n'accepte pas l'idée que ça vienne du haut en bas. Il faut que chaque groupe ait si vous voulez sa structure qualité qui peut être rudimentaire d'une certaine mesure mais il faut que chaque groupe ait sa structure qualité pour accepter au fond le concept qui vient du haut, parce qu'autrement ce ne sera pas suivi."

Ainsi pour l'instant, l'absence de conflit dans la phase d'élaboration de la démarche qualité au niveau institutionnel s'explique par son appropriation par certains professionnels uniquement et par la sectorialisation du comment c'est-à-dire la prolifération des démarches dans tous les secteurs.

La prolifération des démarches qualité, les construits différents, leurs régulations spécifiques, nous font aborder le chapitre sur le cadre conceptuel de la qualité.

7.5.8 Cadre conceptuel organisationnel de la qualité

Nous avons vu que l'organisation comportait un certain nombre de construits qui étaient régulés de façon différente. Nous avons également mis en évidence trois sens différents

(norme, valeurs, excellence) donnés à la qualité. Un certain nombre de causes expliquant le développement des démarches qualité ont également été cités.

L'ensemble de ces éléments ne donnent cependant pas de réponse à la question pourquoi. Pourquoi la qualité évolue-t-elle ainsi, que représente la qualité dans l'organisation, dans quel cadre s'inscrit-elle. Nous allons voir que pour l'organisation cela représente un handicap important. Comme le souligne un répondant:

[DM] "A l'heure actuelle la qualité devrait entrer par la lamal (loi sur l'assurance-maladie) déjà en 98 je crois que personne n'a la moindre idée de savoir ce que devrait être un programme qualité minimal pour répondre à la lamal par exemple. H+, l'organisation des hôpitaux suisses travaille là-dessus on ne sait pas très bien sur quelle base, en fonction de quels critères. Je pense que c'est le résultat d'ailleurs assez normal de l'absence de définition de la qualité dans la lamal et que par conséquent quand on doit appliquer quelque chose qui n'est pas défini personne ne sait comment le faire."

On retrouve ce souci d'intégrer la réflexion sur la qualité dans un cadre conceptuel plus large chez d'autres répondants:

[un infirmier] "[la démarche qualité] doit s'appuyer sur une philosophie de soins, [...] sur un modèle de soins qui précise en gros les lignes qu'est-ce que c'est que soigner qu'est-ce que c'est que le patient, qu'est-ce qu'on veut lui apporter, qu'est-ce que c'est que d'être professionnel [...] Pas seulement pour les mesures de la qualité, mais pour assurer des bons soins au quotidien. [...] Et pour moi c'est quelque chose qui manque beaucoup dans notre hôpital. Parce que je perçois pas vraiment de philosophie de soins qui dirait dans notre institution voila ce à quoi on croit, voila ce qu'on veut apporter dans le monde de la santé. Et en fait ça aboutit dans la pratique, à ce que les gens soient un peu par rapport aux soins et puis je pense que ça influence la qualité. Donc si on veut mesurer la qualité avec des projets il faudrait s'appuyer sur une philosophie qui soit claire aussi pour tout le monde. [...] Même pour moi c'est pas très précis actuellement de dire qu'est-ce qu'on entend vraiment par qualité. Je trouve. Et je me dis que dans la tête des soignants ça doit pas être clair non plus. "

[une infirmière] "[...] l'appeler une philosophie ou une charte du patient ou une charte de la communication, je crois que c'est indispensable pour après s'appuyer sur ce cadre et cette philosophie pour mettre en place les démarches qualité. [...] que ce cadre et cette philosophie soit [...] partagée autant par les médecins que par les infirmières donc que ce soit quelque chose d'institutionnel et reconnu des deux côtés."

[membre du CA] "je trouve que ce qui manque fondamentalement maintenant par rapport à l'ensemble de ces projets c'est que le discours économique est assez clair, le discours politique pas tellement, le discours professionnel il est dilué, et puis ce qui me manque c'est qu'il y ait une base un contexte philosophique qui soit clairement défini, pour savoir où on va, pourquoi, quel lieu on a envie d'être pour les gens qui viennent, [...] il y a quand même quelques valeurs fondamentales qui méritent d'être visitées, et en fonction de ça il y a des méthodologies pour y arriver, il y a tout ce qu'on veut."

L'absence de cadre conceptuel dans l'HG fait que la démarche qualité pour les soignants n'est rattachée à rien ou à des éléments disparates (économique, politique etc.). Ce vide au niveau institutionnel entraîne la multiplication des démarches par les acteurs en fonction de leurs intérêts propres. Nous avons ainsi identifié 6 démarches dans l'organisation qui ne sont certainement pas exhaustives et que nous avons représentés à la Figure 19. En l'absence d'un concept organisationnel de la qualité, la sélection et la régulation entre ces démarches vont s'avérer bien difficiles sinon impossibles. Ce seront les démarches mises sur pied le plus rapidement dans certains services (par exemple la certification en cours dans certains services) ou qui ont la faveur du top-management qui risquent de donner le ton à la démarche qualité de l'organisation sans qu'aucune réflexion sur le cadre conceptuel n'ait jamais véritablement été effectuée. Nous avons donc le développement de la régulation coup d'état (voir Figure 9 page 30).

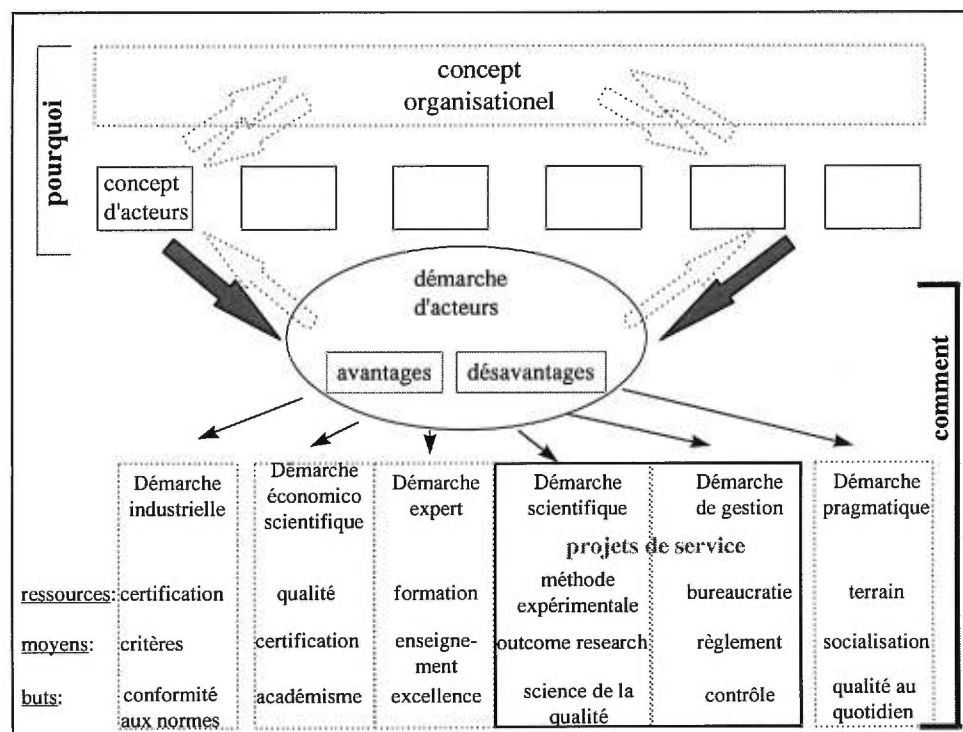


Figure 19: Concepts et démarches qualité dans l'organisation

Les projets de service regroupent les démarches scientifiques et de gestion. Ces démarches ont l'avantage de contraindre les acteurs à élaborer des projets qualité sans pour autant pouvoir rattacher ces projets dans une perspective plus large. La qualité reste inscrite dans un exercice de planification stratégique⁴⁴. La réflexion est bloquée au niveau du comment et au niveau de projets d'acteurs même si des projets transversaux sont encouragés. Cette

absence de réflexion au niveau du pourquoi n'aurait finalement guère d'importance si l'ensemble des collaborateurs avait la même représentation de la qualité, ce qui est comme nous l'avons vu loin d'être le cas.

[membre du CA] "pour animer ce changement et essayer de le maîtriser de le canaliser et de le faire avancer on met en place des stratégies les projets de service font partie des stratégies habituelles [...] qui envahit complètement le champ de l'activité professionnelle de tout le monde et puis les règles du jeu et le sens de tout ça, il me semble que c'est là qu'il y a un décalage. [...] c'est pas que c'est incohérent, parce que tout le monde a la capacité de comprendre que c'est il y a bien un but là-derrrière, mais par contre c'est la perte du sens qui, au quotidien, et ça c'est terrible parce que les gens sont plus partie prenante de quelque chose, depuis 4-5 ans il y a une redéfinition de la mission de l'hôpital, de la manière de travailler, des fermetures de lits, redéfinition des priorités etc., c'est absolument passionnant tous les processus mis en place pour gérer ces changements ont trouvé des moyens méthodologiques très intéressants des stratégies passionnantes mais qui sont comprises par qui et comment [...] je crains que dans 5 ans on se dise finalement on a oeuvré pour un changement mais fondamentalement les choses n'ont pas changé. Ce qui aura changé ce sont les modalités d'organisation de structures mais est-ce que l'esprit même de la maison par rapport à une mission différente et nouvelle des hôpitaux est-ce que ça aura fondamentalement changé. Donc finalement qu'elle est la redéfinition réelle des hôpitaux."

La démarche qualité doit s'inscrire dans un cadre conceptuel qui lui donne son sens, ses valeurs, et qui fédère les acteurs autour d'une représentation commune. En l'absence d'une telle représentation, l'apprentissage organisationnel est limité à un apprentissage au niveau de groupes d'acteurs, ce qu'Argyris appelle l'ajustement écologique³¹ (voir Discussion page 61). La production de connaissance au niveau de l'organisation est également contrainte par les instruments issus de la logique des acteurs dominants. Ceci conduit comme nous l'avons vu à la mise sur pied d'une qualité "globale" partielle pour l'organisation alors qu'au niveau de l'acteur et de sa rationalité elle peut être perçue comme globale.

A partir des données empiriques nous avons élaboré trois cercles de la qualité qui illustrent les différences de représentation que peut prendre une démarche d'amélioration de la qualité. La Figure 20 représente le cercle organisationnel idéal construit autour d'une zone d'échange négociation, la Figure 21 représente le cercle de la qualité perçu par le terrain et construit autour d'une zone de régulation politique, alors que la Figure 22 représente la qualité selon la techno-science.

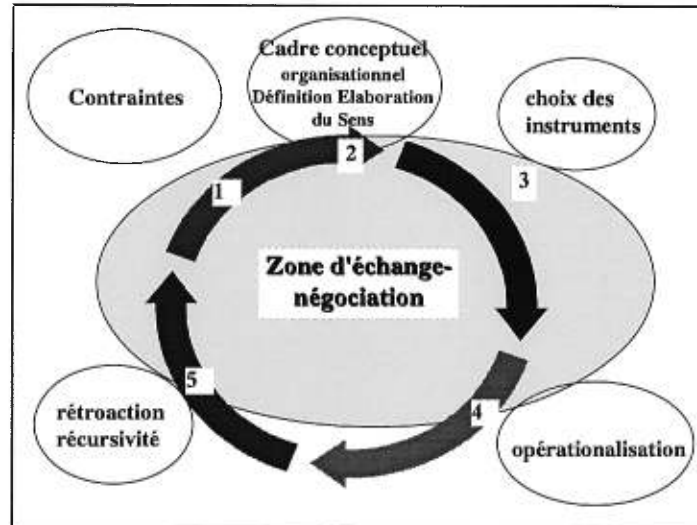


Figure 20: Le cercle organisationnel idéal de la qualité

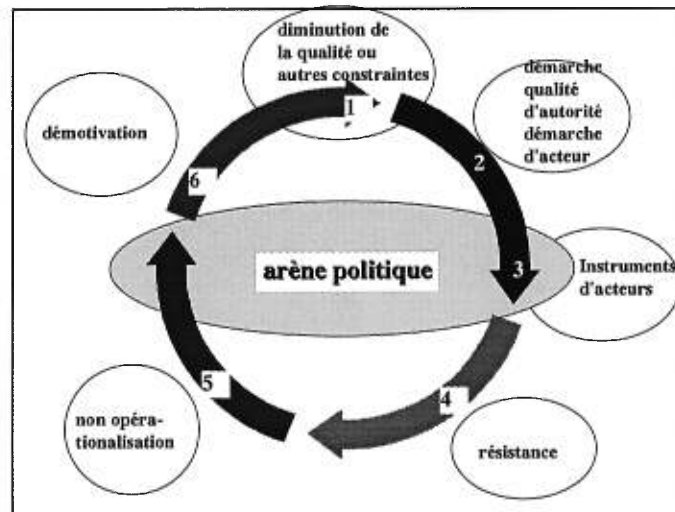


Figure 21: Le cercle de la qualité vu depuis le terrain

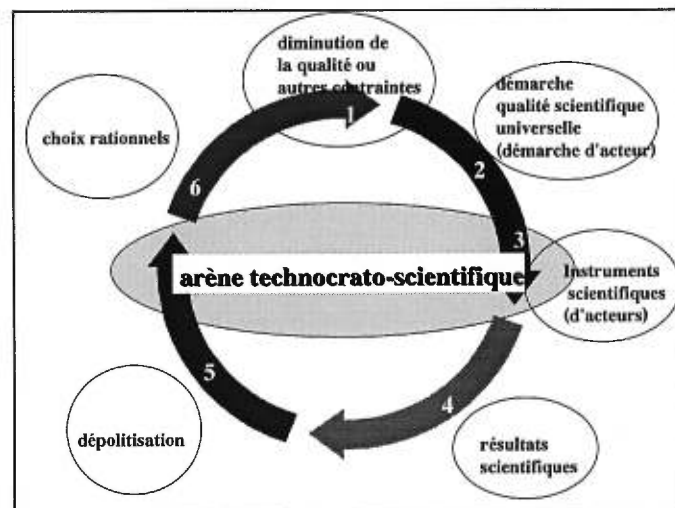


Figure 22: Le cercle de la qualité selon les gestionnaires et les scientifiques

Ce cercle de la qualité technocrato-scientifique est construit sur l'illusion que les résultats scientifiques représentent la qualité et permettent dès lors la prise de décisions rationnelles dans un climat "dépolitisé". En fait les résultats scientifiques ne représentent qu'une facette de la qualité, celle qui est mesurable ou mesurée; il n'est ainsi pas possible de réduire la qualité aux seuls domaines mesurés par les instruments. Il faut encore préciser que dans ce cercle, ce sont les instruments des acteurs dominants qui vont être utilisés ce qui ne signifie pas que ce soit les instruments les plus adéquats. Par ailleurs, si les résultats produits permettent d'alimenter la réflexion, ils ne garantissent pas pour autant que des choix rationnels soient faits. Comme l'avait démontré Simon avec son concept de rationalité limitée⁴⁵, il n'est pas possible pour un acteur face à une situation complexe de tenir compte de toutes les données, de toutes les interprétations et de toutes leurs conséquences.

8. Discussion

Nous avons démontré que dans l'organisation cohabitent plusieurs sens de la qualité. Ces différents sens appartiennent à des construits différents qui ont leur(s) propre(s) régulation(s). Nos données empiriques révèlent également que la perception de la qualité dans l'organisation est dynamique. Le sens de valeur se développe ainsi depuis quelques années chez les professionnels. Il y a aussi de nouvelles régulations qui apparaissent avec, au sein du construit professionnel, la régulation scientifique. Enfin, nous avons trouvé un nouveau construit de la qualité qui émerge, le construit relationnel. Celui-ci n'est cependant pas (encore?) effectif dans la mesure où sa régulation n'est pas présente dans l'organisation. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de cadre conceptuel organisationnel de la qualité. Par cadre conceptuel nous entendons une représentation intellectuelle de la qualité qui sert à donner une réponse aux questions du type pourquoi. Au niveau de l'organisation mais également au niveau des acteurs, la réflexion est centrée au niveau du comment. Cela conduit au niveau de l'organisation au développement d'une qualité fractale, c'est-à-dire une qualité dont la nature tient de la partie, la partie constituant le tout: le groupe professionnel, le département, la division, l'unité, le centre, le laboratoire. Cette qualité fractale se retrouve dans la perception du terrain qui voit les projets qualité comme servant avant tout l'intérêt de certains acteurs ou de certains groupes professionnels grâce, par exemple, à la production scientifique alimentée par la démarche qualité.

Le développement de la connaissance au niveau de l'organisation est axé préférentiellement sur le développement d'une connaissance explicite par processus de combinaison et dans une moindre mesure sur le développement de la connaissance tacite par processus d'internalisation. Le développement de la connaissance tacite par socialisation, processus fondamental de maintien et d'acquisition de connaissances au niveau du terrain est "laissé pour compte". Nous avons démontré que ceci n'est pas sans conséquence sur la qualité globale de l'organisation. Les modifications structurelles répondant à une logique de gestion ont contraint la logique pragmatique du terrain au niveau de l'unité de soins ce qui a amené d'une part un découplage entre le terrain et la hiérarchie infirmière et d'autre part une désocialisation au sein de l'unité. Les indicateurs développés répondent aux besoins de la logique de gestion. Ils ne prennent pas en compte la connaissance tacite et le processus de désocialisation.

Nous avons donc trois zones de découplage. La première se situe au niveau des logiques et nous l'avons évoquée à la Figure 17 page 52. Le découplage tient ici aux mécanismes utilisés dans la production de connaissance. La deuxième zone de découplage est "structurelle" et se situe au niveau des RU. Elle apparaît suite à l'évolution de leur mission orientée davantage vers la gestion. La troisième zone de découplage se trouve au niveau des résultats produits par les indicateurs, ces derniers étant orientés par et alimentants avant tout la logique technocrato-scientifique. Ce qui n'est pas mesuré et qui appartient à la réalité de la logique pragmatique ne peut être pris en compte. Le développement de la connaissance est donc incomplet et l'organisation se comporte comme un "organisme" qui aurait une désafférentation partielle. La situation de l'organisation est représentée sur la Figure 23:

Le management top-down utilise les mécanismes de combinaison et d'internalisation pour développer la connaissance dans l'organisation. Dans l'optique d'une meilleure gestion des unités de soins, un certain nombre de postes sont soit créés soit modifiés vers des tâches de gestion. L'unité est davantage éclatée car certains postes fonctionnels qui la composent sont rattachés directement à leur hiérarchie respective (meilleure gestion des équipes). Les RU en raison de leur éloignement progressif du terrain ne sont plus les garants d'une cohésion au sein des équipes. Il y a progressivement désocialisation de l'unité et baisse de la qualité (1er découplage). Cette zone de découplage ralentit les mécanismes d'internalisation et d'externalisation. Par ailleurs les résultats de la démarche qualité sont orientés par vers la logique technocrato-scientifique. Le terrain ne voit pas pour lui de bénéfices directs (2^{ème} découplage).

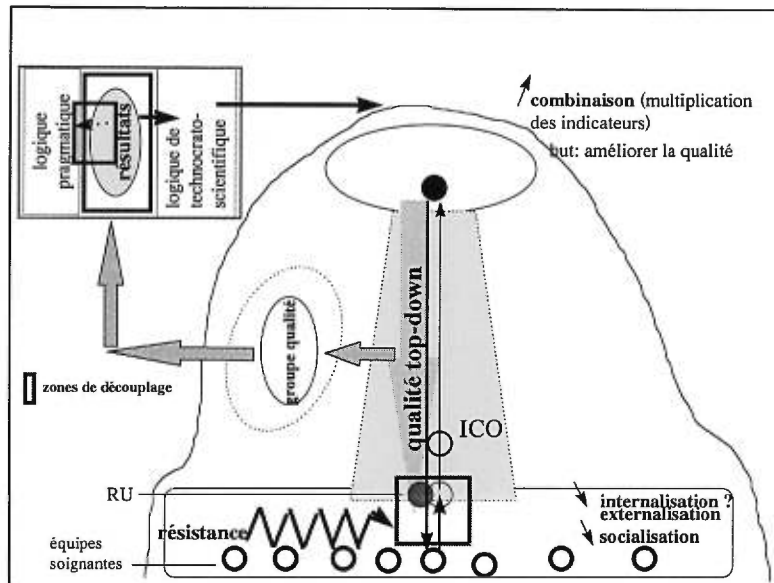


Figure 23: Démarche qualité, production de connaissance et découplage

Si les facteurs extra et intra-organisationnels décrits aux paragraphes 7.2.1 et 7.2.2 page 31 permettent de comprendre les raisons de l'évolution de la perception de la qualité, il nous faut encore essayer d'expliquer par quels mécanismes cette évolution se réalise. Notre réflexion a été principalement alimentée par les ouvrages de Morin¹⁶, d'Argyris³¹, et de Nonaka³².

Pour comprendre l'évolution de la régulation de la qualité et son passage de la régulation implicite à la régulation scientifique nous allons utiliser tout d'abord le modèle d'Argyris sur l'apprentissage organisationnel.

Le modèle d'Argyris (voir Figure 24) fonctionne ainsi: La première boucle est utilisée par les membres d'une organisation lorsque, suite à la détection d'un écart, la correction s'effectue sans que les valeurs, les normes de l'organisation ne soient remises en cause. Cette boucle peut s'avérer cependant insuffisante pour corriger l'écart lorsque les valeurs, les normes de l'organisation sont en cause. C'est à ce moment qu'intervient la seconde boucle:

"we will give the name "double-loop learning " to those sorts of organizational inquiry which resolve incompatible organizational norms by setting new priorities and weightings of norms, or by restructuring the norms themselves together with associated strategies and assumptions"^{31a}.

En d'autres termes la première boucle répond à la question "comment": comment modifier nos stratégies pour corriger l'écart. La seconde boucle correspond à la question "pourquoi":

pourquoi avec les valeurs, les normes que nous avons, n'arrivons-nous pas à corriger l'écart (malgré l'utilisation de la première boucle). L'apprentissage organisationnel débute avec le processus de résolution soit du comment soit du pourquoi et se termine par l'évaluation du résultat en terme de correction d'écart.

Nos données empiriques nous indiquent que la réflexion sur la qualité dans l'organisation se situe au niveau acteur ce qui donne lieu à une profusion de démarches ou de projets qualité . Ceci nous permet de dire qu'au niveau de l'organisation 1.: la démarche qualité est bloquée au niveau de la première boucle car 2.: l'apprentissage s'apparente à ce qu'Argyris a appelé l'ajustement écologique. Chaque acteur (unité, service, département) tente d'assurer sa survie et sa protection à l'intérieur d'un contexte organisationnel plus large. Ceci conduit à un blocage de l'apprentissage organisationnel. Celui-ci est limité aux groupes car ils n'agissent pas en tant qu'agents de l'organisation, faute de cadre conceptuel organisationnel de la qualité.

L'écart qui incite certains acteurs de l'organisation à lancer une démarche qualité est constitué par ce qu'offre l'organisation en matière de qualité et ce que demande son environnement. Cet écart est perçu à travers la littérature scientifique, les demandes des patients, les exigences du politique etc.

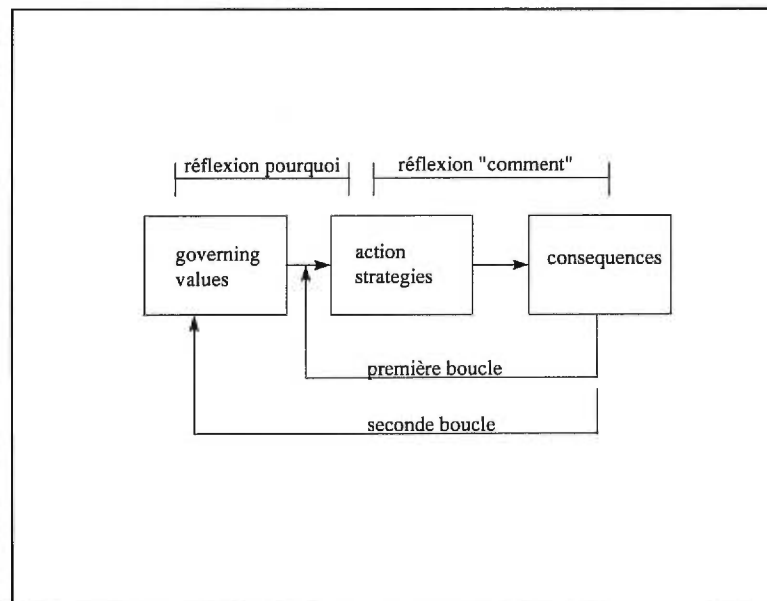


Figure 24: Apprentissage en simple et double boucle (Argyris)

La création de la structure qualité HG se situe au niveau de la première boucle. Ce changement de stratégie dans le développement de la qualité nécessite cependant au préalable un changement de régulation qui nécessite lui-même un changement de valeurs de

la part de certains acteurs. Le sens donné à la qualité passe de "la qualité-excellence" à la "qualité-valeur". Ce changement de sens est fondamental mais il s'effectue sans remettre en cause le construit professionnel de la qualité, il y est incorporé. Ce changement de sens et son incorporation dans le construit professionnel ne sont pas pris en compte dans le modèle d'apprentissage d'Argyris. Nous avons donc modifié ce modèle de la façon suivante (voir Figure 25). La première boucle remplit la même fonction à savoir corriger l'écart sans modifier les valeurs fondamentales de l'organisation. Nous appelons cette boucle la boucle d'opérationnalisation. La seconde boucle diffère du modèle d'Argyris. Elle est utilisée par l'organisation pour incorporer de nouvelles valeurs fondamentales mais à l'intérieur du paradigme² en vigueur. Il s'agit de la boucle de resynchronisation. Ainsi la qualité-valeur cohabite avec la qualité-excellence sans que le paradigme lui-même soit réfuté. Pour l'organisation, il s'agit ni plus ni moins d'essayer de resynchroniser ses valeurs et ses stratégies à l'environnement dans le but de réduire l'écart ce qui se manifeste par une période de turbulence (par exemple dans le choix des stratégies). La troisième boucle est la boucle de révolution qui met en concurrence le paradigme en vigueur avec un nouveau paradigme, c'est la crise⁴⁸. La boucle de révolution implique un changement paradigmatique et nécessite une masse critique d'acteurs en faveur du nouveau paradigme ce qui est par nature la définition d'une révolution. En l'absence d'un paradigme concurrent ou en l'absence d'une masse critique d'acteurs, l'écart sera en quelque sorte "mis de côté"⁴⁸.

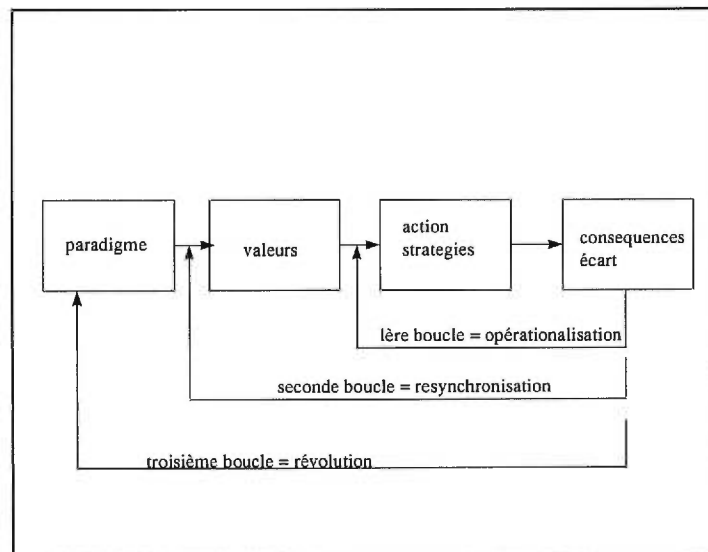


Figure 25: Argyris revisité

² Par paradigme, nous entendons la façon dont un acteur (individu, organisation, société) se représente le monde, c'est-à-dire son modèle théorique de pensée.

Le premier construit de la qualité, celui de la qualité professionnelle avec sa régulation implicite, accompagne le développement des sciences et est issu du paradigme de l'époque moderne. Depuis quelques décades se développent d'autres paradigmes que nous appellerons post-modernes comme le paradigme constructiviste⁴⁶. Ce paradigme considère qu'il n'y a pas qu'une seule vérité, celle de l'expert, pour décrire la réalité mais plusieurs. Elle nécessite donc la négociation entre l'expert et de nouveaux acteurs. Le chercheur joue un rôle actif, de facilitateur et n'est plus en position de "neutralité". La réalité est construite, locale et contingente, elle perd son caractère universel. Nous postulons que le sens de "qualité négociée" qui émerge dans l'organisation témoigne des valeurs de ce paradigme. Ce nouveau sens est cependant "resynchronisé" comme nous l'avons vu au sein du construit professionnel sans que son paradigme ne soit interrogé. Cette resynchronisation permet cependant l'émergence de nouvelles stratégies qualité grâce à une nouvelle régulation mais laisse cependant pour certains acteurs un écart, une incohérence.

La Figure 26 illustre la situation de l'organisation: Sur la partie de gauche, nous avons représenté l'organisation de soins au sein du paradigme actuel. Elle est marquée par son caractère fractal qui empêche l'élaboration d'un cadre conceptuel de la qualité, se manifeste par une profusion de démarches qualité et par la disparition des liens horizontaux, à l'image de ce qui a été décrit dans la société⁴⁷. Nous avons représenté sur la partie droite ce que pourrait être l'organisation en devenir compte tenu des attentes des acteurs autour de la qualité. L'organisation se construit autour de la négociation des savoirs, de leurs complémentarité, au travers d'une rationalité "plurielle". Nous postulons que l'émergence du construit relationnel ou que l'arrivée d'acteurs dans les systèmes de soins ne répondant ni à des normes professionnelles ni à des normes scientifiques témoignent des valeurs et de l'existence de ce nouveau paradigme bien que d'autres contraintes notamment économiques s'y associent. Rien ne permet d'affirmer cependant que ce paradigme remplace un jour le paradigme actuel.

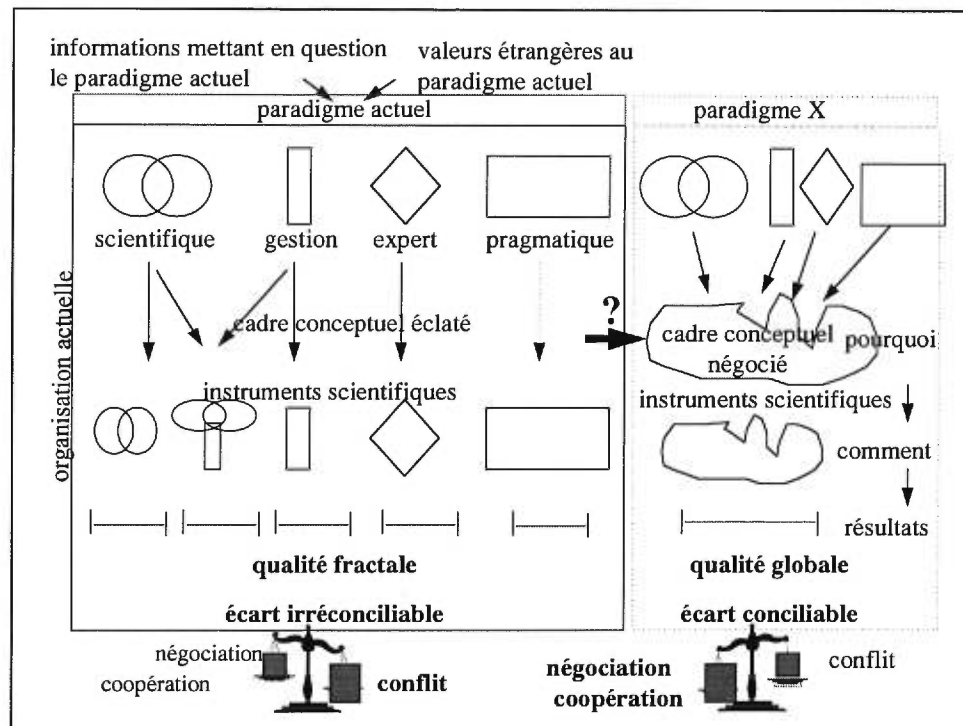


Figure 26: Paradigme, organisation et qualité

Nous avons représenté sur la Figure 27 les mécanismes qui nous semble expliquer l'évolution de l'organisation en prenant en compte les paramètres que nous avons vu et en les intégrant dans le modèle d'Argyris "revisité":

L'organisation évolue, à l'intérieur du construit professionnel, de la régulation implicite à la régulation scientifique en raison de l'écart grandissant entre le possible et le réalisé. La littérature scientifique évoque des écarts de cette nature depuis presque 20 ans comme par exemple les variations de la pratique¹ ce qui montre la lenteur des mécanismes d'adaptation sociaux. La régulation de la qualité devient scientifique au cours d'une période de resynchronisation. L'organisation incorpore de nouvelles valeurs comme la "qualité-négociée" mais également les notions d'efficacité et d'efficience. Cette resynchronisation permet l'élaboration de nouvelles stratégies. Nous postulons que la qualité produite reste fractale mais s'améliore transitoirement. L'arrivée de nouveaux acteurs avec de nouvelles revendications (comité de défense des patients etc.) pourrait entraîner une nouvelle augmentation de l'écart entre le possible et le réalisé. Il peut s'ensuivre une nouvelle période soit d'opérationnalisation, de resynchronisation ou en présence d'un paradigme de rechange et d'une masse critique d'acteurs, une révolution.

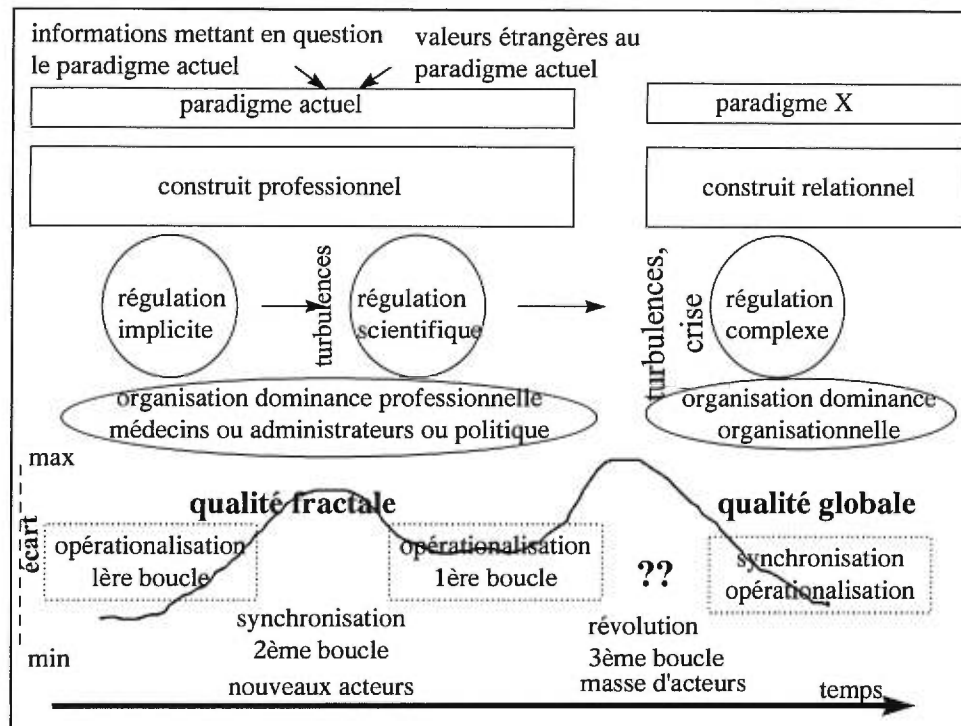


Figure 27: Evolution et révolution paradigmatique

La masse d'acteurs est indispensable au déroulement d'une révolution paradigmatique pour faire prendre conscience aux "utilisateurs" du paradigme dominant de l'incapacité de ce paradigme à résoudre la crise. En l'absence de la masse, les "utilisateurs" du paradigme en vigueur ne percevront pas la crise. Comment est-ce possible? Nous citons^{48a}: "Un paradigme peut même tenir le groupe des chercheurs à l'écart de problèmes qui ont leur importance sociale mais ne sont pas réductibles aux données d'une énigme parce qu'ils ne se posent pas en termes compatibles avec les outils conceptuels et instrumentaux que fournit le paradigme".

Les turbulences qui agitent le domaine de la qualité ne sont que le reflet de la crise profonde qui agite le système de soins: crise des valeurs, crise du financement, crise de la régulation²³, crise des instruments, crise des résultats. Cette crise témoigne de la mise à l'épreuve du paradigme actuel.

A notre sens, un certain nombre d'implications découlent des résultats de notre étude, tant pour la recherche dans le domaine de la qualité que pour le rôle du gestionnaire. Nous les détaillons dans les pages qui suivent.

9. Pistes de recherches futures

Nos données empiriques font ressortir que la qualité dans une organisation dépasse largement la cadre de la qualité des soins et qu'elle ne peut être réduite à l'édition de guides

de pratiques, à l'analyse de processus ou au seul domaine de la médecine fondée sur des preuves. Les représentations, les mécanismes de régulation entre acteurs au sein de l'organisation influencent aussi la qualité. Ainsi, nos données empiriques révèlent que des pratiques de gestion qui cherchent à améliorer la gestion des équipes et partant la qualité pourraient avoir des effets contraires au niveau de l'unité de soins. Nous sommes cependant conscients que ces relations ont été insuffisamment explorées dans le cadre de ce travail. De même le modèle du développement de la qualité n'a été qu'incomplètement testé. Tout au plus avons nous montré que certains des mécanismes proposés existent bel et bien.

La nécessité d'explorer les liens qui existent entre la qualité des soins d'une part et d'autres dimensions au sein de l'organisation apparaît cependant. Des études qui tendent à démontrer la relation existante entre la charge de travail et les infections nosocomiales témoignent de ces relations⁴⁹, tout comme la nécessité de prendre en compte les représentations des acteurs pour changer les comportements^{ibid}.

En d'autres termes les recherches futures dans le domaine de la qualité devront davantage explorer le caractère multidimensionnel de cette dernière. Dans le champ des sciences de la vie, construit autour du modèle biomédical, ce caractère multidimensionnel apparaît souvent comme un obstacle car il donne au chercheur un sentiment de non contrôle voir de non objectivité par rapport à son "expérience". Par contre, cet obstacle est moindre dans le domaine des sciences humaines, développé sur le modèle psychosocial. La recherche dans le domaine de la qualité devra donc utiliser au mieux les divers outils "conceptuels et instrumentaux" à disposition pour rendre compte d'une façon scientifique et non idéologique de la qualité, d'en faire ressortir les différentes facettes (technologiques, procédurales, structurelles, organisationnelles, régulatrices, conceptuelles).

10. Conclusion

Nous avons pu mettre en évidence qu'au sein de l'institution cohabitent plusieurs construits de la qualité élaborés à partir de sens différents. Au niveau du construit professionnel, un nouveau sens de la qualité se développe et permet l'émergence de la régulation scientifique. L'organisation apparaît comme une mosaïque composée de représentations différentes de la qualité, sans que nous ayons pu mettre en évidence de cadre conceptuel organisationnel de la qualité. L'évolution dans la perception de la qualité montre que l'organisation est sur la boucle de resynchronisation avec l'incorporation de nouvelles valeurs comme la qualité

négociée, l'efficacité ou l'efficience qui lui permet de mettre sur pied de nouvelles stratégies.

Il existe des projets qualité propre à chaque département, service, unité conduisant à ce que nous avons appelé une qualité fractale, c'est à dire une qualité tenant de la partie sans relation au tout. Au niveau de l'apprentissage organisationnel, il y a un blocage de la production de connaissance tant avec le modèle d'Argyris en raison de l'ajustement écologique qu'avec le modèle de Nonaka (diminution du processus de socialisation).

Sur le modèle de la qualité globale que nous avons développé, ceci conduit au développement d'une qualité explicite et à la régression de la qualité implicite. L'organisation apparaît cloisonnée horizontalement mais également verticalement au niveau des unités de soins avec l'apparition d'un découplage situé au niveau des responsables d'unité. Un tel phénomène conduit à augmenter les processus de contrôle (qualité explicite) tout en continuant à amoindrir la qualité implicite.

Les résultats de notre étude montrent que ce n'est pas la dynamique autour de la qualité qui est bloquée dans l'organisation, bien au contraire, mais l'intégration de ces différentes démarches dans un cadre organisationnel de la qualité. En raison du rôle qu'il a au sein d'une organisation, le gestionnaire devrait donc être le maître d'œuvre de la démarche qualité. En l'état, cela signifie que le gestionnaire doit se consacrer non pas au développement ou à l'acquisition de nouveaux indicateurs mais au développement de nouveaux modes de régulations entre acteurs. Le but est de favoriser la régulation complexe, seule à même d'enrichir la démarche qualité par les savoirs d'acteurs insuffisamment pris en compte par les indicateurs qualité actuels. Par ailleurs, le gestionnaire devrait également ouvrir son champ d'activités à la recherche afin que l'on puisse explorer les liens qui unissent des décisions de gestion avec la qualité des soins. Enfin la libre circulation de l'information pour favoriser le décroissement tant horizontal que vertical dont souffre l'organisation est un point capital. Elle doit non seulement être accessible par les différents acteurs mais également produite par eux.

11. Annexes

11.1 Protocole entretien

Date de l'entretien: Nom: Fonction:

Service: Responsabilité:

1) Introduction:

Présentation personnelle, buts de l'étude. Raisons de l'enregistrement et expliquer le principe de confidentialité.

2) Qualité:

2.1 Perception

Exploration du sens

- A) Quelles valeurs donneriez-vous au mot qualité, (comment le définiriez-vous?)
- B) Votre façon de voir la qualité a-t-elle évolué ces dernières années?

Exploration de la qualité organisationnelle

- A) Quelle(s) est (sont) les **raisons d'être** du développement des approches qualité dans les hôpitaux?
- B) Quels avantages (inconvenients) pourraient retirer les hôpitaux? (Contrôle, apprentissage, innovation)
- C) Le développement de la qualité doit-il s'appuyer une philosophie? (grands principes, valeurs, buts)
- D) Que pensez-vous de la phrase "développer une culture de la qualité"
- E) Devrait-il y avoir un monsieur (une madame) qualité, de quel milieu professionnel?

Outils qualité (théorie)

- A) Est-ce que vous connaissez des approches qualité ? (livres, séminaires...)
- B) Qu'en pensez-vous?
- C) Y a-t-il une approche qualité que vous privilégieriez?
- D) Avez-vous déjà utilisé ces approches?
- E) Ces approches sont-elles en "harmonie" avec votre sens de la qualité (cf définition ci-dessus)?

Exploration des enjeux (niveau employé, niveau groupe professionnel, niveau organisationnel)

- A) En quoi la qualité représente un enjeu (défi) pour l'hôpital?
- B) En quoi la qualité représente un enjeu (défi) dans votre profession?
- C) En quoi ceci vous touchera-t-il directement (nouvelles compétences à acquérir, menaces?)

Pouvoir

- A) En quoi la qualité pourrait être une source de conflits dans l'organisation
- B) Avez-vous l'impression que le développement de la qualité pourrait modifier la structure hiérarchique ou donner plus d'importance (pouvoir) à certains groupes professionnels?
- C) Avez-vous l'impression que dans votre profession le développement de la qualité pourrait modifier la structure hiérarchique ou donner plus d'importance (pouvoir) à certains postes?

Approche qualité HG

- A) Que pensez-vous de l'approche qualité choisie dans les HG? En quoi consiste-t-elle?
- B) Comment a été choisie cette approche qualité? (consensus, consultant externe...)
- C) Repose-t-elle sur un modèle connu? une expérience dans un autre hôpital?
- D) Quelles sont les personnes/groupes qui favorisent (freinent) le dvpt de la qualité?
- E) Comment le "terrain" réagit-il? est-il impliqué? est-il formé?
- F) Par rapport aux autres hôpitaux comment situer l'HG ? avancement démarche qualité, spécificité, force, faiblesse)

Structure qualité HG

- A) Que pensez-vous de la structure qualité mise en place dans les HG
- B) Qui a contribué à sa naissance naissance?
- C) Rôle?
- D) Comment va évoluer cette structure qualité?
- E) Comment idéalement devrait-elle évoluer? Quel devrait être son rôle?
- F) Y a-t-il un encadrement par un consultant externe? (positif, négatif?)
- G) L'organisation a-t-elle les ressources nécessaires? (financières, humaines...)

Dans votre secteur d'activité:

- A) Y a-t-il une/des activités qualité dans votre secteur?
- B) Pourquoi et comment s'est (se sont)-elle(s) développée(s)?
- C) Comment fonctionne(nt)-t-elle(s)?
- ◆ Quelles sont les relations entre l'administration, les autres services, la direction, les différents groupes professionnels dans les activités qualité?
 - ◆ Quels sont les thèmes abordés?
 - ◆ Quel encadrement?
- D) Exemples de démarches qualité réalisées ou à venir?
- E) Quel impact? (financier, patient, du personnel, façon de travailler, nouvelles connaissances médicales?)
- F) Quels problèmes?
- G) Y a-t-il une évaluation des activités qualité?

Participation Attitudes Attentes

- A) Quelle est votre **participation** dans les activités qualité de votre secteur et par rapport aux activités qualité de l'institution?
- B) Quelle est votre **attitude** par rapport aux activités qualité de votre secteur et par rapport à celle des HG
- C) Quelles sont vos **attentes**
- D) Dans le cadre des projets de service, il y avait une rubrique Qualité: avez-vous été consulté pour l'élaboration de cette rubrique? utilité de cette rubrique?

Media

- A) Comment sont véhiculées les informations sur la qualité dans les HG?
- B) Qu'en pensez-vous? Comment devraient-elles l'être?

Outils qualité (pratique)

- A) En dehors de votre secteur y a-t-il des démarches qualité que vous pourriez citer?
- B) Qu'en pensez-vous? importance pour l'organisation, expériences + / -?

Fin entretien (remerciements, comment la personne a-t-elle vécu l'entretien; questions?

coordonnées du répondant)

Personnes ressources à contacter:

11.2 Entretien 1

11.2.1 Verbatim (extraits)

	VERBATIM (extraits)	du: 13.02.98
Entretien avec	[Médecin, chef de service]	durée 1h15

La première question que j'aimerais vous poser porte sur le sens ou la définition que vous donneriez à la qualité

- [Rire sympathie] Oui donc c'est un terme qu'on utilise de plus en plus j'en suis bien conscient, mais la qualité au fond c'est l'adéquation entre la prestation fournie par un prestataire et le besoin de la personne qui demande cette prestation. Et si il y a une adéquation alors on peut parler de prestation de qualité. C'est-à-dire, prenons les choses de manière un peu plus concrète, si un patient a une maladie et qu'il demande à son médecin de le traiter et que le médecin arrive à le soigner de sorte que le patient soit content et qu'il y a un résultat on a une prestation de qualité. Donc la qualité au fond ce définit en premier lieu par la satisfaction de la personne qui demande cette prestation. Alors c'est un peu plus complexe que ça puisque lorsqu'on demande, on reste bien dans le milieu médical on fait pas ? [acquiescement de l'interviewer] donc on reste dans le milieu médical dans le domaine médical donc la définition de la qualité est un peu plus complexe que celle-ci qui est au fond la qualité définie c'est le point de départ de la réflexion mais c'est plus complexe parce que celui qui demande la prestation il n'y pas qu'une seule personne il y a plusieurs acteurs il y a le malade, il y a bien sûr le médecin ça c'est la disons la relation de base mais tout autour on ne peut pas isoler cette relation et on doit l'intégrer dans une société, dans un système. Et les attentes de tous ces acteurs vont avoir une influence sur ce qu'on définit comme la qualité. Alors il y aura bien sûr les assurances ou la société qui doit payer cette qualité, il y a le corps médical il y a le médecin qui adresse ce malade à un autre médecin, donc ce médecin aussi va juger la prestation de son collègue vis-à-vis du malade qu'il a adressé à son collègue ou à d'autres acteurs du service de santé, donc c'est tout un ensemble qui fait que finalement la qualité c'est la satisfaction de plusieurs critères qui sont définis par différents acteurs. C'est un peu complexe [rire], c'est peut-être pas très clair, mais disons je pense que ce qui est important c'est de partir sur le concept de base, c'est la qualité se définit sur au fond une sorte de contrat entre deux partenaires et si le contrat est satisfait et bien on a une prestation de qualité.

D'accord. Donc il y a un contrat entre deux partenaires mais il y a aussi si je comprend une négociation. La qualité est en quelque sorte négociée si je vous comprend bien vous parlez de plusieurs acteurs alors est-ce qu'il y aurait aussi une partie négociation?

- Ah, il y a forcément négociation dès l'instant où il y a deux partenaires qui discutent pour un contrat il y a forcément négociation. Elle peut être difficile ou elle peut être facile mais il y a forcément au départ une, il doit y avoir, on est dans un cadre de négociation.

D'accord. Et cette perception que vous avez là de la qualité, est-ce qu'elle a évolué ces dernières années?

- Tout à fait. Elle a très fortement évolué par le fait que la qualité n'est plus définie seulement par, ça on le ressent tous les jours, n'est plus définie seulement par celui qui est considéré comme l'expert mais elle est définie par plusieurs personnes. Tous les acteurs ont leurs mots à dire en ce qui concerne la qualité c'est ça la grande déf, le grand changement. C'est plus le médecin seul qui dit parce que c'est moi qui pense ceci c'est forcément de qualité. Il y a encore le patient qui dit écoute c'est à moi de dire si je suis satisfait ou pas. Et même ça ça suffit pas puisque il y a encore tous les acteurs qui vont dire si ils sont satisfaits ou non. Donc le concept de qualité a bien sûr très fortement évolué ça on en est tous bien conscient.

D'accord. Quelles sont les raisons d'être du développement des approches qualité dans les hôpitaux?

Alors je pense que le premier facteur c'est un facteur économique. Le deuxième facteur qui est aussi très important c'est le facteur du fait que ceux qui demandent des prestations les malades sont de mieux en mieux informés. C'est l'information des patients et le fait que justement eux-mêmes on de plus en plus conscience qu'ils ont des droits vis-à-vis des acteurs du système de santé, des professionnels de la santé. Ils ne sont pas simplement liés poings pieds ils ne sont pas simplement liés vis-à-vis de, ils ont leur mot à dire ils ont leur droit à défendre ils sont des partenaires, ils ne sont plus simplement des patients. Ils ne sont pas simplement ceux qui doivent subir ce que le médecin leur dicte mais ils sont des partenaires ils ont tout à fait leurs droits vis-à-vis du médecin et ça on le remarque, on le constate dans les relations qu'on a avec les patients.

D'accord. Donc les hôpitaux seraient en quelque sorte contraints ou obligés de développer une approche qualité pour des critères économiques, et puis aussi pour tenir compte des exigences des patients.

- Tout à fait.

Vous verriez d'autres raisons qui motiveraient l'introduction des démarches qualité?

Mais disons ça c'était, ce n'est pas la question que vous m'avez posé au début, pourquoi les hôpitaux ont évolué dans cette direction? C'est clair que un certain nombre de gens ont pris conscience du fait que la médecine était souvent basée sur des concepts qui n'étaient pas prouvés. ça je le vois, dès qu'on réfléchit un petit moment, surtout par exemple dans mon domaine, ça c'est quelque chose dont je suis conscient tous les jours on a un grand nombre de prestations que nous effectuons tous les jours, [...] et si on prend la peine de se poser la question [...] au fond est-ce que ça a servi à quelque chose vis-à-vis du patient, est-ce que ça lui a servi qu'on ait fait [cet examen]. Et dans beaucoup de cas je me dis si on réfléchit bien probablement que non. [...] Et ça je veux dire ça donne quand même à réfléchir, ça c'est sûr.

Alors donc ce flou en fait, vous parliez de concept non scientifique, il y a un flou dans les

- Oui, c'est-à-dire qu'il y a beaucoup de démarches qui sont faites sans qu'elles aient été validées finalement. C'est basé sur, parfois même ce qu'on pourrait appeler des mythes, ou des habitudes et ça se fait parce qu'on l'a appris, on nous a dit qu'il fallait faire comme ça et puis qu'au fond jamais on a vraiment réfléchi si vraiment c'était utile. Le simple fait de faire [tel examen] et on voit ça change d'un service à l'autre, ça je pense c'est un concept qui a été donné une consigne qui a été donnée une fois et puis on le suit, on suit cette consigne et jamais on la remet en question et même la remettre en question c'est presque un crime de lèse-majesté d'une certaine mesure, et donc on doit le faire parce que ça se fait comme ça,

parce que la médecine, parce qu'il y a une sorte de doctrine et on le fait. Mais il y a des tas d'exemples que l'on peut trouver, et une grande partie de la journée se passe à faire des choses dont on ne sait pas vraiment si ça sert à quelque chose et on les fait parce qu'on doit le faire, ça fait partie des règles qui nous ont été imposées et qu'on peut pas changer parce qu'il y a une force de l'habitude qui est trop importante. Et aussi parce que lors de notre formation, de la formation des médecins, on a beaucoup de choses qu'on apprend d'une certaine mesure par cœur sans vraiment se poser la question si c'est justifier ou non, on l'apprend parce qu'on nous dit que c'est comme ça parce qu'on nous dit que les experts ont dit qu'il fallait faire comme ça ensuite ça entre en nous et jusqu'à la fin de notre carrière professionnelle on va suivre ça et il faut un effort pour remettre ça en question. J'ai un exemple très concret. [...] Donc j'ai du évoluer parce que je me suis trouvé dans une autre culture médicale que celle où je me trouvais [...] et je me suis rendu compte qu'on peut faire certaine chose d'une autre manière et que ça joue tout aussi bien, et donc ce qui veut dire que probablement beaucoup de ces règles qui sont considérées comme sacro-saintes à un endroit peuvent tout à fait être remises en question puis ça fonctionne tout aussi bien. Et je pense que ça cette remise en question elle est en train de se faire de plus en plus justement parce que nous en tant que médecins on est remis en question par les autres partenaires et en particulier par les patients qui eux commencent à poser des questions.

[...]

Quels avantages pourraient retirer les hôpitaux du développement de la qualité? Donc si je vous comprend bien en fait cette interrogation pourrait être un avantage dans la mesure où on pourrait en quelque sorte apprendre à faire mieux

- Oui, tout à fait

Est-ce qu'il y aurait d'autres avantages au développement dans les hôpitaux des démarches qualité?

Oui. C'est-à-dire c'est clair on va faire mieux, il y a d'une part l'avantage justement d'être plus efficace c'est à dire de mieux gérer la maladie et d'autre part de le faire avec moins, du point de vue économique, de faire à meilleur marché. Ce sont les deux, me semble-t-il, les deux avantages principaux. Bien sûr, ça c'est vu d'assez loin. Maintenant si on prend un hôpital particulier, alors là à ce moment on entre dans une autre vision, pour un hôpital particulier ça va être extrêmement important parce qu'à ce moment-là si on voit le système en tant que compétition entre différents hôpitaux eh bien c'est clair qu'un hôpital qui se dote de ces moyens sera plus compétitif par rapport à un autre hôpital. Donc c'est au fond une sorte de lutte pour la survie, et donc bon là on n'est plus au niveau des idéaux là on est simplement au niveau à un niveau disons d'économie, une vision économiste. C'est clair que l'hôpital qui va faire mieux à moins cher va être plus compétitif par rapport aux autres hôpitaux. Mais ça justement on entre dans un système de compétitivité entre différents hôpitaux. Alors il y a quand même un désavantage, c'est-à-dire un danger qui est assez, qui me semble très grave, grave, en tout cas un danger tout à fait réel, c'est et ça concerne surtout les hôpitaux universitaires mais pas seulement c'est le fait que si ces critères qualité tels qu'on les voit se développer à l'heure actuelle prennent de plus en plus d'importance il faut veiller absolument à ce qu'ils n'empêchent pas le côté académique. L'académisme est fortement en danger si ce concept qualité tel qu'on le ressent, je veux dire tel qu'il est défini parce que comme je l'ai dit qualité ça veut rien dire mais en soit c'est une définition je veux dire tout dépend de ce qu'on entend par ce concept qualité mais le concept qualité tel que

vous le mentionnez ici dans cet oui dans cet interview, ce concept-là met en danger ou peut mettre en danger tout l'aspect académique d'un hôpital.

[...]

D'accord, je vous ai bien compris. Vous avez parlé à un moment de philosophie, est-ce que la démarche qualité repose en fait sur des grands principes philosophiques? De valeurs ou est-ce que c'est uniquement l'utilisation de critères; on entend parfois que la qualité dans les organisations devrait reposer sur des grandes valeurs, je pense notamment à des approches comme le total quality management.

Ah oui, tout à fait. Bien sûr, il y a dans la qualité certainement aussi des écoles, je pense, moi je suis pas spécialiste dans ce domaine [rire] il faudra peut-être que je le devienne, on sera tous forcés de passer par là, mais il y a certainement différentes écoles, c'est clair que le concept qui dit que, mais ça c'est plus le concept que vous avez mentionné qui dit que au fond lorsqu'un système fonctionne mal, c'est pas parce que les personnes qui sont à l'intérieur, qui font fonctionner ce système sont incompétentes, c'est parce que le système est mal conçu et que la base a vraiment sont mot à dire dans l'amélioration de la qualité, ça ne doit pas venir du haut en bas mais c'est les acteurs qui sont sur le terrain qui doivent au fond participer à l'amélioration du système, ça moi je suis très en faveur de ça, c'est-à-dire que ça me plaît assez ce concept. Maintenant il me semble aussi important alors que si vous avez parlé est qu'il y a des grandes philosophies oui la médecine doit rester, ça aussi on peut le discuter, mais disons à mes yeux la médecine c'est-à-dire doit rester, doit être fondée quand même sur des critères éthiques, les critères éthiques doivent rester je veux dire prioritaire. Parce que justement autrement on peut avoir de très fortes dérives, si les critères économiques ne sont pas pondérés par des critères éthiques, et qu'on vend de la médecine comme on vend un article de luxe, à ce moment-là ce n'est plus acceptable, parce que la médecine est fondée, doit être fondée sur des critères éthiques. Ça c'est évident, je veux dire ça va de soi, mais il faut pas le perdre non plus ce point de vue là, et les critères économiques ne doivent pas prendre, ne doivent pas être prioritaires par rapport aux critères éthiques. Oui, je crois que ça c'est justement aussi un danger que nous avons lorsque les concepts de qualité sont trop orientés par l'aspect économique.

Je vous comprends bien. Est-ce que la qualité ou le développement de la qualité va représenter pour les hôpitaux un enjeu important ces prochaines années. Vous nous avez parlé de compétitions entre les hôpitaux

Oui, oui bien sûr [...]

C'est très simple, quand je suis venu ici, j'avais, je connaissais le terme qualité, mais je savais pas ce que ça voulait dire dans le système de santé [...] quand je suis venu ici, je veux dire, quand je suis venu ici j'avais envie de développer surtout le côté académique c'est-à-dire j'avais envie de parce que ça n'existait pas ici dans ce service, une équipe de recherche, de l'expérimentation ce qui pour moi était l'idéal pendant de nombreuses années. [...] j'essaye de créer, d'introduire avec pas mal de réticences de la part de personnes, une unité qualité du département à l'intérieur de cet hôpital, de ce département, de créer une unité qualité pour le département [...] Il y a quelques années jamais j'aurais eu cette idée, c'est-à-dire jamais j'aurais dit bon on va créer une unité de [recherche expérimentale] et puis on met des professeurs à la tête de chacune de ces unités; à l'heure actuelle j'ai complètement changé et je vais pour développer pour que le département de x ait plus de poids, au lieu de faire ce que je voulais faire il y a quelques années je vais, je suis en train de créer une unité de qualité. Alors ça c'est vraiment quelque chose que j'aurais pas fait il y a quelques années,

c'est évident, j'aurais même pas eue l'idée de le faire. A l'heure actuelle j'ai l'impression que si je le fais pas même si ce n'est pas ce qui m'intéresse le plus, je dois bien l'avouer, mais c'était pas mon idéal, c'est pas comme ça que j'ai été formé, je me dis que c'est peut-être pour le département c'est là qu'il faut investir plutôt que d'essayer de monter un laboratoire [...] Donc là j'ai quand même du évoluer.

Donc ça c'est en fait un enjeu qui est apparu

Tout à fait

que vous n'aviez pas perçu il y a quelques années.

Absolument pas. Non.

Est-ce que pour vous c'est un enjeu important d'arriver à créer cette unité qualité?

Ah c'est majeur, c'est majeur. Parce que, eh je dois le dire je dois dire il y a beaucoup de réticences au sein même du département donc personne ne le dit ouvertement mais je sens que même au, oui il y a de la réticence parce que la qualité d'une certaine mesure fait aussi peur. Parce que lorsque l'on parle qualité ce concept est train de devenir négatif si on peut dire. Il a une connotation négative. On parle bien de la qualité ici dans un hôpital, pourquoi parce que les gens se disent mais on va commencer à être surveillé, contrôlé, il y a big brother qui va venir avec son unité qualité et qui va nous contrôler [rire]. Et ça les gens on en peur. Et donc ce côté, donc, créer des structures qualité dans un hôpital c'est à risque. Et il faut être extrêmement attentif à ne pas imposer la qualité. Que ça vienne justement de la base. Mais de la base ça ne vient justement pas spontanément. Donc il faut la susciter, mais une fois que c'est parti il faut pas essayer de contrôler, parce que autrement il y aura des blocages. A tous les niveaux.

Donc des blocages à tous les niveaux. Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a des catégories professionnelles qui sont plus à même de développer ou de freiner le développement d'une approche qualité par rapport par exemple à votre unité?

Euh, je pense que plus on monte dans la hiérarchie plus, au niveau des médecins, plus il peut y avoir des réticences. Parce que l'approche qualité par rapport à la manière dont les, et c'est surtout au niveau académique, comme j'ai dit, les académiciens seront en grande majorité opposé, en tout cas réticents à la qualité par ce que justement ils se rendent bien compte que la qualité va restreindre ou va pas seulement restreindre va supprimer ce qu'on appelait la liberté académique. Et les corps professoraux, euh les de métier qui seront, à mes yeux, je peux me tromper ça c'est, j'ai pas préparé cet entretien, je pense pas qualité tous les jours malheureusement, peut-être qu'il faudrait plus, mais ça ce que je vous dis c'est un petit peu comme ça à brûle pour point mais il me semble que le milieu universitaire sera probablement le plus opposé à la qualité pas tellement dans les concepts en tant que tel, mais plus de manière disons, comment on appelle ça, inconsciente parce que d'une certaine manière ça va contre les idéaux académiques dans lesquels nous avons été élevés. C'est-à-dire la liberté académique. Et le principe de qualité va contre la liberté académique. Et on le voit, les médecins-adjoints, les chef de service sont, sont d'une certaine mesure réticents à la qualité.

Et les administrateurs ou le personnel disons paramédical enfin techniciens?

Ah bien au contraire. Alors le personnel administratif, donc c'est claire l'administrateur est tout à fait, tous ceux qui sont, tous ceux qui ne sont pas médecins mais qui sont dans l'administration, qui sont des cadres dans l'administration sont bien sûrs très en faveur parce

que ils se disent on va prendre du poids, on va prendre du pouvoir, on va contrôler les médecins bien entendu ils nous coûtent trop chers, ils font justement ce qu'ils veulent, il faut empêcher faire ça, donc les cadres au niveau administratif sont très en faveur. Au niveau du personnel, ça c'est varié, ça dépend certains ils se rendent pas très bien compte de ce que ça implique, [...] en général ils se rendent bien compte que les médecins, une grande partie de leur activité dans un hôpital universitaire c'est justement, s'occupent de choses qui n'ont pas un effet direct sur les patients, ils se rendent bien compte que les médecins, justement qui sont médecins-adjoints ou qui sont même chefs de clinique, pour eux une priorité ce n'est pas le patient qui est sur la table et qui attend l'examen mais pour un certain nombre de ces médecins même pour des postes importants c'est le côté académique, c'est de pouvoir publier, c'est de faire des études, et tout ça c'est difficile pour les gens qui sont en contact tous les jours avec le malade, c'est difficile à comprendre que cette activité là elle profite aussi au malade mais pas maintenant pas le malade qui est là sur la table mais le malade dans cinq ans dix ans ou vingt ans. Mais ça ils arrivent pas à comprendre. Donc le personnel non médical est en général favorable à ces concepts qualité, le personnel médical beaucoup plus opposé.[...]

Mais vous êtes académicien et vous n'êtes pas en train de tirer sur votre profession, c'est-à-dire qu'en fait vous créer une unité qualité, ça veut dire qu'il doit pouvoir aussi se faire de la recherche j'imagine dans ce domaine-là ?

Oui, mais la recherche, oui je suis d'accord la recherche qualité bien sûr c'est une recherche je l'admet mais c'est un autre, tout d'une certaine mesure tout peut être recherche, bien sûr que c'est une recherche. Mais c'est pas la recherche, c'est un autre type de recherche. C'est pas le même type de recherche que par exemple la recherche qui pour nous, [...] c'est pas du tout le même type de recherche que la recherche qualité, c'est bien sur un autre domaine. [...] Et là, il y a une opposition entre la recherche qualité si on peut dire, la recherche dans ce domaine de la qualité, et la recherche [fondamentale]
[...]

D'accord. La dernière question que je vous poserais c'est de pour le futur qu'elle serait et par rapport à la qualité et par rapport au développement de votre département et par rapport au développement de l'institution dans sont entier quelles seraient vos attentes par rapport à la qualité, vos espoirs ?

Et bien, oui, les espoirs c'est que un: les patients et les médecins qui sont aussi nos clients soient contents [...] Bon il y a des fois des choses qui fonctionnent pas mais dans l'ensemble ça fonctionne. Deuxièmement qu'on soit performant au niveau de la gestion c'est-à-dire qu'on soit dans les chiffres noirs d'une certaine mesure si on peut parler ainsi oui qu'on soit au niveau économique qu'on soit qu'on ait une situation saine par rapport à des critères d'entreprise et troisièmement qu'on ait, et c'est là où ça me semble extrêmement important qu'on ait grâce à cette bonne gestion la possibilité de préserver l'académisme. Parce que si on n'a pas cette bonne gestion de toute manière l'académisme va disparaître mais la bonne gestion ne doit pas être un prétexte pour supprimer l'académisme [...] Mais il faut aussi que l'hôpital accepte ça, c'est-à-dire qu'il dise ils font un effort pour bien gérer leur département les recettes qu'ils font, l'effort qu'ils font il faut qu'ils puissent l'investir eux-mêmes. Donc d'une certaine mesure il faut qu'on ait plus d'autonomie par rapport à l'institution. Et pour être plus autonome il faut qu'on démontre qu'on soit capable de l'être donc il faut justement grâce à la qualité montrer, avoir de bons résultats et dire voila un tel à fait tel et tel effort messieurs de la direction et des autres départements, voila en retour on veut pouvoir être

plus indépendant et investir aussi dans nos propres intérêts académiques. Et c'est ça que j'attends finalement de cette unité qualité.

[...]

Tant au niveau du département, de votre département finalement qu'au niveau de l'institution. Les choses seraient, les buts, les fonctions seraient identiques.

Tout à fait, tout à fait tout à fait identiques. Exactement. Mais pour nous l'enjeu est quand même si on peut dire l'enjeu départemental est important [...] [car si on ne peut] se mêler de recherche et d'académisme. Et ça c'est la mort d'un service. Et même pour les prestations cliniques à terme c'est une démotivation, les personnes intelligentes s'en vont et si on n'a pas le côté académique le côté clinique disparaît également. La qualité clinique disparaît si y a pas la motivation académique. [...] les concepts qualité bien sûr qu'au niveau de l'institution je veux dire c'est important mais c'est aussi important dans une certaine mesure égoïstement pour le département x parce que là il doit essayer de défendre une position qui pour l'instant oui est relativement mal défendue. Donc il faut il faut aussi pour développer les intérêts propres du département.

D'accord je vous remercie.....

FIN

11.2.2 Résumé

Note: A partir des verbatims, ont été réalisés un montage, c'est-à-dire le regroupement des parties d'un entretien concernant un même thème, puis une synthèse éliminant les parties d'entretiens non pertinentes (redites, questions du chercheur) et enfin un résumé tenant sur deux pages. Les thèmes de l'entretien ont été bien évidemment orientés par les questions de recherche comme le sens et l'évolution de la qualité. Cependant un certain nombre de thèmes ont émergé des entretiens comme le thème de la qualité totalitaire ou de la qualité scientifique. La grille de thèmes développées à la suite du premier entretien a été enrichie par de nouveaux thèmes émergents lors des entretiens ultérieurs. Le texte entre [] signale des remarques du chercheur. Certains thèmes un peu abscons de la grille d'analyse comme la qualité totalitaire ou scientifique sont suivis d'une rapide définition.

RESUME

De [Médecin, chef de service]

1. Sens donné à la qualité

[page 1 ligne 7] [QUALITE MODE] adéquation, plusieurs acteurs, on doit l'intégrer [la qualité] dans une société, dans un système. la qualité c'est la satisfaction de plusieurs critères qui sont définis par différents acteurs [LA QUALITE EST UN CONSTRUIT] [QUALITE NEGOCIATION] [page 6 ligne 9] [SI ON EST DANS UN SYSTEME TRES ORIENTE MAITRISE DES COUTS LE CONCEPT QUALITE EN SERA DAVANTAGE IMPREGNE]

2. Evolution de la qualité

[page 1 ligne 40] [sort du domaine de] l'expert, elle est définie par plusieurs personnes. C'est le grand changement

3. Raisons d'être du développement des approches qualité

[page 2 ligne 11] facteurs économiques, [meilleures informations][patients partenaires], [habitudes non validées crime de lèse-majesté] [exemple relation parent-médecin/patient-enfant]

4. Qualité lobby / Qualité loyauté

5. Avantages liés aux démarches qualité

[page 3 ligne 43] plus efficace. [plus efficient] = 2 avantages principaux. [Au niveau d'un] hôpital particulier, [la vision change] compétition, lutte pour la survie, [QUALITE RESSOURCE/COMPETITION/SANCTION/RECOMPENSE]

6. Inconvénients des démarches qualité

[page 4 ligne 5] **critères qualité** tels qu'on les voit se développer à l'heure actuelle prennent de plus en plus d'importance il faut veiller absolument à ce qu'ils n'empêchent pas le côté académique. [...] **les critères économiques vont prendre de plus en plus de poids** [...] **le client lui voit ses avantages immédiats.** [...] [page 4 ligne 27] Et l'**académisme c'est l'investissement à long terme, c'est le risque, un gaspillage.** [...] **cet investissement à long terme, dans la philosophie qualité telle quel se développe dans les hôpitaux, est mise fortement en question.** [...] Les concepts qualité c'est d'essayer d'aller au bon endroit le plus rapidement possible et le mieux, de la manière le plus directement

possible. [c'était une des écoles (faire juste la première fois, mais ce n'est pas la seule école cf remarques synthèse)].

7. Qualité totalitaire (qualité menaçante à laquelle on ne peut s'opposer)

[page 6 ligne 46] réticences, personne ne le dit ouvertement, big brother

8. Qualité inutile (ne sert à rien)

9. Qualité philosophie (valeurs rattachées à la qualité par le répondant)

[page 5 ligne 18] [TQM] c'est les acteurs qui sont sur le terrain qui doivent au fond participer à l'amélioration du système, ça moi je suis très en faveur de ça.[...] les critères éthiques doivent rester je veux dire **prioritaire**.[...] **très fortes dérives, si les critères économiques ne sont pas pondérés par des critères éthiques, et qu'on vend de la médecine comme on vend un article de luxe**,[...]

10. Qualité culture (valeurs rattachées au répondant)

[page 6 ligne 13][IL Y A UNE EVOLUTION DE CERTAINES VALEURS MAIS LES VALEURS FONDAMENTALES NE SONT PAS REMISES EN CAUSE IL Y A DONC EVOLUTION MAIS PAS REVOLUTION] pour moi la **recherche** était, **expérimentale** c'était [l'idéal] Il y a quelques années jamais j'aurais eu cette idée,[de créer l'unité qualité] **pour le département de x, c'est là qu'il faut investir plutôt que d'essayer de monter un laboratoire et faire des lapins ou des rats**.[rire]. Donc là j'ai quand même du évoluer.[...]

11. Qualité dynamique

12. Qualité madame ou monsieur (cf questionnaire entretien)

13. Qualité défi (en quoi la qualité représente un défi?)

[défi pour le département afin de permettre la **croissance** du département] [page 6 ligne 38] pour le département c'est là [qualité]qu'il faut investir plutôt que d'essayer de monter un laboratoire ...[réticences, connotation négative les gens on en peur. big brother [REVOIR CELA AVEC L'ASPECT CULTUREL]

14. Qualité médicale, infirmière et organisationnelle (description des différentes démarches qualité par les différents acteurs de l'organisation)

[voir qualité pouvoir page xx]

15. Qualité conflits (conflits rattachés à la qualité)

16. Qualité pouvoir (quels sont les gains en termes de pouvoir ou les pertes pour le répondant, son unité son service)

[page 6 ligne 27][cité dans qualité défi] **pour le département x, c'est là qu'il faut investir plutôt que d'essayer de monter un laboratoire et faire des lapins ou des rats**.[rire] plus on monte dans la hiérarchie des médecins plus de réticences, la qualité va contre la liberté [...] les **idéaux académiques** [page 7 ligne 28] **personnel administratif** [...] prendre du pouvoir, on va **contrôler les médecins**. Au niveau du **personnel**, [...] c'est varié ils se rendent bien compte que les médecins, [...] s'occupent de choses qui n'ont pas un effet direct

sur les patients [AUGMENTERAIT LEUR POUVOIR EN LEUR PERMETTANT DE CONTRAINDRE LE MEDECIN A SE RAPPROCHER DU PATIENT]

[...] [page 14 ligne 41] **les concepts qualité bien sûr qu'au niveau de l'institution je veux dire c'est important mais c'est aussi important dans une certaine mesure égoïstement pour le département de x [pour obtenir des ressources] développer les intérêts propres du département.**

17. Qualité HG (impressions démarche qualité dans l'hôpital)

[page 10 ligne 20][cellule qualité très bien pour les HG] [voir qualité pouvoir page xx] **grave problème [...] déséquilibre entre les départements [...] [jalousie] il faut que chaque groupe ait sa structure qualité pour accepter au fond le concept qui vient du haut, parce qu'autrement ce ne sera pas suivi.** , il faut que les personnes qui sont dans ces différents départements participent, **fassent partie de la cellule** ou je ne sais pas d'un **plenum**, [...] [page 12 ligne 18] **Qualité réactive et non proactive?** [page 12 ligne 25] [LA QUALITE VA A L'ENCONTRE DE LA LIBERTE ACADEMIQUE MAIS PERMET CEPENDANT LE DVPT D'UNE FILIERE DE FORMATION ACADEMIQUE] [QUALITE = STRUCTURE TRANSVERSALE INTEGRATIVE??]

18. Qualité freins ou accélérateurs (quels sont les freins ou les accélérateurs aux démarches qualité)

[page 7 ligne 11] voir qualité pouvoir page xx

20. Structure qualité (impressions sur le groupe qualité: composition, utilité)

[cellule qualité = service conseil] [doit favoriser les démarches qualité d'une façon équitable]

21. Qualité-stratégie (comment développer la qualité idéalement)

[cité aussi dans qualité totalitaire et dans qualité défi][page 7 ligne 3][...] **créer des structures qualité dans un hôpital c'est à risque. [...] ne pas imposer la qualité.**

22. Qualité et ressources

23. Qualité vécue (qq exemples)

24. Qualité-attentes (ce qu'attend le répondant d'une démarche qualité)

24.1 au niveau du département

[...]

24.2 au niveau des HG

[satisfaction des clients, bonne gestion, préservation de l'académisme]

25. Qualité-media (rôle des media dans la qualité)

26. Qualité exemple (exemple de démarches qualité)

27. Qualité scientifique (qualité et académisme)

[page 8 ligne 4] opposition entre la recherche qualité "asservie" à l'économique et la recherche scientifique procédant par tâtonnements, gaspillage, ces deux recherches seraient en opposition.

12. Bibliographie

-
- ¹ Wennberg J., A. Gittelsohn, Variations in Medical Care Among Small Areas, *Sci Am.*, (1982), **246**, 120-134.
- ² Perrin J.M., C.J. Homer et al., Variations in rates of hospitalization of children in three urban communities, *N Engl J Med.*, (1989), **320**, 1183-7.
- ³ Smith R., Where is the Wisdom? *Br Med J.*, (1991), **303**, 798-9.
- ⁴ Lozeau D. Etude critique de la pratique de la gestion de la qualité dans des hôpitaux au Québec, Thèse de Doctorat, Université de Montréal, 1997.
- ⁵ Reeves C.A., D.A. Bednar, Defining Quality: Alternatives and Implications, *Academy of Management Review* (1994) **19**(3), p. 419-445.
- ⁶ Juran, J.M., R.S. Bingham, Services industries. In J. Juran, F. Gryna, Jr., & R. Bingham (Eds), *Quality Control handbook*, 47-1, 47-35, New York: McGraw-Hill. 1974
- ⁷ Juran, J.M., F.M. Gryna, Jr. (Eds), *Juran's quality control handbook*, 4th ed., New York: McGraw-Hill, 1988.
- ⁸ Berwick D.M., Controlling variation in health care: a consultation from Walter Shewart, *Med Care* *Déc.* (1991), **29**(12), 1213-1225.
- ⁹ Cameron K.S., D.A. Whetten, *Organizational effectiveness: A comparison of multiple models*, New York: Academic Press, 1983.
- ¹⁰ Politt C., The struggle for quality: the case of the National Health Service, *Policy and Politics*, (1993), **21**(3), 161-169.
- ¹¹ Gertmann P.M., J.D. Restuccia, The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care, *Med Care*, (1981), **19**, 855-871.
- ¹² Selker H.P., J.R. Beshansky, S.G. Pauker, J.P. Kassirer, Epidemiology of delays in a teaching hospital: development and use of a tool that detects unnecessary hospital days, *Med Care* (1989), **27**, 112.-129.
- ¹³ Chopard P, T.V. Perneger, J.M. Gaspoz et al., Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine, *Int J Epidemiol.*, (1998), **27**, 513-519.
- ¹⁴ Forum national sur la santé. *Ministre des travaux publics et Services gouvernementaux*. 1996. Ottawa. Canada.

-
- ¹⁵ Collegium Helveticum. <http://www.collegium.ethz.ch/>
- ¹⁶ Morin E., *Science avec conscience*, Fayard, 1990.
- ¹⁷ Kleiber Ch., *Questions de soins. Essai sur l'incitation économique à la performance dans les services de soins*, Editions Payot, Lausanne, 1991, p. 79. 17a : p.161.
- ¹⁸ Dussault G., *Les enjeux de la reconnaissance des médecines parallèles*, *Artère*, (1988), **6(3)**, 11-12.
- ¹⁹ Agence France press. *L'Afrique du Sud reconnaît ses guérisseurs*, *Tribune de Genève*, (1998), 5 août.
- ²⁰ Loi fédérale sur l'assurance-maladie, Articles 35-40, 1994.
- ²¹ Ordonnance sur l'assurance-maladie, Article 46, 1995.
- ²² Donabedian A., *The Definition of Quality: A Conceptual Exploration*, *Health Administration Press, Michigan*, p. 3-31, 1980.
- ²³ Contandriopoulos A.P, *Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statut quo impossible*, *Ruptures*, (1994), **1(1)**, 8-26.
- ²⁴ Donabedian A., *Advantages and limitations of explicit criteria for assessing the quality of health care*, *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, (1981), **59(1)**, 99-106.
- ²⁵ Friedberg E., *Le pouvoir et la règle*, Editions du Seuil, 1997. 25a : p.123-125, 25b : p.181-182, 25c: p.145-146, 25d: p.219-224, 25e: p.161-166.
- ²⁶ Donabedian A., *The Quality of Care, How Can It Be Assessed?* *Jama*, (1988), **260**, 1743-1748.
- ²⁷ Mintzberg H., *Le Management, Voyage au centre des organisations*, Les éditions d'organisation, 1990. 27a : p.259-264. 27b : p.278
- ²⁸ Contandriopoulos A-P., *Transformer le système de santé*, *Ruptures*, (1996), **3(1)**, 10-17.
- ²⁹ Contandriopoulos A-P. et al., *L'hôpital stratège. Rôle et place de l'hôpital public dans le système local de soins*, Paris, John Libbey. Version préliminaire, à paraître.
- ³⁰ Denis J-L., M. Brémont, A-P. Contandriopoulos, *Organiser l'innovation, imaginer le contrôle dans le système de santé*, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, (1997), **4(1)**, 96-114.
- ³¹ Argyris, C., D.A. Schön, *Organizational Learning: a theory of action perspective*, Reading, MA: Addison-Wesley, 1978. 31a: p.24

-
- ³² Nonaka I., A dynamic theory of organizational knowledge creation, *Organization Science*, (1994), 5(1), 14-37.
- ³³ Brunelle Y., *La qualité des soins et des services: un cadre conceptuel*. Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Collection Etudes et Analyses, (1993), 16, 5-20.
- ³⁴ Crozier M., E. Friedberg, *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris, 1977.
- ³⁵ Cohen, M.D., J.G. March, *Leadership and Ambiguity*, Boston: Harvard Business School Press, 1986.
- ³⁶ Sitkin S.B., K.M. Sutcliffe, R.G. Schroeder, Distinguishing Control from Learning in Total Quality Management: a Contingency Perspective, *Academy of Management Review*, (1994), 19(3), 537-564.
- ³⁷ March J.G., Exploration and exploitation in organizational learning, *Organization Science*, (1991), 2(1).
- ³⁸ Patton M.Q., *Qualitative evaluation and research methods*, Second edition, Sage Publications, 1990.
- ³⁹ Pires A.P., *Echantillonnage et recherche qualitative dans: La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques.*, Gaëtan Morin éditeur, 1997.
- ⁴⁰ Yin R.K., *Case Study Research. Design and Methods*, Second Edition, Sage Publications, 1994.
- ⁴¹ Cook T.D. Campbell D.T. "Validity" (Chapter 2), *Quasi-Experimentation: Design & Analysis Issues for Field Settings*. Boston, Houghton Wifflin Company. P 37-94.
- ⁴² Campbell D.T. "Relabelling Internal and External Validity for Applied Social Scientist", *Advances in Quasi-Experimental Design and Analysis. New Directions for Programm Evaluation*, no 31. San Francisco, Jossey-Bass. P. 67-77.
- ⁴³ Mintzberg H. *Le pouvoir dans les organisations*, 1994. p.255-259
- ⁴⁴ Paquin M., *L'innovation de gestion dans le secteur public*, Dans *réformer le secteur public: où en sommes-nous?* Peters B.G. et Savoie D.J. Centre canadien de gestion. Les Presses de l'Université Laval, 1998.
- ⁴⁵ De Pourville G., E. Minvielle, *Connaissances scientifiques et aide à la décision*, Dans "des Savoirs en action." sous la direction de F. Charue-Duboc, L'Harmattan, 1995.

⁴⁶ Guba E.G., Y.S. Lincoln, "Competing Paradigms in Qualitative Research" (chap. 6), 105-117, Handbook of Qualitative Research, N.K. Denzin, A.Y. Lincoln, Sage Publications, 1994.

⁴⁷ Putnam R. D., Bowling Alone, Journal of Democracy, (1995), 6(1), 65-78.

⁴⁸ Kuhn T.S., The structure of scientific revolutions, The University of Chicago Press. Chicago, Illinois, USA, 1970. Traduction française, La structure des révolutions scientifiques, Flammarion, 1983. 46a : p.63

⁴⁹ Pittet D., P. Mourouga, T.V. Perneger, Compliance with handwashing in a teaching hospital, Ann Intern Med, (1999) 130(2), 126-30.