

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTÉ A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC EN ABITIBI-TEMISCAMINGUE

EN VUE DE L'OBTENTION

DE LA MAITRISE EN GESTION DES

PETITES ET MOYENNES ORGANISATIONS

PAR

ANN WATTERS

COHORTE 1985-1987

TEMPS PARTIEL

AMELIORATION DU CLIMAT ORGANISATIONNEL

D'UNE UNITE DE SOINS CHIRURGICAUX

RELIEE A UN MEILLEUR CONTROLE DE L'ENVIRONNEMENT

DECEMBRE 1987



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTÉ A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC EN ABITIBI-TEMISCAMINGUE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN GESTION

DES PETITES ET MOYENNES ORGANISATIONS

PAR

ANN WATTERS

COHORTE 1985-1987

RESUME

AMELIORATION DU CLIMAT ORGANISATIONNEL

D'UNE UNITE DE SOINS CHIRURGICAUX

RELIEE A UN MEILLEUR CONTROLE DE L'ENVIRONNEMENT

DECEMBRE 1987

Ce mémoire a été réalisé à l'U.Q.A.T. dans le cadre
du programme de Maîtrise en gestion des P.M.O. de
l'U.Q.A.C. extensionné à l'U.Q.A.T.

Cette recherche-action porte sur l'exploration d'une situation problématique au sein de l'Unité de soins chirurgicaux du Centre hospitalier St-Sauveur de Val d'Or. L'objet de cette étude comporte à la fois deux (2) visées. Il s'agit, dans un premier temps, d'élaborer un diagnostic organisationnel et de proposer des solutions potentielles favorisant un meilleur climat organisationnel au sein de l'Unité. Toutefois, l'étude ne conduit pas à l'implantation de ces solutions. Puis dans une deuxième perspective, il s'agit de vérifier deux (2) hypothèses découlant d'une préoccupation d'ordre personnel de la part de la chercheure qui veulent que 1) la compréhension et le partage des objectifs de l'Unité par l'ensemble du personnel leur permettent de mieux s'intégrer à la vie de l'organisation et de se responsabiliser face à la réalisation de ces objectifs; et 2) que la communication multi-directionnelle atténue l'apparition de distorsion et promeut l'engagement et la participation du personnel.

Tout comme l'ensemble des organisations du secteur public et para-public du Québec, l'Unité de soins de chirurgie a, elle aussi été frappée par la rigueur des compressions budgétaires. "L'Etat-Providence" ayant à faire face à la dure réalité que comportent les coûts effarants des soins de santé a, par une intervention régulatrice, tenté de remédier à ses déficits par une gamme de réductions de ressources dont la cible a été les hôpitaux et ce, malgré une hausse constante de services et d'activités. Les hôpitaux devront dorénavant faire plus avec moins. Ce contexte réductionniste, en 1987, amène l'Unité de soins à fonctionner avec un ratio de 0,56 ressource par bénéficiaire, alors qu'en 1976, elle attribuait une (1) ressource par bénéficiaire. En plus d'être

confrontée à une insuffisance de ressource, l'Unité subit un harasnement continual de son environnement qui lui impose une charge de travail importante.

L'approche méthodologique privilégiée pour l'étude de la situation actuelle est celle des systèmes souples de Peter B. Checkland. Conçue pour s'attaquer à des problèmes complexes, cette démarche méthodologique nous a permis de cerner la réalité avec un maximum de précision. Un des éléments clé de réussite de cette approche a été la démarche effectuée avec un ensemble d'employés, laquelle a facilité une élaboration de l'image riche la plus complète possible, ainsi que l'identification des solutions potentielles. L'étude des structures, des processus et du climat a également contribué à mettre en évidence les zones problématiques à partir desquelles a été construit un modèle de fonctionnement qui propose une voie de solution à un problème. Sans avoir la prétention d'être idéaliste, ce modèle est un construit à l'image des besoins de l'Unité. Par ailleurs, sans être transposable de façon intégrale à une autre situation donnée, ce modèle peut à tout le moins être adapté à une situation problématique semblable.

L'étude a démontré que malgré une sous-dotation relative en matière de ressources humaines; l'Unité de soins souffre d'un manque évident de contrôle sur son environnement, ce qui explique en partie la détérioration du climat organisationnel. Cette situation se traduit particulièrement par un manque de communication, de coordination et de concertation tant à l'intérieur de ses structures qu'avec son environnement, ainsi que par une

inorganisation du travail. Sur le plan administratif, la préséance est laissée à la gestion du cas par cas.

Afin de remédier à cette situation, c'est donc sous l'angle d'une gestion pro-active que la problématique retenue a été étudiée. Le modèle proposé se réfère à un processus de gestion qui met l'accent non seulement sur les activités managériales déficientes, mais également sur l'anticipation du changement. A l'instar de la croyance populaire du secteur hospitalier qui prétend que le contrôle sur l'environnement est quasi-impossible, les résultats de notre recherche font contrepoids à cette conviction en démontrant qu'il est bel et bien possible de contrôler une bonne part de l'incertitude liée à l'environnement.

Le vécu de l'intervention a suscité certains questionnements au chapitre de la réflexion d'ordre méthodologique et plus particulièrement sur le plan de la neutralité de la chercheure et sur le plan de la validation par consensus dans un contexte de recherche-action.

Cette recherche-action se veut l'une des rares à être effectuée au sein du milieu hospitalier. Les recherches plus traditionnelles occupent à elles seules les premiers rangs en matière de recherche dans ce secteur. Nous croyons, cependant, que l'approche privilégiée au cours de cette recherche est davantage préférable à celle que préconisent les chercheurs traditionnels. En fait, la méthodologie que nous avons utilisée nous a permis d'élaborer des solutions "sur mesure" pour le contexte à l'étude, donc réalisables et pertinentes.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier, de façon toute particulière, mon conjoint Marc, qui a su m'épauler tout au long de mes études de deuxième cycle, et plus précisément au cours de ce projet de diagnostic-intervention.

Je tiens à remercier également monsieur Yvan Charbonneau, directeur de recherche, pour sa grande disponibilité et son aide précieuse au cours de cette recherche-action. Grâce à lui, j'ai pu me surpasser et je lui en suis très reconnaissante.

Finalement, des remerciements s'adressent à la directeure des soins infirmiers du Centre hospitalier St-Sauveur de Val d'Or, madame Huguette Turmel, pour avoir fait appel à mes services, ce qui m'a permis de réaliser ce mémoire, et enfin à madame Solange Bégin qui a fourni un travail soutenu au niveau du secrétariat et ce, avec un sourire constant.

AVANT-PROPOS

C'est à l'intérieur du cadre de la maîtrise en gestion des petites et moyennes organisations que ce mémoire a été effectué.

Etape finale du programme en vue de l'obtention du diplôme de deuxième cycle, ce mémoire s'inscrit dans une démarche d'approfondissement et de concrétisation des connaissances acquises par l'étudiante.

En vue de maîtriser les différentes étapes de la recherche-action et de l'intervention en milieu organisationnel, l'auteure de cette recherche a choisi d'intervenir dans un milieu connu, soit l'organisation où elle travaille.

Soulignons également que l'étudiante, libérée pour congé d'études, a réalisé ce mémoire à temps complet, ce qui a facilité l'accomplissement de cette activité.

TABLE DES MATIERES

	Page
REMERCIEMENTS	i
AVANT-PROPOS	ii
TABLE DES MATIERES	iii
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES FIGURES	x
LISTE DES ANNEXES	xii
LÉGENDE	xiii
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE	3
1. METHODOLOGIE	4
1.1 Objet de la recherche	4
1.2 Encadrement méthodologique	4
1.2.1 choix de la méthodologie	4
1.2.2 caractéristiques de la démarche	5
1.2.3 étapes de la démarche	5
1.2.4 méthodes de collecte de données	7
1.2.4.1 entrevues semi-dirigées	7
1.2.4.2 observations directes	8
1.2.4.3 consultation de divers documents	8
1.2.4.4 consultation auprès d'autres unités de soins chirurgicaux	8
1.2.4.5 formation d'un comité d'intervention	9

1.3 Objectifs de la recherche	10
1.4 Limites de la recherche	11
1.4.1 facteur temps	11
1.4.2 absence de l'infirmière-chef	12
1.4.3 absence de représentants à la dernière rencontre	12
DEUXIEME PARTIE	13
2. PRESENTATION DE L'ORGANISATION, L'UNITE DE SOINS DE CHIRURGIE	14
3. L'ENVIRONNEMENT ET LE SUPER-SYSTEME	18
3.1 Le super-système: Centre hospitalier St-Sauveur	18
3.1.1 le Service d'admission et/ou d'accueil	20
3.1.2 le Service des soins infirmiers	20
3.1.3 le Service de la salle d'opération	21
3.1.4 l'Unité de soins de services ambulatoires	21
3.1.5 l'Unité de soins de médecine	22
3.1.6 l'Unité de soins d'obstétrique-gynécologie	22
3.1.7 l'Unité de soins intensifs	22
3.1.8 le Service de distribution centrale et de stérilisation	24
3.1.9 le Service d'approvisionnement	24
3.2 L'environnement	25
3.2.1 la population desservie	25
3.2.1.1 au niveau régional	25
3.2.1.2 au niveau local	25
3.2.1.3 caractéristiques générales de la population desservie ..	26
3.2.1.4 profil diagnostic de la clientèle	27
3.2.2 les corporations et associations professionnelles	27
3.2.3 les syndicats	30

3.2.4 les fournisseurs	30
3.2.4.1 la main-d'oeuvre	30
3.2.4.2 les matières premières	31
3.2.4.3 les médecins-chirurgiens	31
3.2.5 les marchés	31
3.2.5.1 les marchés potentiels	31
3.2.5.2 les marchés-cibles	32
3.2.6 l'offre	32
3.2.6.1 les concurrents directs	32
3.2.6.2 les concurrents indirects	32
4. EXAMEN DES STRUCTURES	33
4.1 Structure organisationnelle	33
4.1.1 organigramme	33
4.1.2 politiques et procédures	36
4.1.3 conventions collectives	36
4.1.4 programme d'orientation et d'initiation du personnel	38
4.1.5 plan de soins	38
4.1.6 descriptions de tâches	39
4.1.7 objectifs de l'Unité de soins	39
4.2 Structure physique	39
4.2.1 lieux physiques	39
4.2.2 équipement médical et infirmier	40
5. EXAMEN DES PROCESSUS	41
5.1 Le système et ses sous-systèmes	41
5.1.1 le sous-système administratif	41
5.1.1.1 le processus de planification et de réalisation des objectifs	43

5.1.1.2 le processus de prévision et d'affectation du personnel infirmier	43
5.1.1.3 le processus d'organisation des soins infirmiers	46
5.1.2 le sous-système opérant	46
5.1.2.1 processus d'accueil du bénéficiaire	49
5.1.2.2 processus de préparation du client "versus" l'intervention chirurgicale	49
5.1.2.3 processus de soins généraux au client	52
6. LES RESSOURCES	54
6.1 Les ressources humaines	54
6.1.1 les infirmiers(ères)	54
6.1.2 les infirmières-auxiliaires	54
6.1.3 les préposés	55
6.1.4 le personnel-cadre	55
6.2 Les ressources financières	55
6.3 La technologie	55
7. LE CLIMAT ORGANISATIONNEL	57
8. LES ZONES PROBLEMATIQUES	59
8.1 Communication-coordination-concertation	59
8.1.1 l'absence flagrante de mécanisme de concertation	59
8.1.2 une coordination déficiente inter-service et intra-service	59
8.1.3 les modes de communication défaillants	60
8.2 L'organisation du travail	61
8.2.1 structure inadéquate	61
8.2.1.1 division du travail	61
8.2.1.2 ambiguïté hiérarchique	61

8.2.2 prise de décision centralisée	62
8.2.3 pauvre utilisation des outils d'informations	62
8.3 La gestion du temps	63
8.4 La sous-dotation de ressources humaines	63
9. CHOIX DE LA PROBLEMATIQUE	65
TROISIEME PARTIE	66
10. DEVELOPPEMENT D'UNE SOLUTION APPROPRIEE	67
10.1 Définition du système pertinent (point d'ancrage)	67
10.1.1 approche administrative	67
10.1.2 théorie Y de Mc Gregor	69
10.1.3 direction participative par objectifs (D.P.O.)	69
10.1.4 différenciation - intégration	70
10.1.5 la coordination	72
10.1.6 centration sur le client	74
10.2 Enoncé de base	75
10.3 Validation de l'énoncé de base	76
11. MODELE PROPOSE	77
12. COMPARAISON	79
13. IMPLANTATION DU MODELE	80
13.1 Les changements potentiels (recommandations)	80
13.2 Les conditions d'implantation du modèle	90
14. ÉVALUATION DE L'INTERVENTION	94

QUATRIEME PARTIE	95
REFLEXION D'ORDRE METHODOLOGIQUE	96
CONCLUSION	108
BIBLIOGRAPHIE	110

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	Ratios par unité de mesure pour des centres hospitaliers de vocation comparable au Centre hospitalier St-Sauveur.....	17
TABLEAU 2	Calendrier du plan d'action.....	92

LISTE DES FIGURES

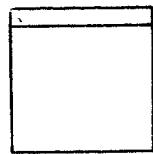
FIGURE 1	Nombre d'opérés par période, du 1 ^{er} juin 1986 au 20 juin 1987.....	16
FIGURE 2	L'organisation et son environnement	19
FIGURE 3	Nombre d'opérés et nombre d'admissions de "cas médecine"du 1er juin 1986 au 20 juin 1987	23
FIGURE 4	Type d'interventions chirurgicales effectuées du 1er au 20 juin 1987	28
FIGURE 5	Age de la clientèle	29
FIGURE 6	Organigramme du Centre hospitalier St-Sauveur.....	34
FIGURE 7	Organigramme de l'Unité de soins de chirurgie	35
FIGURE 8	Organigramme "fonctionnel" de l'Unité de soins de chirurgie	37
FIGURE 9	Le système de l'unité de soins de chirurgie et ses sous-systèmes	42
FIGURE 10	Processus de planification et de réalisation des objectifs	44
FIGURE 11	Processus de prévision et d'affectation du personnel infirmier.....	45
FIGURE 12	Processus d'organisation des soins	47
FIGURE 13	Processus de convocation du client	48
FIGURE 14	Processus d'accueil du bénéficiaire	50

FIGURE 15	Processus de préparation du client pour intervention chirurgicale	51
FIGURE 16	Processus de soins quotidiens au client	53
FIGURE 17	Modèle conceptuel: processus de gestion du sous-système administratif	78

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1	Mandat Diagnostic - intervention à l'Unité de soins de chirurgie du Centre hospitalier St-Sauveur	113
ANNEXE 2	Canevas d'entrevue	122
ANNEXE 3	Documents remis au Comité d'intervention à la première rencontre de validation le 26 juin 1987	126
ANNEXE 4	Documents remis au Comité d'intervention à la deuxième rencontre de validation le 25 septembre 1987.....	136
ANNEXE 5	Liste des départements et des services du Centre hospitalier St-Sauveur	141
ANNEXE 6	Carte géographique de la municipalité régionale de comté de la Vallée de l'Or	143

LEGENDE



= Services ou départements externes



= Unités de soins et départements sous la juridiction
des soins infirmiers



= Environnement



= Activité du système

- * = Zone problème
- = Flux d'information
- = Flux monétaire
- = Flux de matériel
- = Flux de main-d'oeuvre
- = Limite du système et du sous-système

INTRODUCTION

La présente recherche-action a été mise en branle au sein d'une unité de soins chirurgicaux d'un centre hospitalier de soins de courte durée. Le besoin de cette étude s'est manifesté à la suite de la détérioration d'une situation problématique vécue depuis plusieurs années, malgré les nombreuses tentatives des gens à l'interne pour la résoudre.

A prime abord, l'unité de soins concernée était présentée comme étant le "délinquant", voire le mouton noir du système, ce qui affectait les autres sous-systèmes. Il s'agissait, en fait, de trouver une manière de la "réhabiliter" au sein du centre hospitalier.

Le processus de recherche nous a donc permis de mettre un peu de lumière sur cette situation et de lever les voiles vers un état de mieux-être au sein de cette unité de soins.

Le présent mémoire se propose donc de vous livrer le fruit de cette démarche de recherche-action. La première partie illustre le processus de recherche, et particulièrement, la méthodologie privilégiée au cours de cette recherche. La deuxième partie met l'emphase sur l'état de la situation par l'examen des structures et des ressources, ainsi que des liens qui les interrelient. La troisième partie présente le développement d'un modèle conceptuel et les recommandations pour l'implantation future. La quatrième partie favorise

une réflexion d'ordre méthodologique, tant au niveau du contenu que du déroulement de la recherche.

PREMIERE PARTIE

1. METHODOLOGIE

1.1 Objet de la recherche

Cette étude porte sur l'exploration d'une situation problématique qui se perpétue, depuis près d'un an et demi au sein de l'Unité de soins de chirurgie au Centre hospitalier St-Sauveur de Val d'Or. Cette situation problématique se manifeste principalement par un climat malsain et tendu, ce qui a pour effet d'engendrer de multiples dysfonctionnements.

Comme le précise le mandat de cette intervention, donné par la directeure des soins infirmiers de cet établissement, (voir l'annexe 1), l'objectif premier de cette étude vise essentiellement à établir un diagnostic organisationnel afin d'identifier la ou les cause(s) provoquant la situation-problème, pour ensuite être en mesure de permettre les changements nécessaires et appropriés. Toutefois, l'implantation de ces changements ne fait pas partie de l'étude.

1.2 Encadrement méthodologique

1.2.1 choix de la méthodologie

L'approche méthodologique privilégiée à l'intérieur de cette recherche-action s'appuie sur une démarche systémique, soit la méthodologie des

systèmes souples de Peter B. Checkland¹. Elaborée dans le but d'appréhender la complexité de la réalité et les problèmes non structurés, cette démarche implique un changement en fournissant un support méthodologique pour passer de l'étude d'une situation à la modification de celle-ci. Cette approche s'avère donc la mieux appropriée pour la situation actuelle.

1.2.2 caractéristiques de la démarche

Cette démarche diffère, en quelque sorte, des autres modes de recherche, principalement par la participation active des acteurs de l'organisation au processus de recherche et par l'implication du chercheur dans le milieu problématique. La coopération et la collaboration entre chercheur et acteurs vers un but commun consistant en "la survie de l'organisation" diminuent les risques de dévier de la réalité par le fait que ces intervenants doivent précisément se réajuster à chaque phase de la démarche par l'obtention de consensus. Précisons que le terme "acteurs" signifie les personnes à l'intérieur du système à l'étude.

1.2.3 étapes de la démarche

Cette démarche commande une série d'étapes où il s'agit, dans un premier temps, de prendre contact avec le milieu problématique en le décrivant le plus objectivement possible, afin d'obtenir une représentation la plus près de la réalité. Dans un deuxième temps, il s'agit de choisir un point

1. Paul Prévost, Le diagnostic-intervention: une approche systémique au diagnostic organisationnel et à la recherche action. Département des sciences économiques et administratives. Université du Québec à Chicoutimi. 1983. page 90.

d'ancrage particulier à partir duquel la problématique sera étudiée à l'aide de la conceptualisation d'un modèle qui servira de référence pour l'identification des changements nécessaires à une meilleure situation.

Cette série d'étapes se définit comme suit:

1. élaboration de la problématique

Cette première étape consiste à décrire la situation problématique de manière à ce qu'elle soit la plus complète et la plus précise possible et ce, avec une attitude de grande "neutralité" afin d'éviter à tout prix de modifier cette réalité. Dans le langage de Checkland, cela constitue l'image riche de la situation.

2. point d'ancrage

Cette seconde étape vise à déterminer la perspective selon laquelle la problématique sera examinée, à savoir quel(s) angle(s) sera(ont) privilégié(s).

3. conceptualisation

Contrairement aux deux (2) premières étapes qui sont de nature inductive, la conceptualisation s'inscrit plutôt dans un processus "déductif" de recherche où il s'agit de concevoir un modèle conceptuel à partir du point d'ancrage sélectionné au préalable.

4. comparaison

A cette étape, l'on compare la situation réelle avec le modèle conceptuel envisagé; les résultats de cette comparaison serviront d'assises à la définition d'un ensemble de changements potentiels réalisables.

5. identification des changements possibles et conception, si nécessaire

Il s'agit, lors de cette cinquième étape, d'identifier et de sélectionner les changements souhaitables et possibles à implanter.

6. application des changements sélectionnés

A ce stade-ci, il s'agit d'élaborer une stratégie d'application des changements auxquels les clients du système adhéreront et prendront part activement.

7. contrôle:

Présent à toutes les étapes, le contrôle consiste à évaluer et à corriger tout obstacle au cours du processus.

1.2.4 méthodes de collecte de données

La cueillette de données et d'informations s'est faite principalement à l'aide des méthodes suivantes:

1.2.4.1 entrevues semi-dirigées

Des entrevues individuelles, d'une durée approximative d'une heure - une heure et demie, ont été conduites auprès de 41 personnes, dont les 25 employés oeuvrant à l'Unité, et auprès de 16 autres qui sont: la directeure des soins infirmiers, les deux (2) coordonnatrices en soins infirmiers, les responsables du bureau d'admission et de la salle d'opération, les deux (2) chirurgiens, dont le responsable du Département de chirurgie, les deux (2) employés à l'entretien ménager et les six (6) patients admis à l'unité en question. Soulignons que la majorité de ces entrevues, soit 35 sur 41, ont eu

lieu à l'Unité même de chirurgie. En ce qui a trait aux entrevues avec le personnel de l'Unité, un canevas d'entrevues a servi indirectement de guide (voir l'annexe 2).

1.2.4.2 observations directes

La présence de la chercheure à l'Unité pendant un période de 13 jours, soit du 8 au 20 juin 1987, lui a permis d'amasser la majorité de ses données sur le terrain. A raison de huit (8) à dix (10) heures par jour, la chercheure avait accès en tout temps aux lieux physiques de l'Unité.

1.2.4.3 consultation de divers documents

Tous les documents présents à l'Unité, tels que les procédures - politiques et les livres, ont été consultés. Divers autres documents pertinents à caractère administratif, détenus par la Direction des soins infirmiers, tels que les procès-verbaux des divers comités, les rapports financiers périodiques, etc., ont aussi fait l'objet d'une attention par la chercheure.

1.2.4.4 visite et consultation auprès d'autres unités de soins chirurgicaux

Comme autres sources de données, la chercheure a consulté les responsables de deux (2) autres unités de soins à même vocation. Le choix de ces unités a été arrêté selon leur performance provinciale (voir le tableau 1 à la page 17) et, dans une autre ordre d'idée, selon leur localisation géographique. Ainsi, l'Unité de chirurgie de Granby présentait une performance la plus près de la moyenne provinciale et l'Unité de Rouyn-

Noranda était située à proximité de notre Centre. Ces consultations ont permis de confirmer une sous-dotation à l'Unité de Val d'Or et de constater également l'absence d'activités administratives à cette même unité.

1.2.4.5 formation d'un comité d'intervention

L'obtention d'un consensus entre la chercheure et les acteurs est commandée, nous l'avons dit, par la démarche méthodologique, en ce qui a trait à la validation interne de la recherche. Cette exigence nous a conduit à constituer une équipe de travail composée de huit (8) représentants des différentes catégories d'employés à l'Unité, soit:

- un (1) représentant des infirmiers (ères)
- une (1) représentante des infirmières-auxiliaires
- un (1) représentant des préposés
- un (1) représentant du quart de soir
- un (1) représentant du quart de nuit
- un (1) représentant du quart de jour
- deux (2) représentantes du personnel-cadre

Soulignons que la constitution de cette équipe a été faite par voie d'élection des membres par l'ensemble du personnel. Les objectifs de ce comité sont les suivants:

- 1) participer au processus de recherche;
- 2) assurer la communication des résultats de chaque étape aux autres membres de l'Unité;

3) valider ces résultats.

Ce comité a joué également un rôle d'agent de changement. Le comité s'est rencontré à trois (3) reprises. A la première rencontre, il y a eu validation de l'image riche, c'est-à-dire de l'état de la situation problématique. A la deuxième rencontre, il s'agissait, cette fois, d'obtenir un consensus sur l'interprétation des causes potentielles de la situation problématique et de dégager des pistes de solutions qui serviraient, par la suite, à déterminer les changements nécessaires, lesquels ont été présentés et validés lors de la dernière rencontre. Les documents remis, lors de ces rencontres, aux membres concernés font l'objet des annexes 3 et 4.

1.3 Objectifs de la chercheure

Le premier objectif poursuivi par la chercheure, lors de cette recherche-action, est, bien sûr, d'établir un diagnostic organisationnel de l'Unité et d'aider le mandant à interpréter les causes de la situation problématique et à identifier les changements à initier vers un état de mieux-être. Il existe, également, un deuxième objectif secondaire découlant d'une préoccupation d'ordre personnel, à savoir la vérification de certaines convictions propres à la chercheure et qui se traduisent par des hypothèses sous-jacentes à des principes. Qu'est-ce à dire? Comme la chercheure exerce une certaine influence sur l'organisation ou l'Unité à l'étude par ses valeurs, ses expériences et ses connaissances, il convient, ici, selon nous, d'en tenir compte.

Elle veut donc vérifier les deux (2) hypothèses suivantes:

- 1) La compréhension et le partage des buts et objectifs de l'Unité par l'ensemble du personnel est de première importance; cela devrait permettre au personnel de mieux s'intégrer à la vie de l'organisation et de se responsabiliser face à la réalisation de ces buts et objectifs. Il est à prévoir que cette hypothèse à vérifier influencera d'une façon certaine la démarche de l'intervention, voir par la constitution d'un comité d'intervention où les membres sont invités à participer au processus de changement, ce qui les amènent à se responsabiliser face à cela;
- 2) La communication multidirectionnelle devrait atténuer l'apparition de distorsions et promouvoir l'engagement et la participation du personnel. Cette hypothèse découle de la démarche à caractère participatif que préconise la chercheure; ce qui risque d'exercer une influence positive sur l'implantation future du modèle.

1.4 Limites de la recherche

La réalisation de cette recherche-action présente certaines limites ressortissant à l'un ou l'autre de ces facteurs:

1.4.1 facteur temps

La limite de temps de trois (3) semaines, avant la période intensive des vacances du personnel, a contraint la chercheure à limiter sa collecte de données initiale par observation directe sur le quart de soir à deux (2) périodes de huit (8) heures et sur le quart de nuit à une (1) période de huit (8) heures.

Une période de trois (3) mois a dû être respectée entre la première rencontre de validation de l'image riche et la seconde, en ce qui a trait à la présentation des causes de la situation. Cela est attribuable, encore une fois, à la période intensive de vacances du personnel, qui, dès lors, aurait été absent dans une proportion de 40%.

1.4.2 absence de l'infirmière-chef

L'absence de l'infirmière-chef en raison de maladie pendant la phase de diagnostic se pose comme une autre limite "incontrôlable" lors de l'étude. Cependant, elle a quand même participé à deux (2) entretiens avec la chercheure ainsi qu'à la dernière rencontre de validation.

1.4.3 absence de représentants à la dernière rencontre du comité d'intervention

Deux (2) membres ont brillé par leur absence lors de la dernière rencontre: il s'agit du représentant des préposés, retenu pour cause de maladie, et du représentant du personnel de nuit qui ne nous a pas fait part de ses motifs.

Ainsi, la validation par consensus a été obtenue parmi les autres membres du comité d'intervention.

DEUXIEME PARTIE

2. PRESENTATION DE L'ORGANISATION, L'UNITE DE SOINS DE CHIRURGIE

L'Unité de soins de chirurgie n'est qu'un des nombreux services et/ou départements du centre de soins de courte durée et de soins prolongés qu'est le Centre hospitalier St-Sauveur de Val d'Or. Soulignons que ce centre hospitalier est un établissement de santé entièrement subventionné par le ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S.); et, il possède à son actif une capacité de 168 lits d'hospitalisation.

Cette Unité de soins opère depuis l'ouverture du Centre hospitalier, soit depuis 1950. A cette époque, cette unité de soins dispensait des soins post-opératoires et certains soins d'urgence, avec une capacité de 21 lits et un personnel de 1,0 ressource par client, communément appelé usager et/ou bénéficiaire. Aujourd'hui cette unité dispense des soins beaucoup plus spécialisés, notamment en urologie, en gynécologie, en ophtalmologie, en plastie, etc., et ce, avec une capacité de 36 lits et un personnel de 0,56 ressource par client.

Sa vocation de "surveiller, contrôler et fournir les soins infirmiers en quantité et qualité aux usagers souffrant de maladies physiques et nécessitant des soins chirurgicaux"² est souvent étendue à celle de prodiguer des soins aux bénéficiaires nécessitant d'autres types de soins appelés communément des "cas de médecine".

2. Plan d'organisation du Centre hospitalier St-Sauveur de Val d'Or. Révisé en juin 1987.

L'ensemble de son personnel se chiffre à 25 employés, dont 16 travaillent à temps complet et neuf (9), à temps partiel. Les principales catégories d'employés sont les suivantes: des infirmiers(ères), des infirmières-auxiliaires et des préposés; ceux-ci sont répartis sur trois (3) quarts de travail, soit le jour, le soir et la nuit. Mentionnons également que ce département a un nouveau chef de service depuis près de sept (7) mois.

Pour l'année 1986-1987, l'Unité figure avec un taux d'occupation de 86,9%, soit une augmentation substantielle de 8,7% depuis les quatre (4) dernières années. Elle compte également à son actif plus de 1 200 opérés par année, lesquels sont répartis inégalement selon les périodes, comme le démontre la figure 1. L'Unité de chirurgie fait enfin bonne figure dans sa catégorie de soins au niveau de la moyenne provinciale où elle occupe la première place (voir le tableau 1).

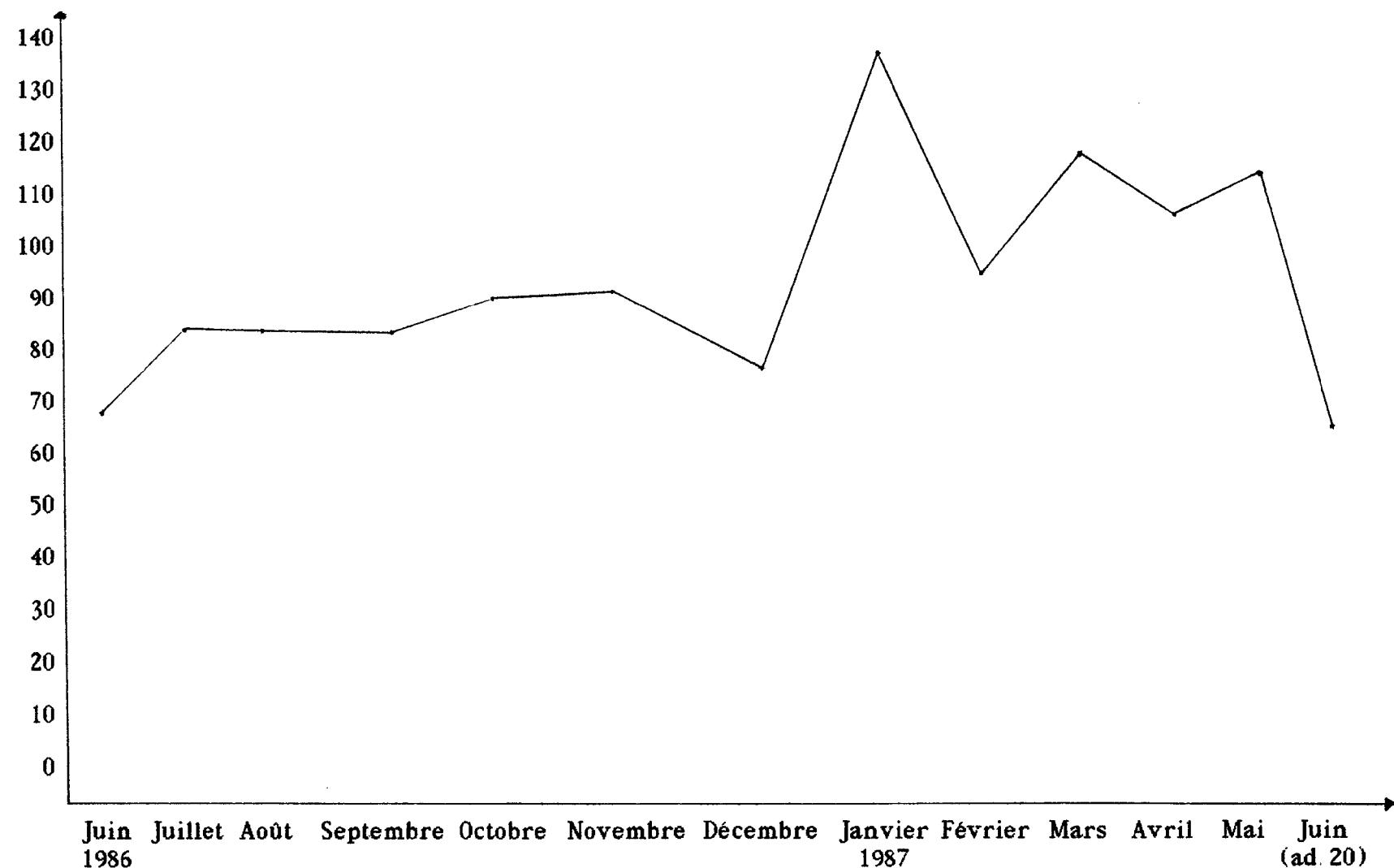


Figure 1: Nombre d'opérés par période, du 1^{er} juin 1986 au 20 juin 1987

RATIOS PAR UNITE DE MESURE POUR DES C.H. DE VOCATION
COMPARABLE A C.H. ST-SAUVEUR

CENTRE D'ACTIVITES 6052

ENTREPRISE	U.D.E.M.	H.T.	A.D.	C.D.B.	HT/U.M.	AD/U.M.	CDB/U.M.
HOP. ST MICHEL C.H. DE BUCKINGHAM GATINEAU C.H. LAURENTIEN	6458	32006	20060	587968	4,956	3,106	91,045
HOP. DE GARDEUR C.H. DE GRANBY	13439	62885	57132	1111856	4,679	4,251	82,734
HOP. BROMET-MISSISQUOI-PERKINS	8422	41125	39234	731421	4,883	4,659	86,846
C.H. JEFFERY HALE	17632	78049	54640	1448867	4,427	3,099	82,173
HOPITAL DU CHRIST-ROI	18705	96178	55729	1835125	5,142	2,979	98,109
HOTEL-DIEU D'ALMA	17946	76974	66364	1407233	4,289	3,698	78,415
C.H. ST EUSTACHE C.H. ROYNT-NORANDA	10209	52011	58804	925809	5,095	5,760	90,686
HOP. DU HAUT-RICHELIEU	21651	92123	101698	1724891	4,255	4,697	79,668
C.H. LAFLECHE HOP. GEN. REGION DE L'AMIANTE	21659	105385	83016	1863939	4,866	3,833	86,058
MOTERNEY	15125	70,48	59631	1293012	4,732	4,009	86,193
C.H. ST SAUVEUR	11354	41152	53934	741854	3,624	4,750	65,339

POSITIONS ET SYSTEMES FINANCIERS, LE 31/12/87

U.D.E.M. : Unité de mesure: Jours/présences

H.T. : Heures travaillées

A.D. : Autres dépenses

C.D.B. : Coûts directs bruts

HT/U.M. : Heures travaillées/unité de mesure

AD/U.M. : Autres dépenses/unité de mesure

CDB/U.M. : Coûts directs bruts/unité de mesure

Tableau 1: Ratios par unité de mesure pour des centres hospitaliers de vocation comparable au Centre hospitalier St-Sauveur

3. L'ENVIRONNEMENT ET LE SUPER-SYSTEME

L'Unité de soins de chirurgie opère dans un environnement dynamique, donnant lieu à de multiples interactions humaines. Influencée principalement par les forces internes de son super-système, elle interagit également avec d'autres variables indépendantes que constitue son environnement (voir la figure 2).

3.1 Le super-système: Centre hospitalier St-Sauveur

Le Centre hospitalier St-Sauveur de Val d'Or offre des soins généraux à sa population depuis 1950. Parallèlement à la migration et l'accroissement de sa population, il procède, en 1975, à un agrandissement par l'ajout d'un nouveau pavillon où, désormais, il pourra accueillir une capacité de 168 bénéficiaires, contrairement à 110 auparavant, en plus d'offrir des soins spécialisés de courte durée ainsi que des soins prolongés. Le Centre hospitalier St-Sauveur dessert une population d'environ 52 000 habitants et compte 37 départements et services (voir l'annexe 5) parmi lesquels sont abrités ses 168 lits répartis comme suit:

- 30 lits en chirurgie post-opératoire;
- 36 lits en médecine;
- 23 lits en obstétrique-gynécologie;
- 16 lits en pédiatrie;
- 5 lits en soins intensifs;

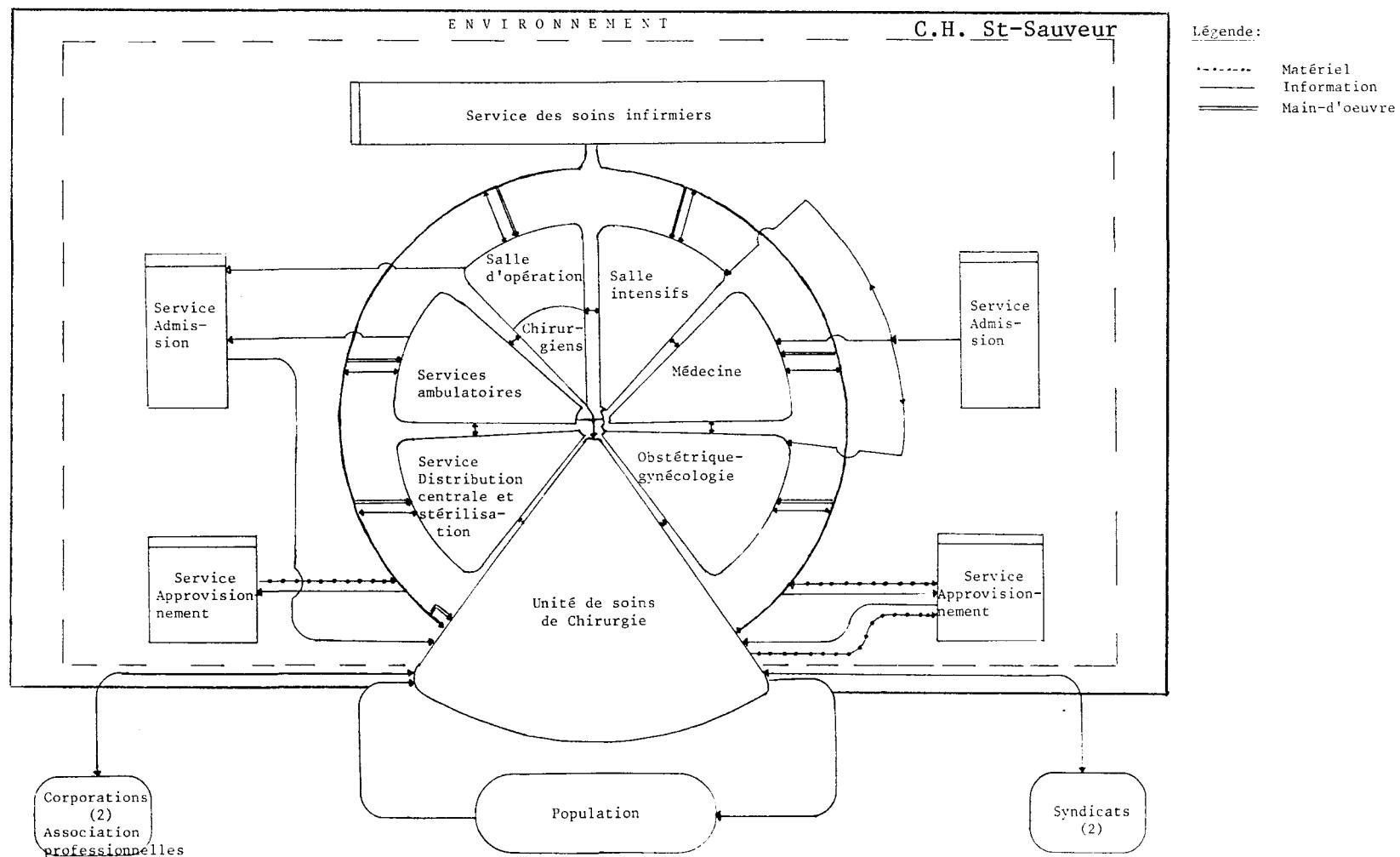


Figure 2: L'organisation et son environnement

- 58 lits en soins prolongés;
- 20 berceaux en pouponnière.

Soulignons également que cet établissement figure parmi les plus gros employeurs de sa localité avec un actif de près de 800 employés au 30 juin 1987.

Travaillant, en complémentarité et à des degrés divers, avec tous les départements et/ou services du Centre hospitalier, l'Unité de soins de chirurgie conjugue davantage avec les suivants:

3.1.1 le Service d'admission et/ou d'accueil

Sous la juridiction de la Direction des services hospitaliers, le Service d'admission a pour fonction d'attribuer les lits aux usagers selon les spécialités existantes et selon la demande. C'est donc à partir de certaines données concernant la vacance des lits, la disponibilité des médecins et chirurgiens et les demandes d'admission faites au préalable que s'effectue la convocation des "patients" pour être hospitalisés. Il importe de souligner que l'approche privilégiée pour convoquer les clients repose: 1) sur l'urgence de la demande et 2) sur sa date effective, ce qui affecte la variation au niveau des types de "patients".

3.1.2 le Service des soins infirmiers

Sous la responsabilité de la directrice des soins infirmiers, le Service des soins infirmiers a comme fonctions principales 1) d'assurer la coordination

et l'évaluation des soins infirmiers et 2) d'assurer le contrôle et le fonctionnement des unités de soins, ainsi que la discipline et la répartition du personnel en fonction des besoins. Par ailleurs, c'est aussi à ce service que reviennent les tâches suivantes, soit celles d'analyser la structure de fonctionnement de chaque unité de soins, de fournir le personnel et l'équipement nécessaires, de concevoir les objectifs et politiques des soins infirmiers, de s'assurer des mécanismes d'analyse et de contrôle des actes infirmiers, de recommander et planifier les besoins de formation du personnel infirmier et de gérer une liste d'effectifs infirmiers en disponibilité.

3.1.3 le Service de la salle d'opération

Sous la juridiction de la Direction des soins infirmiers, cette unité de soins dispense les services d'interventions chirurgicales selon les diverses spécialités existantes. En collaboration étroite avec le Service d'admission, il s'approprie la programmation des activités chirurgicales, par exemple, l'horaire et les types d'interventions, et ce, selon la disponibilité des effectifs médicaux et infirmiers du bloc opératoire.

3.1.4 l'Unité de soins des services ambulatoires (salle d'urgence)

Communément appelée "salle d'urgence", l'Unité de soins des services ambulatoires a comme vocation principale de recevoir les usagers et de leur fournir des soins infirmiers de qualité pour tout traitement exigeant des soins immédiats et/ou nécessitant une hospitalisation sur le champ. Comme toutes les unités de soins, elle se retrouve sous la responsabilité de la Direction des

soins infirmiers. Ses relations avec les autres unités de soins se situent essentiellement au niveau de l'hospitalisation des clients.

3.1.5 l'Unité de soins de médecine

En termes de vocation, l'Unité de soins de médecine doit surveiller, contrôler et fournir des soins infirmiers en quantité et qualité aux usagers souffrant de maladies physiques et nécessitant des soins médicaux. Avec un taux d'occupation de 101% en 1986, il arrive, plus souvent qu'autrement, que la demande soit supérieure à l'offre, ce qui implique que d'autres unités de soins doivent assumer leurs hospitalisations en transformant des lits à vocation "médecine" (voir la figure 3).

3.1.6 l'Unité de soins d'obstétrique-gynécologie

Cette unité de soins assume la surveillance, le contrôle et la dispensation de soins infirmiers aux clientes nécessitant des soins médicaux, chirurgicaux et gynécologiques, ainsi que les soins en ce qui a trait à l'accouchement. Soumise à un facteur incontrôlable, ressortissant au nombre d'accouchements dans une période donnée, il arrive que cette unité soit en situation de pénurie de lits, ce qui entraîne un déversement de sa clientèle gynécologique à l'Unité de soins de chirurgie.

3.1.7 l'Unité de soins intensifs

L'Unité de soins intensifs, tout comme celle de la médecine et de l'obstétrique-gynécologie, est sous la responsabilité de la Direction des soins

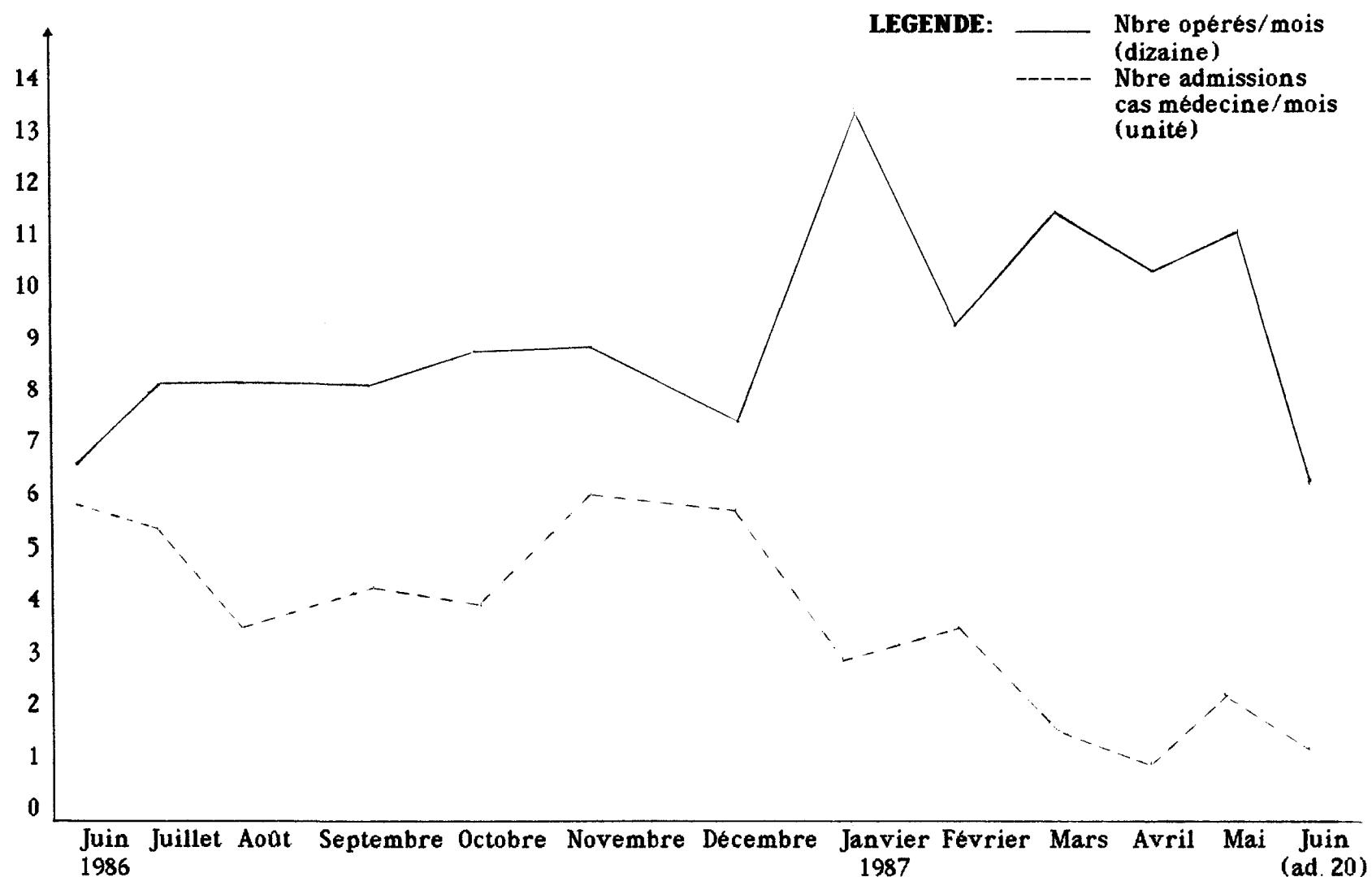


Figure 3: Nombre d'opérés et nombre d'admissions de "cas médecine" du 1er juin au 1986 au 20 juin 1987

infirmiers. Sa raison d'être se définit par la surveillance, le contrôle et la dispensation de soins infirmiers spécialisés aux clients souffrant de maladies physiques graves, nécessitant des soins médicaux et/ou chirurgicaux. De par sa vocation hautement spécialisée, un phénomène de goulot d'étranglement survient assez souvent en ce qui a trait à l'assignation des lits. Avec un nombre restreint de cinq (5) lits, l'Unité ne peut, à certains moments, suffire à la tâche en raison de l'irrégularité du rythme d'entrée des clients. Compte tenu du taux d'occupation déjà élevé à l'Unité de soins de médecine, un mécanisme d'urgence est souvent mis en branle; l'Unité de soins de chirurgie assume alors les transferts de l'Unité de soins intensifs.

3.1.8 le Service de distribution centrale et de stérilisation

Comme son nom l'indique, le Service de distribution centrale et de stérilisation est responsable de la stérilisation des instruments médico-chirurgicaux, ainsi que de leur distribution dans les divers services de l'établissement.

Il participe, notamment, à l'achat de matériel stérile qu'il distribue selon la demande aux unités de soins concernées.

3.1.9 le Service d'approvisionnement

Sous la juridiction de la Direction des finances, le service d'approvisionnements effectue tous les achats de fournitures et équipements nécessaires au Centre hospitalier, pour ensuite en assumer l'entreposage et la distribution selon les besoins exprimés.

3.2 L'environnement

A l'instar de son super-système, plusieurs autres variables externes s'infiltrent dans le système de l'Unité de soins chirurgie, ce qui le lie à certaines de leurs caractéristiques. Parmi les influences externes, on retrouve:

3.2.1 la population desservie

3.2.1.1 au niveau régional

Compte tenu de l'orientation que le centre hospitalier s'est donné en matière de développement au niveau de certaines spécialités, telles que la chirurgie générale, l'urologie, la gynécologie, l'ophtalmologie et la chirurgie plastique, l'Unité de soins de chirurgie dessert directement une clientèle en provenance de Lebel-sur-Québillon et du Grand Nord, puis, indirectement, une clientèle d'Amos, La Sarre et Matagami.

3.2.1.2 au niveau local

De par la mission de son Centre hospitalier, l'Unité de soins de chirurgie dessert, sur le plan local, toute la population de la Municipalité régionale de comté de la Vallée de l'Or, regroupant dix (10) municipalités, dont trois (3) villes et sept (7) municipalités rurales. D'une superficie de 3,671 km² municipalisés, ce territoire représente un total d'environ 40 000 habitants (voir l'annexe 6).

Ainsi, si l'on regroupe la clientèle desservie sur le plan local, celle de Lebel-sur-Quévillon et du Grand Nord, on peut, sans contredit, évaluer la population desservie à près de 52 000 habitants.

3.2.1.3 caractéristiques générales de la population desservie

Les principales caractéristiques de la population à desservir sur le plan local sont, selon Statistique Canada (1981), les suivantes: d'abord la population est relativement jeune et 51,5% des gens se retrouvent dans le groupe des 15-39 ans. De plus, cette population, majoritairement francophone à 91%, vit surtout en famille et possède un niveau de scolarité se situant entre une 9^e année et une 13^e année du secondaire. Le revenu moyen par famille, en 1981, se chiffrait aux environs de 21 240 \$ et traduisait un taux d'activités sur le marché du travail, pour les hommes, de 76,4%, et pour les femmes, de 46,4%.

Quant à la clientèle issue de la région, aucune compilation statistique nous permettant de cerner ses caractéristiques principales n'était disponible au Centre hospitalier. Cependant, en ce qui concerne les usagers de la région du Grand Nord, on sait que la majorité d'entre eux sont de jeunes adultes de culture autochtone, ayant comme langue maternelle le "cri" et, pour la plupart, comme langue seconde, l'anglais. Le niveau de scolarisation étant très peu élevé chez ces gens, beaucoup sont sans emploi et vivent de chasse et de trappe.

3.2.1.4 profil diagnostic de la clientèle

Si l'on jette un regard rapide sur le profil diagnostic des usagers bénéficiant de soins et services à l'Unité de chirurgie, on note une concentration importante d'usagers au niveau des interventions chirurgicales suivantes:

1. Chirurgie générale: a) cholécystectomie
b) cure d'hernie
c) laparotomie;
2. Chirurgie urologique;
3. Chirurgie gynécologique.

Pour ce qui est des autres types de chirurgies, des données complémentaires sont fournies à la figure 4.

Soulignons que l'âge de la majorité de cette clientèle se situe entre 20 et 69 ans comme le démontre la figure 5, et ce, malgré une hausse constante d'une clientèle plus âgée d'année en année.

3.2.2 les corporations et associations professionnelles

L'Unité de soins de chirurgie doit composer avec les restrictions et exigences de trois (3) corporations professionnelles que sont l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, le Conseil des médecins et dentistes du Québec et, enfin, une association professionnelle groupant les infirmières et infirmiers-auxiliaires. Cela implique que l'Unité de soins doit traduire concrètement ces normes et transiger avec les écarts de la réalité quotidienne.

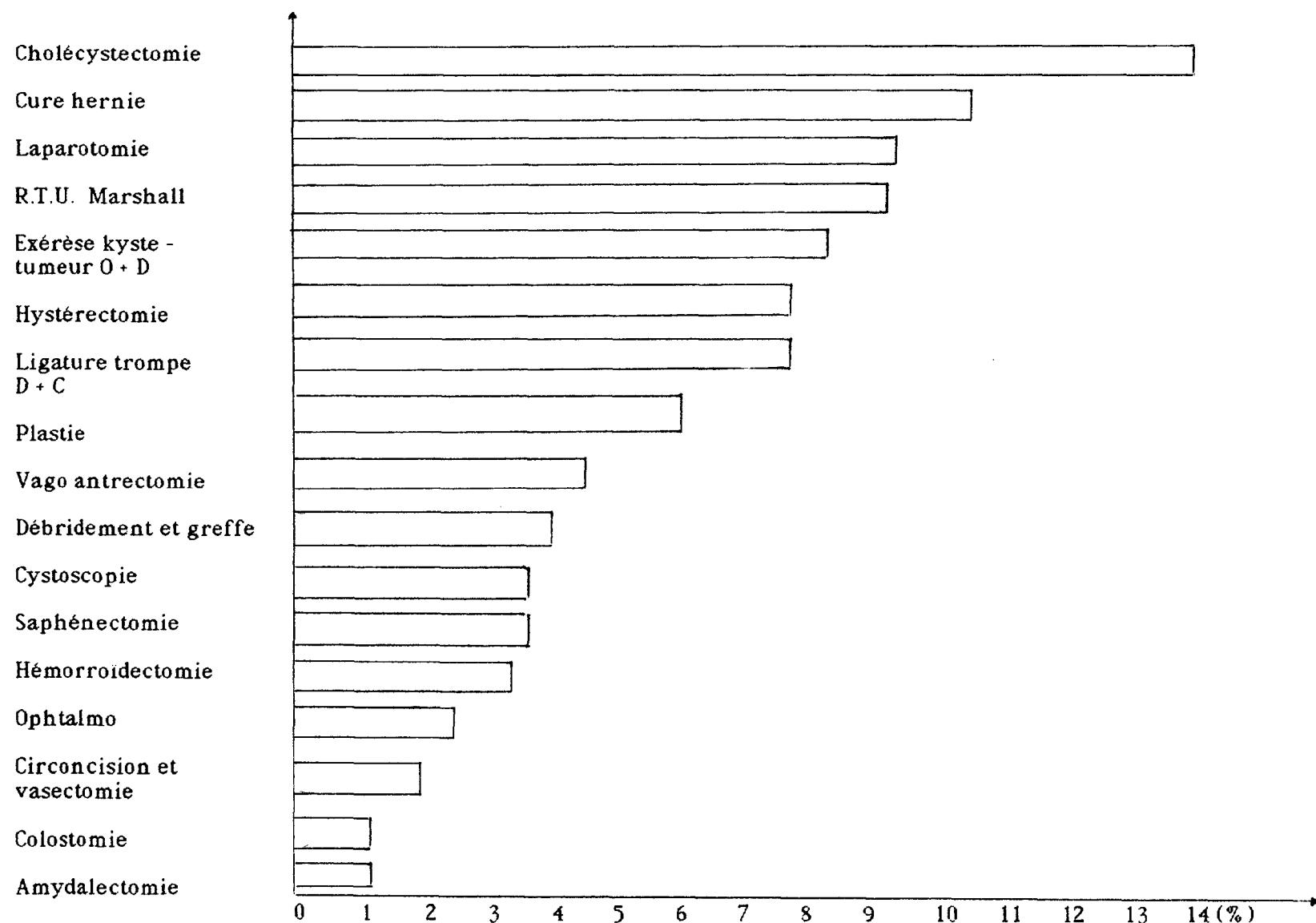


Figure 4: Type d'interventions chirurgicales effectuées du 1^{er} au 20 juin 1987

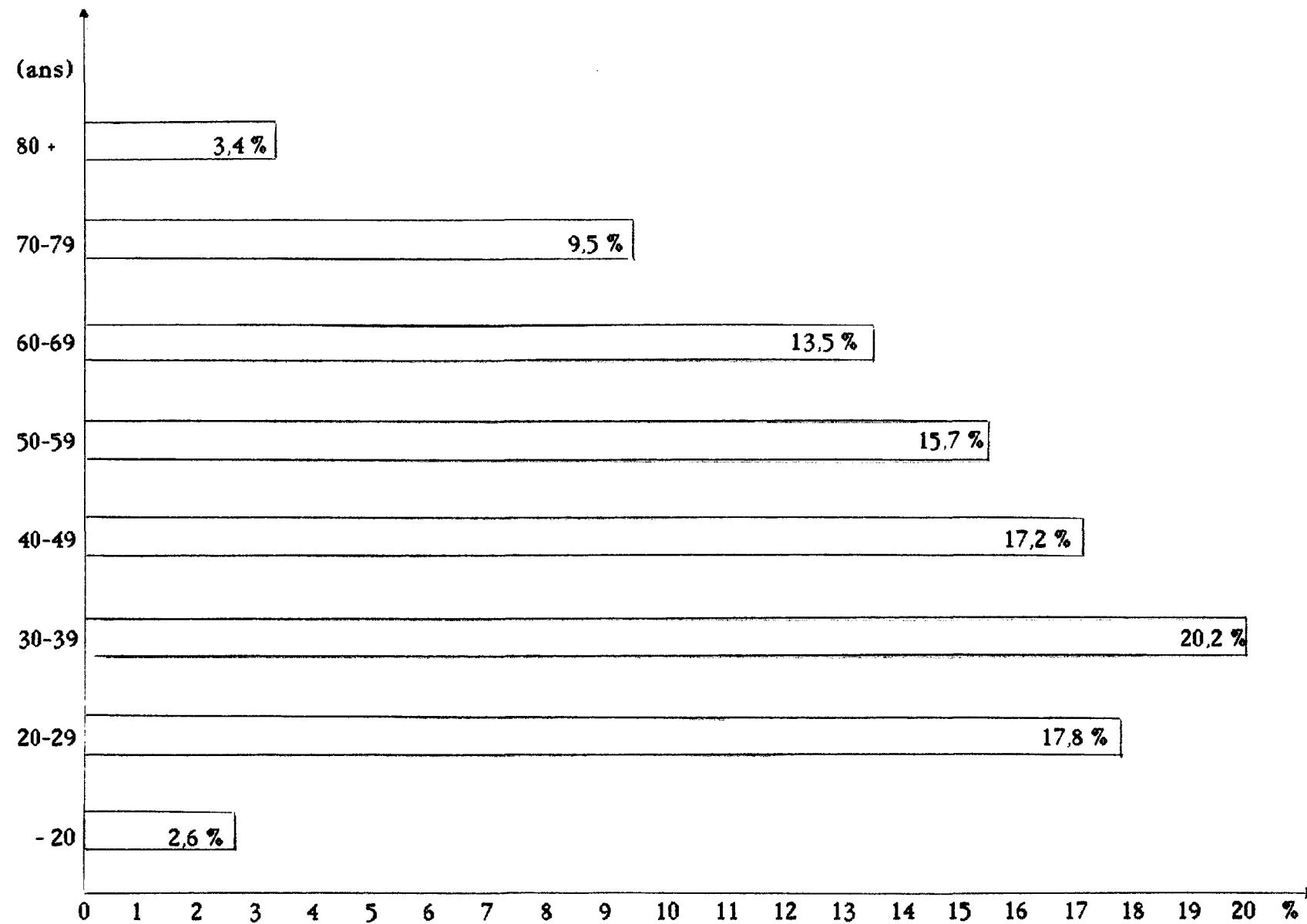


Figure 5: Age de la clientèle de l'Unité de soins de chirurgie

3.2.3 les syndicats

Tout comme la majorité des services et/ou unités de soins du Centre hospitalier, l'Unité de soins de chirurgie n'échappe pas aux exigences de l'appareil syndical. C'est donc avec deux (2) unités d'accréditation syndicales différentes qu'elle doit transiger, soit la Confédération des syndicats nationaux (C.S.N.), qui regroupe les préposés(es) aux bénéficiaires et les infirmiers(es)-auxiliaires, puis le Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Montréal (S.P.I.I.M.). Soulignons que les relations modestes de l'Unité avec les syndicats sont peu fréquentes.

3.2.4 les fournisseurs

3.2.4.1 la main-d'œuvre

La pénurie d'infirmiers(ères) en région éloignée pénalise le Centre hospitalier St-Sauveur depuis quelques années. Muni d'une liste de disponibilité constituant une banque de personnel d'environ 49 infirmières, le Service des soins infirmiers y fait appel pour satisfaire aux besoins d'effectifs découlant d'un congé de maladie, de vacances ou de surcharge de travail dans les unités de soins. C'est à même cette "banque" que l'Unité de chirurgie a recours pour combler ses besoins en personnel, lorsqu'il y a lieu. Mentionnons, entre autres, que les membres inscrits sur cette liste hésitent fortement à travailler en chirurgie sur le quart de jour, ce qui entraîne une carence quant au nombre potentiel de ressources disponibles.

3.2.4.2 les matières premières

L'Unité de soins de chirurgie s'approprie ses matières premières (seringues, compresses, etc.) par le Service de distribution centrale du Centre hospitalier qui, à son tour, les achète de fournisseurs extérieurs. Les fournitures dites "cléricales", cependant, proviennent directement du Service d'approvisionnement du Centre hospitalier. Quant à l'équipement proprement dit, approuvé, au préalable, par la Direction des soins infirmiers, il provient essentiellement de fournisseurs extérieurs du Centre hospitalier en passant par son service d'approvisionnement.

3.2.4.3 les médecins-chirurgiens

Le nombre de chirurgiens en exercice au Centre hospitalier St-Sauveur se chiffre à plus de sept (7). Ceux-ci exercent, jusqu'à un certain point, une influence sur la quantité de travail à l'Unité de soins de par le nombre d'opérations qu'ils effectuent.

3.2.5 les marchés

3.2.5.1 les marchés potentiels

Avec l'accroissement d'une population âgée, celle-ci est en droit de demander des services plus spécialisés et plus surveillés. L'espérance de vie étant prolongée d'année en année, les services chirurgicaux spécialisés pour les personnes âgées sont un marché potentiel pour l'Unité de soins.

3.2.5.2 les marchés-cibles

Outre les usagers de chirurgie générale, l'Unité de soins de chirurgie vise aussi les clients nécessitant des interventions chirurgicales d'ordre urologique, gynécologique, ophtalmologique, de plastie et même vasculaire.

3.2.6 l'offre

3.2.6.1 les concurrents directs

Etant soumise aux types et au nombre de chirurgiens œuvrant au Centre hospitalier, ainsi qu'aux types d'équipements disponibles, il est difficile d'identifier avec justesse la concurrence directe de l'Unité et ce, compte tenu de l'absence d'hôpitaux privés en région. Cependant, l'Unité des services ambulatoires offre à la clientèle, ne nécessitant pas une hospitalisation de plus de 24 heures, les soins chirurgicaux nécessaires.

3.2.6.2 les concurrents indirects

Au niveau de la concurrence indirecte, on peut souligner les services du C.L.S.C. local, en ce qui a trait aux soins à domicile, où des usagers bénéficient des services d'une infirmière pour refaire leurs pansements quotidiennement ou selon le besoin.

4. EXAMEN DES STRUCTURES

4.1 Structure organisationnelle

La structure organisationnelle de l'Unité de soins de chirurgie découle d'une structure très hiérarchisée que possède le Centre hospitalier et la Direction des soins infirmiers en particulier, comme le démontre la figure 6.

4.1.1 organigramme

L'Unité de soins de chirurgie possède un organigramme qui, depuis bon nombre d'années, n'a subi aucune modification (voir la figure 7).

Si l'on regarde attentivement cet organigramme, on s'aperçoit qu'il n'est pas actuellement appliqué de façon intégrale. Ainsi, comme le veut la structure, l'Unité est dirigée par un chef, qui sous l'autorité directe de la directrice des soins infirmiers, reçoit un certain support de la part des différentes coordonnatrices dans sa gestion. Cependant, certaines de ces coordonnatrices jouent plus qu'un rôle de conseil, non prévu dans la structure formelle, où, auprès du personnel de nuit et même de soir, une relation de commandement semble établie.

Un second point, à l'intérieur duquel semble vaciller l'organigramme, se situe au niveau des assistantes infirmières-chefs. En effet, l'assistante du quart de jour assume plus de responsabilités administratives que ses deux (2)

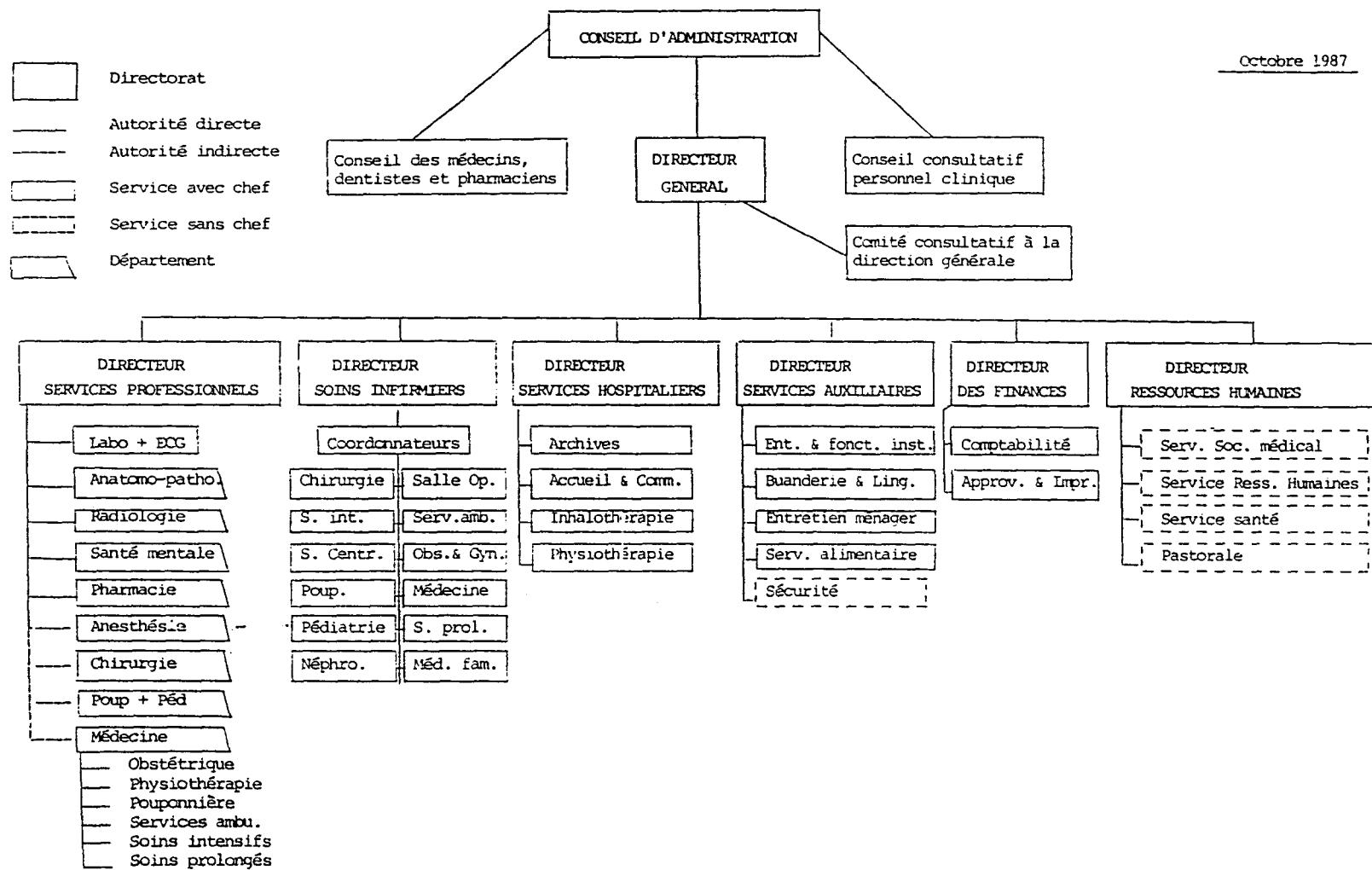


Figure 6: Organigramme du Centre hospitalier St-Sauveur

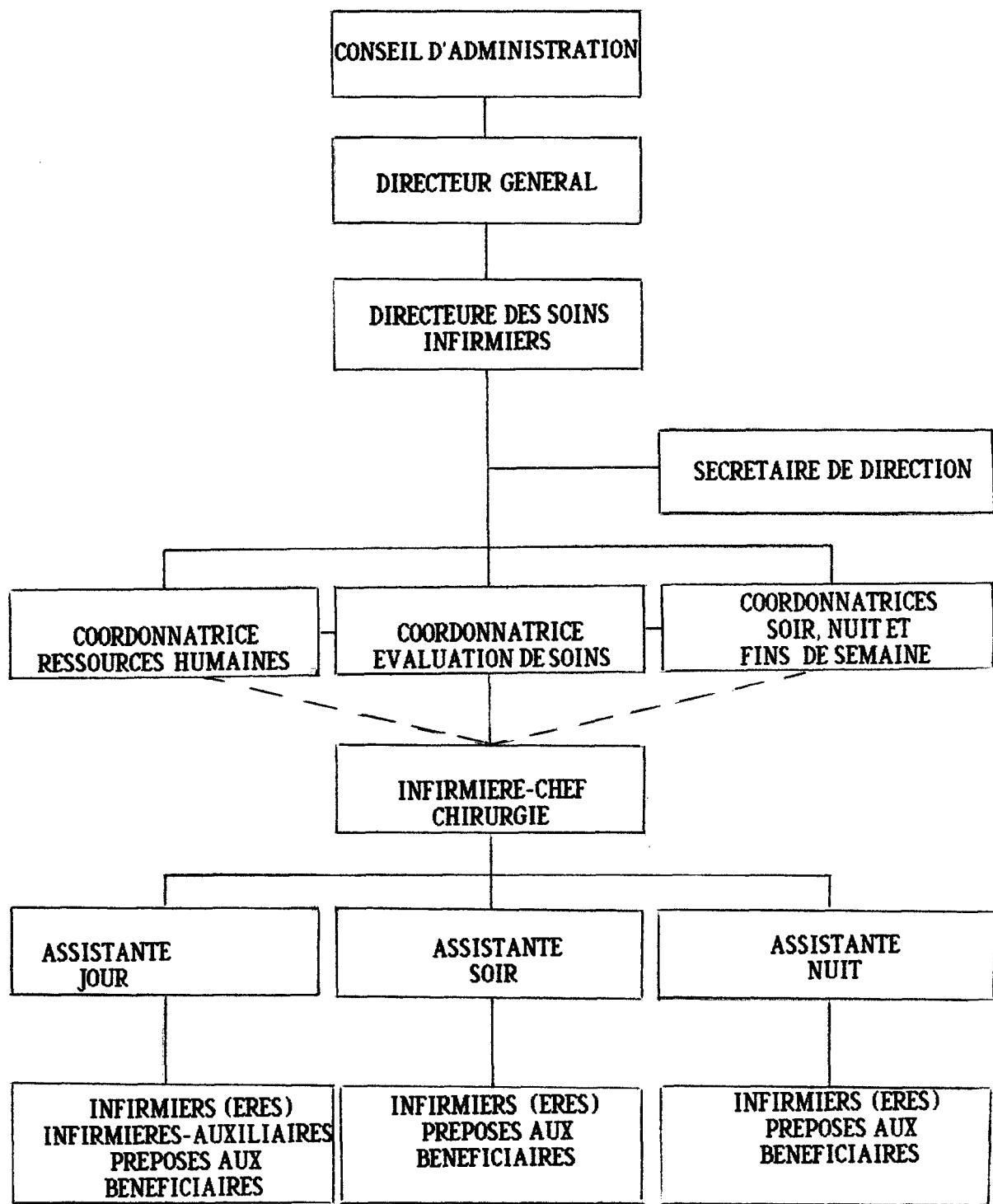


Figure 7: Organigramme de l'Unité de soins de Chirurgie

consoeurs et exerce, de fait, un pouvoir "line" sur tout le personnel, compte tenu de l'absence répétée de l'infirmière-chef et de son manque d'expertise.

Sur le plan pratique, la structure organisationnelle en vigueur reflète une structure de travail simple, mais à la fois dissemblable de celle transposée par l'organigramme fonctionnel (voir la figure 8). Par conséquent, on note que le travail est effectué par fonction sur le quart de jour et de soir, et qu'une absence d'unité de commandement sur le quart de nuit oblige la coordonnatrice de nuit à s'en acquitter, étant donné que le personnel fonctionne sur un même pied d'égalité.

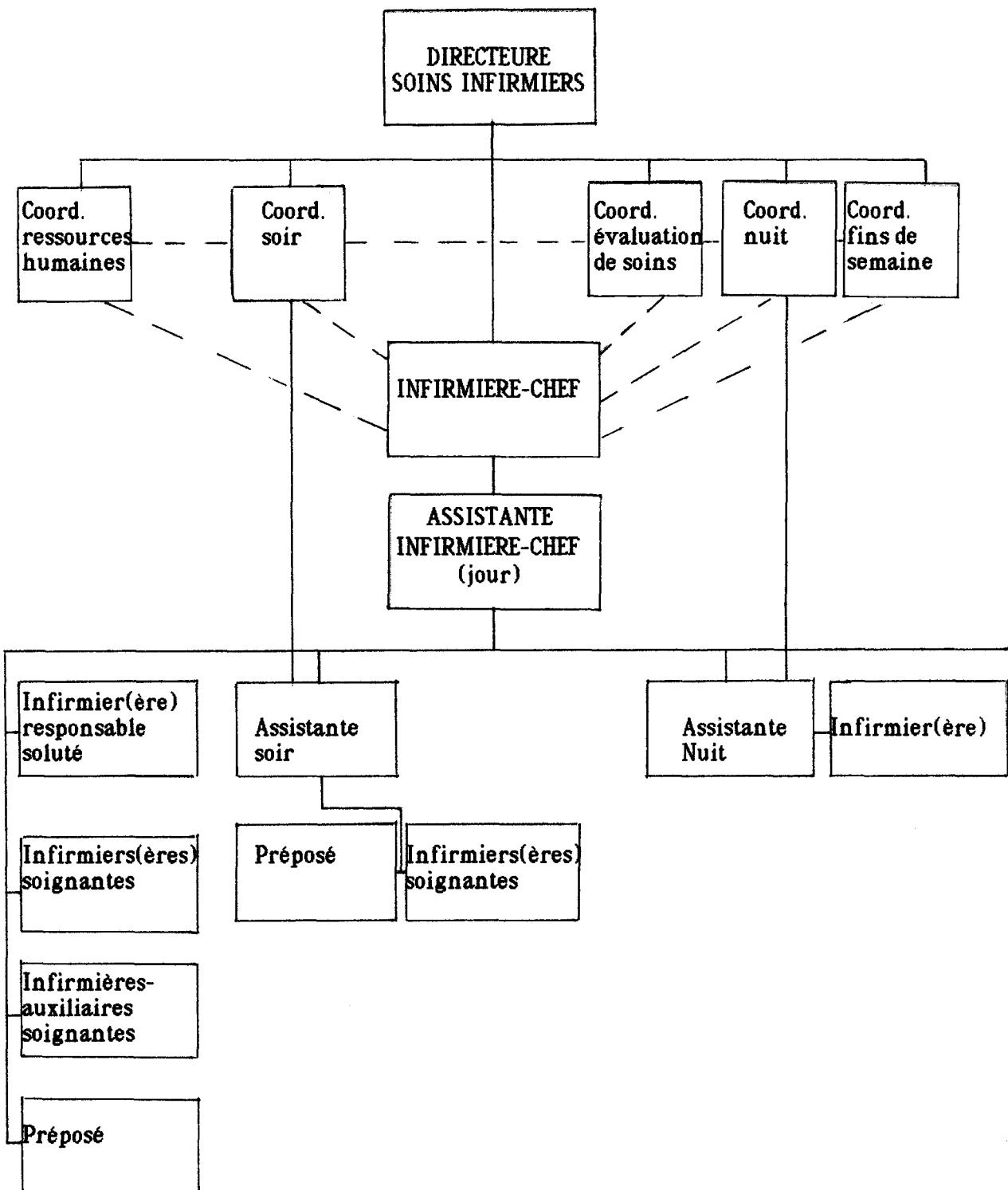
4.1.2 politiques et procédures

Un nombre important de politiques et procédures en vigueur à l'Unité proviennent de la Direction des soins infirmiers. En ce qui a trait à celles spécifiquement élaborées par et pour l'Unité, on en retrouve aucune.

Les politiques et procédures, présentées sous forme de texte, sont à la fois claires et concises, en plus d'être accessibles à tous. Le mécanisme de diffusion est cependant déficient et l'affichage de ces politiques et procédures pêle-mêle et défraîchies sur un babillard a pour effet d'éloigner tout lecteur.

4.1.3 conventions collectives

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'Unité de soins de chirurgie conjugue avec deux (2) conventions collectives différentes. Cependant, seule la publication de la convention du groupe de la C.S.N. est



Coord.: Coordonnatrice

Figure 8: Organigramme fonctionnel de l'Unité de soins de Chirurgie

disponible et accessible à tous, celle établie avec la S.P.I.I.M. manquant toujours à l'appel.

4.1.4 programme d'orientation et d'initiation du personnel

Le programme d'orientation et d'initiation du personnel à l'Unité de soins de chirurgie a été élaboré en juin 1984. Son but premier est de familiariser le ou la nouvel(le) employé(e) avec l'Unité et de l'intégrer au groupe de travail en place. Cependant, il faut bien l'avouer, le programme décrit dans le document n'est pas mis en application intégralement. De nombreux courts-circuits émergent; aussi les risques que le programme devienne vite un élément de plus à occuper "les tablettes" augmentent.

4.1.5 plan de soins

Le plan de soins est un document de trois (3) pages contenu dans un cardex qui sert "à consigner le ou les problème(s) d'un client et à indiquer pour chacun les interventions "nursing" requises pour le ou les solutionner."³ L'utilisation de cet outil de travail à l'Unité est très faible, en dépit des recommandations positives du directeurat des soins infirmiers du Centre hospitalier.

3. Ginette Rondeau, Etude sur les différences d'opinions exprimées par les professeurs et les étudiants au sujet de la démarche scientifique en "nursing", Mémoire de maîtrise, Faculté des études supérieures, Août 1979, page 25, (non publié).

4.1.6 description de tâches

Le personnel syndiqué possède des descriptions de tâches correspondant à chaque titre d'emploi, conformément aux conventions collectives en vigueur à l'Unité, soit, la C.S.N. et la S.P.I.I.M. Au nombre de 12, ces différentes descriptions de travail à exécuter sont claires et spécifiques. Cependant, seules les tâches de l'infirmière attitrée aux solutés ne sont pas élaborées clairement. La description de tâches de l'infirmière-chef révèle bien ses principales fonctions de planification, coordination et contrôle. Soulignons qu'à chacune de ces descriptions de tâches est mentionné le titre du poste, le nom du supérieur immédiat, le quart de travail et les exigences du poste.

4.1.7 objectifs de l'Unité de soins

A chaque année, au 31 mars, le chef de l'Unité formule les objectifs du service pour l'année à venir. Ces objectifs sont véhiculés par l'entremise d'une feuille "type" utilisée par toutes les unités de soins. Cette année, les objectifs anticipés étaient d'améliorer l'esprit d'équipe et de participer à un projet d'étude sur l'implantation d'une démarche de soins. Deux (2) personnes seulement sur 25 à l'Unité étaient au courant de ces objectifs.

4.2 Structure physique

4.2.1 lieux physiques

L'Unité de soins de chirurgie est située au troisième étage du pavillon central du Centre hospitalier St-Sauveur, situé au 725, 6^e rue, Val d'Or. Elle

occupe la superficie totale de 11 000 pi², comprenant quatre (4) chambres à quatre (4) lits, huit (8) chambres semi-privées et quatre (4) chambres privées. S'ajoutent, à ces espaces occupés un (1) poste central, deux (2) bureaux: celui de l'infirmière-chef et celui des médecins, une cuisinette, plusieurs salles de bains et plusieurs salles d'entreposage. Aucune aire de repos "reconnue" à l'étage n'existe.

4.2.2 équipement médical et infirmier

L'Unité de soins de chirurgie bénéficie d'un équipement de base et d'appoint; le matériel est en nombre suffisant pour que son personnel puisse remplir les fonctions qui lui sont confiées dans le but d'offrir des soins à la clientèle.

5. EXAMEN DES PROCESSUS

5.1 Le système et ses sous-systèmes

L'Unité de soins de chirurgie est un système ouvert, dynamique et en interaction constante avec son environnement qui détermine sa mission, ses fonctions et ses ressources. Représenté à la figure 9, ce système se distingue par deux (2) principales composantes: le sous-système "administratif" et le sous-système "opérant".

5.1.1 le sous-système administratif

Le sous-système administratif à l'Unité de soins de chirurgie a pour fonction de diriger le système global vers l'activité de sa mission. Le fonctionnement de ce sous-système résulte d'un ensemble de processus duquel se dégagent des "outputs" internes qui deviennent des "inputs" pour le sous-système "opérant".

Les principaux processus qui composent ce sous-système se caractérisent par:

- 1) le processus de planification et de réalisation des objectifs;
- 2) le processus de prévision et d'affectation du personnel;
- 3) le processus d'organisation des soins infirmiers.

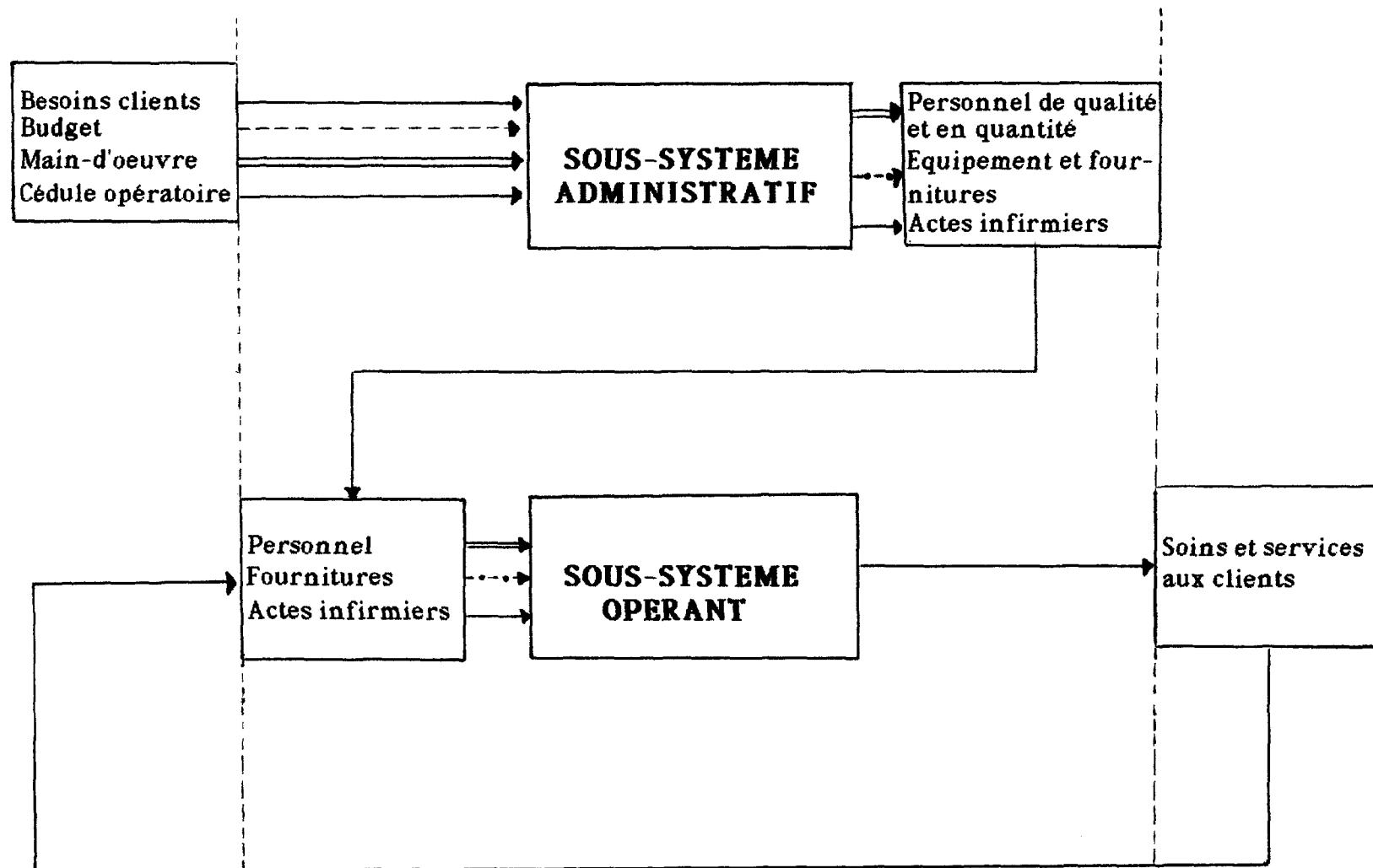


Figure 9: Le système de l'unité de soins de chirurgie et ses sous-systèmes

5.1.1.1 le processus de planification et de réalisation des objectifs

Le processus de planification et de réalisation des objectifs a pour fonction d'évaluer les besoins de la clientèle en vue d'y répondre le plus adéquatement possible. Ce processus s'inscrit dans une démarche d'évaluation de la performance de l'Unité à l'intérieur de laquelle on retient les besoins prioritaires pour ensuite formuler un certain nombre d'objectifs qui seront soumis à la directeure des soins infirmiers pour son autorisation. Ces objectifs sont ensuite inscrits dans un plan d'action, puis évalués à la suite de leur réalisation, selon leur degré d'atteinte (voir la figure 10).

5.1.1.2 le processus de prévision et d'affectation du personnel infirmier

Le processus de prévision et d'affectation du personnel a pour but de prévoir la quantité et la qualité du personnel nécessaire pour répondre aux besoins de la clientèle. A cette fin, une évaluation des besoins d'effectifs à chaque quart de travail est faite et l'affectation des ressources, pour une période donnée, est effectuée à l'aide d'une cédule. Ce processus implique également une évaluation continue des besoins de personnel sur une base quotidienne et à tous les quarts de travail, compte tenu des variables incontrôlables comme la fluctuation du programme opératoire, les absences en raison de maladie, etc., afin d'ajuster l'offre de personnel (voir la figure 11).

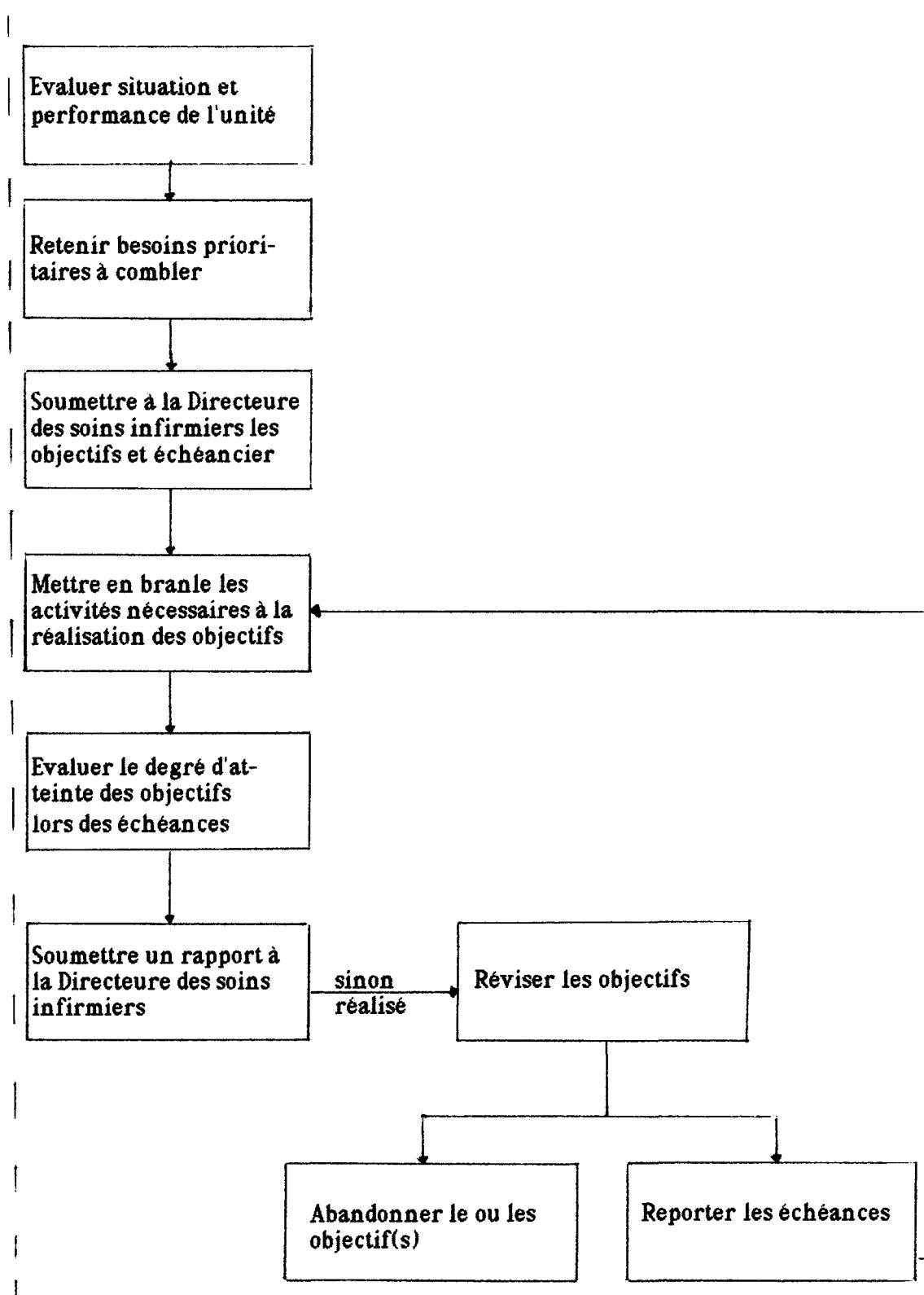
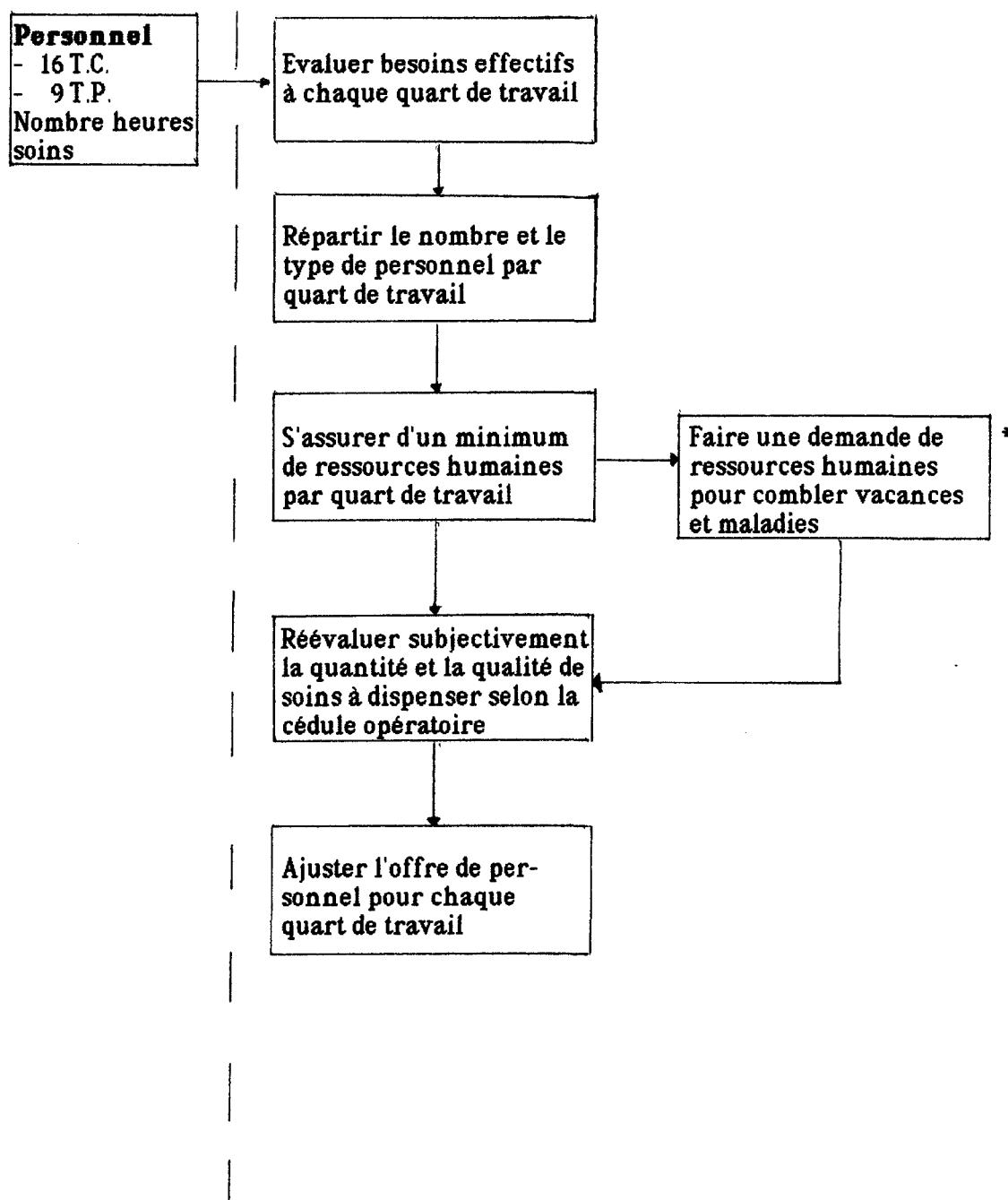


Figure 10: Processus de planification et de réalisation des objectifs



T.C.: temps complet
T.P.: temps partiel

Figure 11: Processus de prévision et d'affectation du personnel infirmier

5.1.1.3 le processus d'organisation des soins infirmiers

Le processus d'organisation des soins infirmiers est un ensemble d'activités de gestion qui a pour but d'organiser et de coordonner les soins à dispenser à la clientèle. Comme l'indique la figure 12, ces activités de gestion peuvent se résumer ainsi: répartir le personnel selon le nombre de clients, vérifier certains éléments au dossier de chaque client, communiquer au médecin l'état de santé des clients, s'assurer de la réalisation des traitements à effectuer et répondre aux besoins immédiats du Département incluant son personnel.

5.1.2 le sous-système opérant

Le sous-système opérant a pour fonction d'offrir des soins et services dans le but de répondre aux besoins de son environnement. C'est au sein de celui-ci que se réalise un ensemble d'activités nursing et médicales nécessaires à la satisfaction de sa clientèle.

L'opération de ce sous-système, assurée par la mise en branle d'un ensemble de processus que sont les 1) processus d'accueil du client, 2) processus de préparation du client pour l'intervention chirurgicale, 3) processus de soins généraux au client, est avant tout dépendante des résultats du processus de convocation du client provenant d'un système externe d'admission. Ce processus a pour fonction de fournir au système de l'Unité une partie des "inputs" à transformer. Il se distingue par un ensemble d'activités qui consistent à recruter, sélectionner et convoquer la clientèle en demande de services comme le démontre la figure 13.

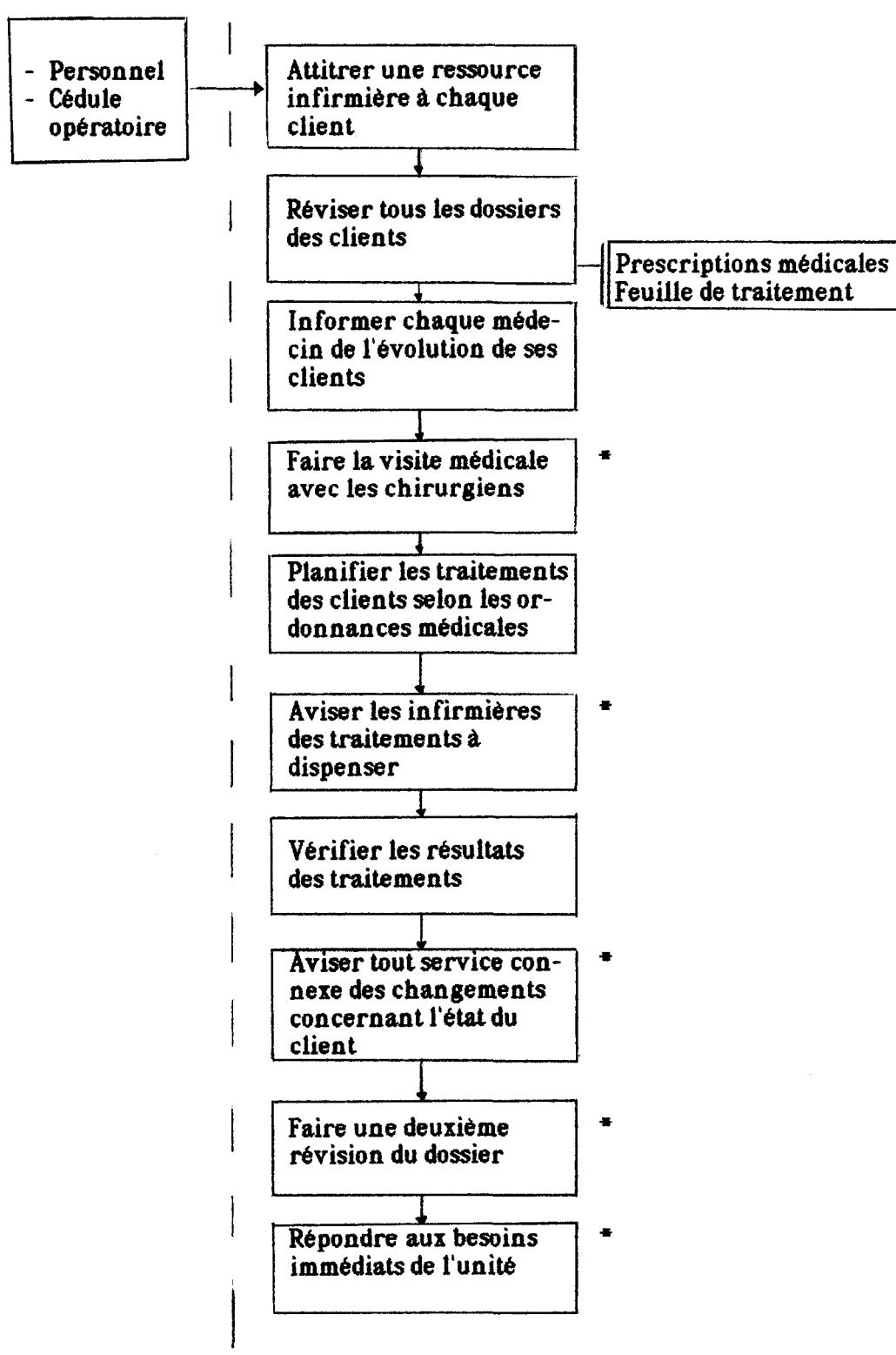


Figure 12: Processus d'organisation des soins *

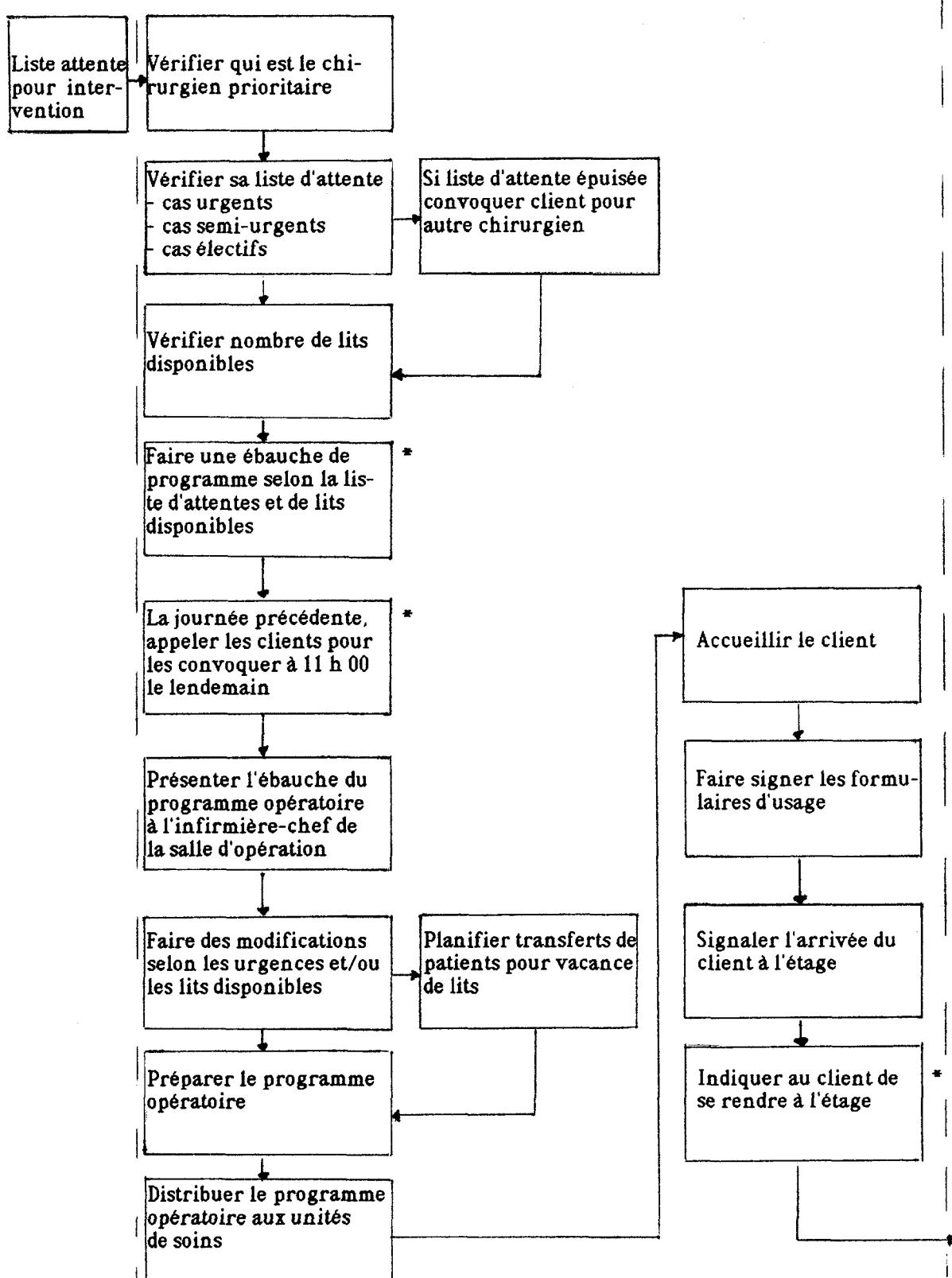


Figure 13: Processus de convocation du client du système d'admission

Une fois le processus de convocation accompli, le système est alors en mesure d'activer ses propres processus.

5.1.2.1 Processus d'accueil du client

Le processus d'accueil du client a pour fonction de prendre en charge ce dernier. Les principales activités inscrites dans ce processus sont de recevoir le client et de le renseigner sur le fonctionnement de l'Unité. Cette série d'activités se veut une prémissse aux autres processus de ce sous-système (voir la figure 14).

5.1.2.2 processus de préparation du client "versus" l'intervention chirurgicale

Le processus de préparation du client face à une opération est un ensemble d'activités nécessaires à toute intervention chirurgicale de qualité. Il se caractérise par la vérification des examens pré-opératoires et de l'heure d'intervention, par l'enseignement au client, le rasage du site d'intervention et tout autre traitement connexe et, enfin, par la prémédication du client. Le processus se poursuit aussi immédiatement après l'intervention que ce soit au niveau de la prise de signes vitaux ou à celui de la surveillance du client et des appareils accessoires, comme le démontre la figure 15. Soulignons que ce processus assure à la fois la sécurité du client et la bonne marche de l'intervention.

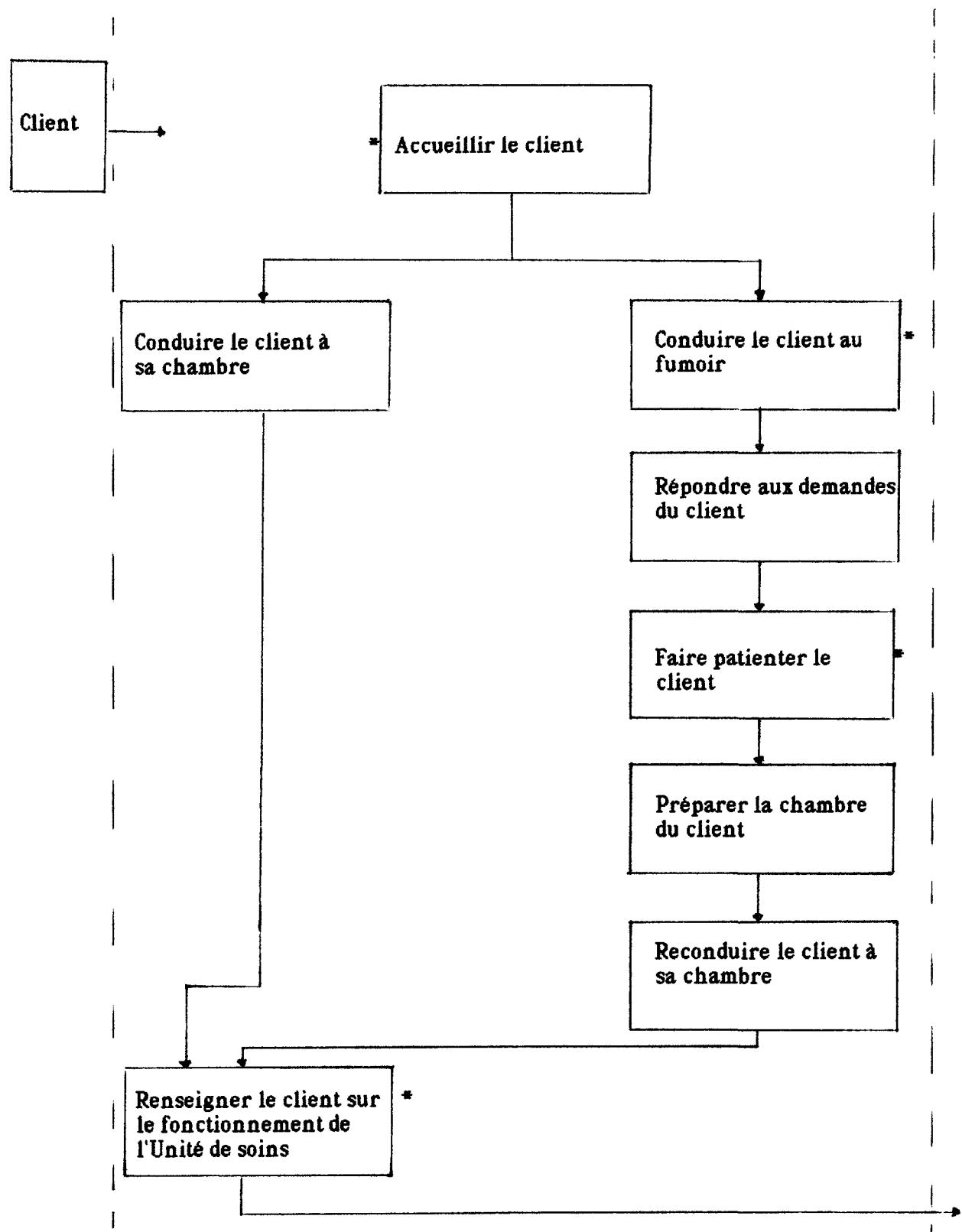


Figure 14: Processus d'accueil du bénéficiaire

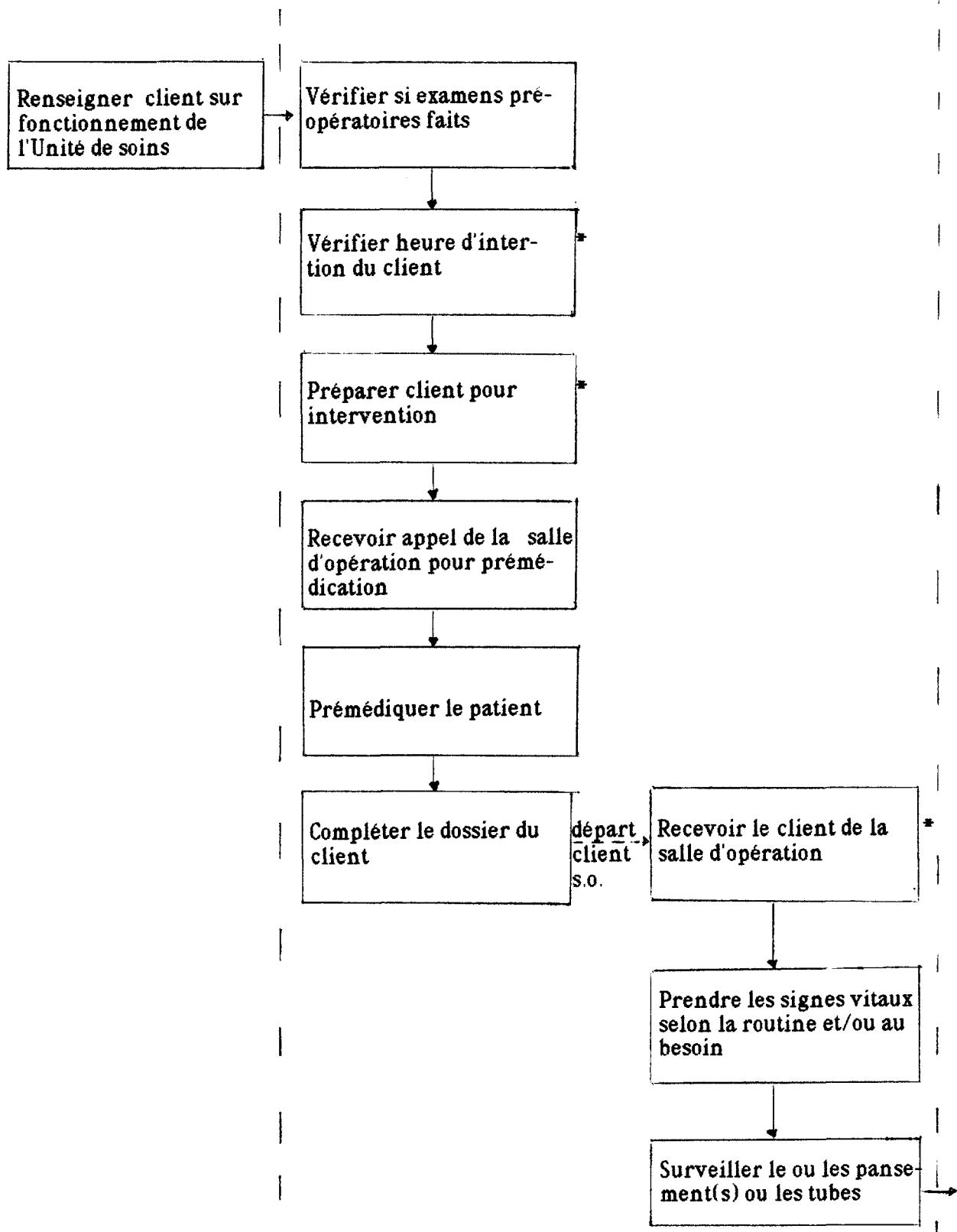


Figure 15: Processus de préparation du client pour intervention chirurgicale

5.1.2.3 processus de soins généraux au client

Le processus de soins généraux chirurgicaux au client a pour fonction de procurer des soins requis par le client de par son état. Ce processus s'active particulièrement par le recueil et la transmission d'informations sur l'état du client, les soins à dispenser pour assurer sa sécurité et son confort, la consignation d'informations au dossier, l'évaluation continue de ses besoins et la diffusion d'informations au client. Soulignons que ce processus est le complément du processus précédent (voir la figure 16).

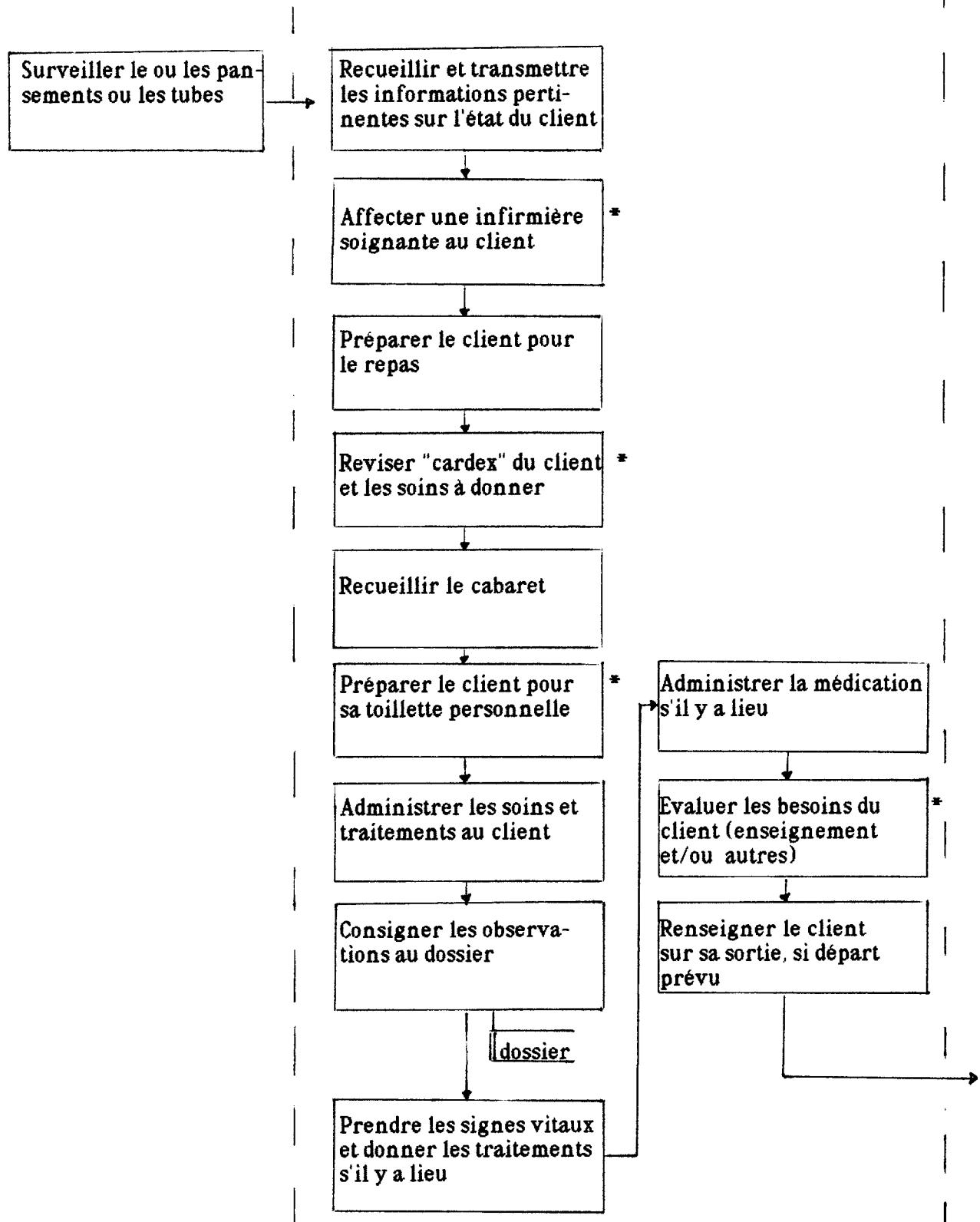


Figure 16: Processus de soins quotidiens au client

6. LES RESSOURCES

6.1 Les ressources humaines

L'Unité de soins de chirurgie compte à son actif 25 employés répartis sur quatre (4) catégories d'emploi différentes, soit les infirmiers(ères), les infirmières-auxiliaires, les préposés et le personnel cadre.

6.1.1 les infirmiers(ères)

L'ensemble des infirmiers(ères) de cette Unité de soins détient un Diplôme d'études collégiales (D.E.C.) avec une licence de pratique émise par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Au nombre de 20, ceux-ci s'emploient, pour la majorité, à prodiguer l'ensemble des soins auprès des bénéficiaires. Cependant, trois (3) de ceux-ci agissent à titre d'assistante infirmière-chef et une autre vaque à des activités exclusives, en ce qui a trait aux techniques de solutés et d'intraveineuses.

6.1.2 les infirmières-auxiliaires

La catégorie d'emploi des infirmières-auxiliaires a diminué en nombre de façon importante depuis quelques mois, à la suite d'une redistribution des postes au sein de l'Unité. De sept (7) infirmières-auxiliaires qu'elles étaient en 1985, elles sont actuellement représentées par deux (2) effectifs qui prodiguent des soins de base auprès des patients.

6.1.3 les préposés

Au nombre de deux (2), les préposés masculins assument des activités de support aux soins de base pour les bénéficiaires.

6.1.4 le personnel-cadre

Le personnel-cadre est représenté par une seule personne, en l'occurrence, l'infirmière-chef. Possédant une formation d'infirmière licenciée, celle-ci détient un diplôme de certificat de premier cycle en santé et sécurité au travail et une expérience certaine en gestion. Présente à l'Unité depuis sept (7) à huit (8) mois, elle est présentement en congé de maladie pour une durée de trois (3) à quatre (4) mois.

6.2 Les ressources financières

L'Unité de soins de chirurgie se voit octroyer annuellement un budget d'opération d'environ 750 000 \$. Ainsi, 80% de ces fonds sont drainés par les salaires de son personnel. Ce qui laisse peu de marge de manœuvre au chef d'unité, compte tenu que le reste des argents suffit à peine à assurer l'achat des fournitures médicales et d'un minimum d'équipement. Soulignons que l'ensemble de ces revenus sont essentiellement de nature gouvernementale.

6.3 La technologie

L'Unité de soins de chirurgie est confrontée, tout comme l'ensemble du système de santé, au développement croissant de la technologie. Avec la

venue de nouveaux chirurgiens, de nouvelles techniques de travail sont requises pour l'exécution de certains traitements nécessitant des appareils d'appoint tels que la pompe IVAC, le pousse-seringue, etc. L'élargissement du contenu technologique entraîne, bien entendu, un besoin de formation des utilisateurs, qui, pour l'instant, laisse à désirer.

7. LE CLIMAT ORGANISATIONNEL

L'Unité de soins de chirurgie n'est pas, pour l'instant, un endroit où il est agréable de vivre et de travailler pour ses employés. A l'heure actuelle, le personnel est démotivé, insatisfait et se sent dévalorisé, ce qui entraîne un désintérêt et un désengagement au niveau de leur travail.

Le personnel de nuit et de soir se sent à part: "On ne sent pas intégrés à l'équipe", disent certains. "Le climat est froid". Quant au personnel à temps partiel ou sur appel, il rapporte qu'il "aime mieux travailler ailleurs à cause de l'ambiance". Quatre (4) personnes dévoilent qu'après plus de cinq (5) ans de travail à l'Unité, "on ne se sent pas encore chez-nous".

Par ailleurs l'existence de clans affaiblit également la cohésion du groupe. Au nombre de cinq (5), ces "gangs" se forment principalement par affinités et/ou par tâches. On en retrouve trois (3) sur le quart de jour et une respectivement sur les quarts de nuit et de soir. Ainsi, les réseaux de communication sont brouillés et ce, tant avec la direction qu'avec les collègues. L'entraide est quasi-inexistante.

Comme des naufragés, le personnel se sent impuissant face aux vents et marées de son environnement qui ne semblent pas lâcher prise. Plus de la moitié du personnel, "se sent comme le bouche-trou de l'hôpital", ce qui génère à la fois de l'insécurité et de la frustration. "On arrive pour travailler et, déjà, on a hâte de repartir", nous racontent plusieurs personnes. Tous et toutes

expriment la présence d'un malaise au sein de l'Unité, mais ils ou elles ne peuvent "mettre le doigt dessus".

Le taux de roulement du personnel est élevé, particulièrement sur les quarts de jour et de soir. Le taux d'absence en raison de maladie connaît le même sort, sauf qu'il prend son importance surtout au niveau du quart de jour. Cinq (5) personnes nous racontent qu'elles préfèrent prendre des congés de maladie lorsque la fatigue et/ou l'écoeurlement s'installent, étant donné que les congés sans soldes ne sont pas autorisés: "On ne tanne pas les autres pendant ce temps-là", ajoutent-elles.

8. LES ZONES PROBLEMATIQUES

L'analyse des différentes composantes organisationnelles de l'Unité de soins de chirurgie présente plusieurs dysfonctionnements élémentaires dont les suivants:

8.1 Communication-coordination-concertation

C'est au niveau de ces trois (3) grands concepts que se présente un nombre important de dysfonctionnements qui se traduisent comme suit:

8.1.1 l'absence flagrante de mécanisme de concertation

L'absence flagrante de mécanisme de concertation entre l'Unité de soins de chirurgie et les services de la salle d'opération et d'admission pénalise l'Unité d'une bonne planification et d'un contrôle équivalent de ses activités. L'Unité de soins de chirurgie, jouant un rôle d'arrière-plan, se trouve en réaction continue face aux activités des deux (2) autres services, dont il se rend dépendant.

8.1.2 une coordination déficiente inter-service et intra-service

Le manque de coordination inter-service engendre une situation de "goulot d'étranglement" au niveau de l'organisation du travail à l'Unité. Celle-ci doit sans cesse se réajuster et, ce qui n'est pas négligeable, subir les imprévus. Un exemple classique de ce manque de coordination est la convocation des clients à une heure où le personnel de l'Unité n'est pas en

mesure de les recevoir, ce qui implique une réorganisation du travail à effectuer.

Le manque de coordination des activités intra-service occasionne une mauvaise utilisation des ressources: certaines sont parfois surchargées et stressées par la quantité de travail qu'elles ont à accomplir, alors que d'autres sont sous-utilisées.

8.1.3 les modes de communications défaillants

Ces modes que l'on retrouve tant à l'interne qu'à l'externe sont surtout alimentés par:

1. le peu de communication latérale inter-service. En effet, les processus d'échanges, étant extrêmement pauvres en informations, amènent l'Unité de soins de chirurgie à adopter une attitude défensive envers son environnement externe;
2. des communications internes plutôt descendantes et de nature instructive qui restreignent l'acheminement des informations aux employés.

L'absence de réunion de personnel et d'évaluation des employés entretient des relations entre supérieurs et subordonnés où la propension à l'écoute est omise. Par ailleurs, la faible communication entre les pairs et l'existence de conflits interpersonnels sont aussi des éléments qui traduisent des manquements au niveau du processus de communication.

8.2 L'organisation du travail

8.2.1 structure inadéquate

8.2.1.1 division du travail

L'assignation des tâches se fait à partir d'une répartition systématique des clients selon leur regroupement physique, et non selon la quantité du travail à effectuer. Ainsi, un(e) employé(e) peut être débordé(e) de travail pendant qu'un(e) autre est sous-utilisé(e). L'entraide au sein de l'équipe n'étant pas favorisée, le personnel, à ce moment, se sent isolé.

Cette division du travail engendre également une difficulté au niveau de la coordination interne des soins où tout le personnel se rapporte à une ou deux personnes déjà submergées de travail. De plus, au moment où le processus routinier des soins est compromis par un changement ou une nouveauté quelconque, la coordination et la responsabilisation des soins sont vite menacées.

Le processus de recrutement de la main-d'œuvre est aussi altéré par la division du travail. Le nouvel employé qui ne reçoit ni aide, ni support, se sent vite isolé et marginalisé, ce qui l'amène alors à quitter l'équipe.

8.2.1.2 ambiguïté hiérarchique

Le personnel de l'Unité est placé, plus souvent qu'autrement, sous une double hiérarchie. Le personnel de soir et de nuit se réfère à leur coordonnatrice respective ainsi qu'à leur infirmière-chef. Pour ce qui est du

personnel en général, le même phénomène se reproduit à l'endroit de l'assistante infirmière-chef et de l'infirmière-chef. Cette confusion et dispersion d'autorité créent beaucoup d'animosité et de frustrations.

8.2.2 prise de décision centralisée

Le faible degré de participation du personnel au processus décisionnel est issue d'une centralisation importante au palier supérieur. Cette situation affecte la responsabilisation et l'initiative des employés envers leur travail, ces derniers n'ayant que peu ou pas de contrôle sur ce qu'ils font.

8.2.3 pauvre utilisation des outils d'informations

Le manque d'organisation des données sur le client résulte d'une faible utilisation du plan de soins. Ceci empêche la transmission sûre et rapide des informations à tous les intervenants concernés et altère, en même temps, la coordination des soins.

L'absence de réunions du personnel de l'Unité a un impact négatif sur la diffusion des informations concernant les activités mêmes de l'Unité; elle entrave la liberté du personnel à poser des questions, faire des remarques ou même des critiques et à obtenir des réponses et/ou des explications appropriées. Cette situation accentue l'ignorance et la frustration du personnel.

L'absence de politiques internes crée également de la confusion et de l'incertitude au niveau de la conduite à adopter lors de situations

spécifiques. Les règles du jeu étant inexistantes, le personnel tend à diminuer les pressions qui se présentent à lui à l'aide de moyens adaptés.

8.3 La gestion du temps

Des difficultés importantes résident au niveau de la gestion du temps. Occupé à donner la priorité aux activités opérationnelles, le processus de gestion tend à négliger les tâches managériales.

La préséance est laissée à la gestion du cas par cas où l'on "éteint des feux" constamment au lieu d'appliquer des méthodes de gestion préventives qui anticipent sur l'avenir. Une mauvaise répartition du temps est issue de plusieurs facettes, dont le manque de planification continue au sein des activités tant opérationnelles que managériales, qui se traduit par une surcharge de tâches aux deux (2) niveaux déjà mentionnés et une inorganisation du travail. Un manque de délégation des tâches à des niveaux subalternes entraîne une forte centralisation du processus décisionnel qui occupe une grande partie du temps du gestionnaire.

Somme toute, l'accomplissement des tâches de gestion est presque nul, car trop de temps et d'efforts sont gaspillés à corriger les erreurs du passé ce qui, par voie de conséquence, empêche la saine croissance de l'Unité.

8.4 La sous-dotation de ressources humaines

Comme toute organisation du secteur public et para-public du Québec, l'Unité de soins de chirurgie a, elle aussi, été frappée par la rigueur des

compressions budgétaires, desquelles elle n'a pu augmenter le nombre de son personnel, malgré la hausse d'activités de soins à l'Unité.

En 1976, on attribuait une (1) ressource par client, alors qu'en 1987, on attribue que 0,56 ressource par client. Nul doute que cette Unité est la plus performante du Québec à l'intérieur d'une certaine classification. On retrouve une surcharge de travail sur le quart de soir en raison du nombre important de clients en post-opératoire immédiat qui nécessitent une surveillance accrue; le personnel est insuffisant pour suffire à la tâche. Sur le quart de jour, la fin de semaine, l'essoufflement des employés se fait sentir principalement à cause du nombre élevé de départs et d'arrivées. Quant au quart de nuit, le personnel se plaint d'un surcroît de travail, sauf que si l'on tient compte de la description de tâches des employés, il n'est pas évident que ce soit une sous-dotation qui soit la cause du malaise, mais peut-être bien un manque d'organisation du travail.

9. CHOIX DE LA PROBLEMATIQUE

On ne peut ignorer les conséquences majeures découlant des quatre grandes zones vulnérables présentes au sein du système de l'Unité de soins de chirurgie. C'est donc sur les deux (2) premières causes que s'est faite la sélection des zones à améliorer, à savoir la communication-coordination-concertation et l'organisation du travail.

Le comité d'intervention et la chercheure-expert ont conclu que si des améliorations potentielles étaient apportées à ces deux (2) points litigieux, les causes restantes seraient, elles aussi, en voie de disparition.

C'est donc par voie de consensus que la description de l'état de la situation a été validée, ainsi que la prépondérance des deux (2) premières zones vulnérables.

TROISIEME PARTIE

10. DEVELOPPEMENT D'UNE SOLUTION APPROPRIEE

10.1 Définition du système pertinent (point d'ancrage)

La description et l'analyse des principaux dysfonctionnements auxquels se joignent leurs causes potentielles supposent le choix d'un système pertinent qui tienne compte principalement d'activités "administratives" à l'intérieur d'un processus de gestion.

Une revue de littérature sur les fonctions administratives nous a permis d'identifier les principales caractéristiques d'un système d'activités humaines pouvant répondre aux besoins présents de l'Unité de soins de chirurgie.

10.1.1 approche administrative

Avec le mouvement de développement de gestion moderne, plusieurs auteurs de management ont écrit sur la façon d'envisager la nature du travail de gestion. Il n'y a donc pas une seule et unique approche pour définir les principales fonctions. Cependant, malgré les différents courants, on semble revenir, jusqu'à un certain point, au processus managérial de base, tel qu'énoncé par Fayol en 1921.

Mentor de la spécialisation du travail, Fayol l'applique au niveau du processus de management en optant pour cinq (5) opérations ou fonctions essentielles qu'il définit comme suit:

- | | | |
|------------------------------|--------------|--|
| 1. la prévoyance | (PLANIFIER) | c'est-à-dire scruter l'avenir et dresser le programme d'action ⁴ ; |
| 2. l'organisation | (ORGANISER) | c'est-à-dire constituer la structure physique et sociale de l'entreprise ⁵ ; |
| 3. la coordination | (COORDONNER) | c'est-à-dire relier, unir, harmoniser tous les actes et tous les efforts vers le même but ⁶ ; |
| 4. le commandement (DIRIGER) | | c'est-à-dire donner des ordres à des subalternes ⁷ ; |
| 5. le contrôle | (CONTROLER) | c'est-à-dire veiller à ce que tout se passe conformément aux règles établies et aux ordres donnés ⁸ . |

Ainsi, selon lui, ces activités sont, pour le gestionnaire, un guide de réalisation de ses tâches. Bien que la théorie de Fayol ait popularisé ces fonctions de gestion, et qu'elle ait démontré leur pertinence, il semble qu'elle laisse peu de place à la dimension humaine. D'autres auteurs l'ont par contre "dynamisée" en y ajoutant différentes dimensions, notamment l'aspect humain, la flexibilité et la perméabilité.

-
- 4. M. Grenier; B. Monteil, Principes de management, Les Presses de l'Université du Québec, 1981, page 63.
 - 5. M. Grenier; B. Monteil, Principes de management, op. cit., page 63.
 - 6. Idem.
 - 7. Pierre Bergeron, La gestion moderne, Chicoutimi Ed. Gaétan Morin, 1983, page 78.
 - 8. M. Grenier; B. Monteil, Principes de management, op. cit., page 63.

10.1.2 théorie Y de Mc Gregor

Cette théorie se rapporte à la nature des hommes et à leur motivation. Elle soutient que l'homme d'aujourd'hui cherche à satisfaire ses besoins de développement, à nourrir son ego et à réaliser, par son travail, une plus riche perception de sa propre identité⁹.

Selon cette théorie, l'homme peut partager les buts de l'organisation comme étant un moyen d'atteindre ses propres buts, car il a le goût de travailler et il est motivé par son propre désir d'accomplissement¹⁰. C'est pour cela qu'on doit lui fournir les moyens, encourager son développement et sa formation et guider ses efforts¹¹. En définitive, cette théorie véhicule l'idée que l'homme est fondamentalement bon, qu'il possède à son actif des capacités et des aptitudes inexploitées dont l'organisation peut tirer profit au niveau de la résolution de problèmes, voire même de l'innovation, et ce, par une participation active.

10.1.3 direction participative par objectifs (D.P.O.)

Peter Drucker (1954) sous-tend également la théorie Y par son "approche fondée sur la participation des employés aux décisions concernant les objectifs et les moyens pour les atteindre"¹². Mis de l'avant depuis déjà

9. Octave Gélinier, Direction participative par objectifs, France, Ed. Hommes et techniques, 1980, page 10.

11. M. Grenier; B. Monteil, Principes de management, op. cit., page 358.

12. Gagnon et al., L'entreprise, son milieu, sa structure et ses fonctions, Chicoutimi, Ed. Gaétan Morin, 1986, page 228.

plusieurs années, ce principe de direction implique non seulement un effort pour définir les objectifs à atteindre à tous les niveaux¹³, mais favorise également l'intégration de l'individu et sa responsabilisation face à des objectifs ou tâches spécifiques reflétant les objectifs organisationnels¹⁴. La D.P.O. nécessite donc une base d'échange riche en informations entre le patron et les subordonnés, d'où l'importance de la communication et de la participation. Elle prête également à l'extension de la décentralisation et de la délégation. Somme toute, l'intégration des besoins individuels "versus" les besoins organisationnels est particulièrement importante.

10.1.4 différenciation - intégration

Outre les dimensions humaines et managériales discutées précédemment, nous ne pouvons faire fi de l'influence exercée par l'environnement sur la structure organisationnelle et sur le comportement des gestionnaires. Lawrence et Lorsch¹⁵, grâce à leurs études dans différents milieux industriels, ont démontré l'importance de tenir compte de cette variable indépendante qu'est l'environnement. A l'aide d'un modèle basé sur la théorie de la contingence, les auteurs examinent l'influence des états de différenciation et d'intégration dans les systèmes organisationnels. Présents dans toute

13. Octave Gélinier, Direction participative par objectifs, op. cit., page 19.

14. Marcel Laflamme, Dix approches pour humaniser et développer les organisations, Chicoutimi, Ed. Gaétan Morin, 1979, page 83.

15. P. Lawrence; J. Lorsch, Adapter les structures de l'entreprise. Intégration ou différenciation, Paris, Ed. l'Organisation, 1973.

organisation, ces états prennent racine dans la spécialisation et la coordination des activités et se définissent comme suit:

1. l'état de différenciation, c'est "le degré d'autonomie qui est laissé à chaque unité pour accomplir sa part des objectifs communs en travaillant avec une efficience maximale sans être freiné par le système total."¹⁶ C'est aussi "la différence existant entre les orientations cognitives et émotionnelles parmi les gestionnaires de différents départements"¹⁷.
2. l'état d'intégration se réfère à la "qualité de la collaboration qui existe parmi les départements qui sont requis d'atteindre l'unité d'effort par les demandes de l'environnement"¹⁸.

Donc, plus une organisation tend vers un niveau élevé d'intégration et de différenciation, plus elle sera performante. Il s'agit dès lors de développer un équilibre entre ces deux (2) concepts, c'est-à-dire une adéquation entre les composantes organisationnelles et les caractéristiques du milieu donné¹⁹.

Soulignons, cependant, que "le degré de différenciation/intégration varie avec la certitude ou l'incertitude de l'environnement"²⁰. Plus

-
16. André-Jean Rigny, Diagnostic organisationnel. Montréal, Ed. Agences D'Arc inc., 1982, page 213.
 17. Lawrence et Lorsh, Organization and environment, cité dans Dominique Gagnon, Le développement organisationnel. Ottawa, Ed. Agences d'Arc inc., 1986, page 91.
 18. P. Lawrence et J. Lorsh, Adapter les structures de l'entreprise. Intégration ou différenciation, op.cit., page 91.
 19. Dominique Gagnon, Le développement organisationnel. Ottawa, Ed. Agences D'Arc inc., 1986, page 100.
 20. Ibid., page 92.

l'environnement est instable, voire en changement continu, plus le degré de différenciation et d'intégration sera important, ce qui implique un plus grand besoin d'information et une meilleure coordination.

10.1.5 coordination

La coordination est un élément essentiel à la réalisation des buts de l'organisation. Elle prend d'autant plus d'importance là où il existe une division du travail, une spécialisation et une interdépendance au niveau de différentes fonctions ou tâches. Mintzberg identifie cinq (5) mécanismes fondamentaux pour coordonner le travail et les unités:

1. "l'ajustement mutuel qui est la coordination du travail par simple communication informelle"²¹;
2. "la supervision directe, mécanisme de coordination par lequel une personne se trouve investie de la responsabilité du travail des autres"²²;
3. "la standardisation des résultats où les procédés de travail sont standardisés lorsque le contenu du travail est spécifié ou programmé;
4. la standardisation des résultats où on standardise les résultats du travail par l'application de mesures de performance ou de spécification"²³;

21. Henry Mintzberg, Structure et dynamique des organisations. Montréal, Ed. Agence d'Arc, 1986, pages 19-20-21-22.

22. Ibid., page 20.

23. Ibid., page 21.

5. "la standardisation des habiletés: la qualification et le savoir sont standardisés lorsqu'est spécifié la formation de celui qui exécute le travail"²⁴.

Ces mécanismes de coordination sont, selon lui, "la colle de la structure, l'élément fondamental qui maintient ensemble les parties de l'organisation."²⁵ Mintzberg ajoute également d'autres mécanismes là où le besoin d'une forte coordination est prescrite par le degré élevé de spécialisation, la complexité du travail et le fort niveau d'interdépendance. Il s'agit des quatre (4) mécanismes de liaison suivants:

1. "Postes de liaison: lorsque la coordination entre deux (2) unités requiert des contacts très intenses, ce poste de liaison a pour mission d'assurer ces contacts directement en court-circuitant la hiérarchie"²⁶;
2. "Groupe de projet: comité créé pour accomplir une tâche particulière et qui est dissous quand la tâche est accomplie"²⁷;
3. "Comité permanent: groupement interdépartemental de nature stable qui est réuni régulièrement pour discuter de sujets d'intérêt commun"²⁸;

24. Ibid., page 22.

25. Ibid., page 22.

26. Henry Mintzberg, Structures et dynamique des organisations, op.cit., page 156.

27. Ibid., page 158.

28. Ibid., page 158.

4. "Cadres intégrateurs: lorsque la quantité d'ajustement mutuel s'avère insuffisante, l'organisation crée des postes de liaison qui ont une autorité formelle"²⁹.

Certains auteurs, tels que Georgopoulos et Mann³⁰, préconisent quatre (4) types de coordination: la coordination préventive qui anticipe les problèmes potentiels de coordination et impose des mesures pour prévenir leur "événement"; la coordination de régulation qui a pour but de maintenir les dispositifs structuraux; la coordination corrective qui rectifie ou corrige tout dysfonctionnement dans le système; et enfin, la coordination progressive qui tente d'améliorer l'articulation des parties du système.

10.1.6 centration sur le client

Nous avons examiné, jusqu'à maintenant, différents éléments qui sous-tendent une "bonne gestion". Nul ne nous excuserait d'omettre un dernier point qui est en soi la raison d'être de toute organisation, le client. Peters et Waterman, dans leur ouvrage intitulé: Le prix de l'excellence, mettent en vedette ce "protégé" (le client) auquel toute organisation doit rester à l'écoute pour satisfaire ses besoins et anticiper ses désirs, sans quoi elle risque de s'enliser. Etre à l'écoute du client est un principe primordial pour la survie de

29. Ibid. page 159.

30. Georgopoulos et Mann, The community general hospital, cité dans B. Beaufort Administrative coordination in General Hospital, publishing Service Division School of business Administration, Georgia State University, Atlanta, Georgia, 1973, pages 23 et 33.

toute organisation, ce qui implique qu'elle doive d'abord et avant tout en faire l'essence de son "credo".

10.2 Enoncé de base

Notre revue de littérature étant effectuée, nous voilà maintenant en mesure de formuler l'énoncé de base qui est, en fait, la base d'un système d'activités humaines adapté aux besoins de l'organisation étudiée. Comme nous l'avons mentionné antérieurement, les fondements de cet énoncé devront se référer aux deux (2) zones vulnérables que sont le manque de concertation-coordination-communication et à l'organisation du travail. Le voici donc:

Le processus de gestion du sous-système administratif de l'Unité de soins de chirurgie, sous la responsabilité de son infirmière-chef, est un ensemble d'activités qui détermine les buts et les objectifs de l'Unité, adapte les structures organisationnelles, prépare les structures d'accueil pour la prise de décision et élabore un système de contrôle afin de répondre adéquatement aux besoins de la population de la M.R.C. de la Vallée de l'Or et de ses environs.

10.3 Validation de l'énoncé de base

Comme le propose la méthodologie de Checkland, six (6) critères permettent de vérifier la cohérence et le pragmatisme de la définition de l'énoncé de base à la solution de la problématique.

Propriétaire du système : L'Unité de soins de chirurgie

Environnement : Population de la M.R.C. de la Vallée de l'Or et les environs

Client du processus : Infirmière-chef de l'Unité de soins de chirurgie

Activités de transformation : Déterminer
Adapter
Préparer
Elaborer

Acteur : Infirmière-chef de l'Unité de soins de la chirurgie

Point de vue : Il s'agit d'effectuer les tâches à haut rendement, c'est-à-dire celles qui sont les véritables activités de gestion (planification, formation, évaluation, etc.), par opposition aux tâches à bas rendement consistant à éteindre les feux. Ceci dans le but d'assurer une saine croissance de l'Unité qui se doit d'assurer un service de qualité aux clients.

11. MODELE PROPOSE

Compte tenu du point d'ancrage sélectionné, un modèle conceptuel qui est un construit à partir de l'énoncé de base a été réalisé. Sans avoir la prétention d'être idéaliste, il représente un cadre de référence destiné à identifier les activités nécessaires pour obtenir une situation désirée.

Ce modèle trace, en fait, les grandes lignes d'un processus de gestion du sous-système administratif. Il met l'accent sur une gestion pro-active qui vise notamment, à coordonner les activités et à articuler les efforts des unités administratives concernées vers un tout cohérent, soit la dispensation de services et de soins à la population. Il se veut, aussi, dynamique et stimulant, puisqu'il suggère une réévaluation de l'organisation du travail et une clarification des rôles afin que tous considèrent, à juste titre, la contribution de chacun des membres à la poursuite de la mission et s'y sentent responsables.

Ce processus de gestion demande également un effort constant et continu au niveau des activités interdépartementales (voir la figure 17).

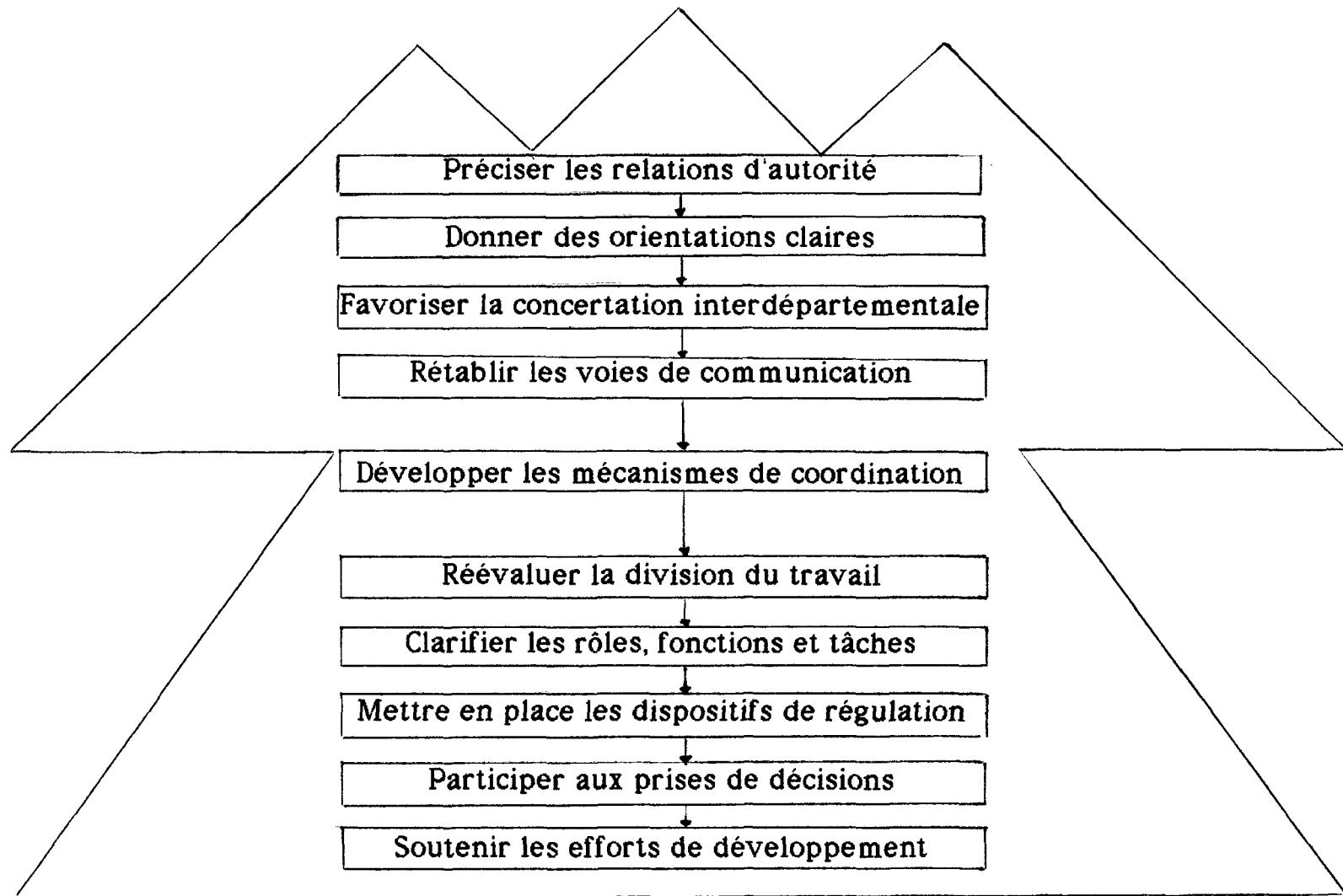


Figure 17: Modèle conceptuel: processus de gestion du sous-système administratif

12. COMPARAISON

Ce qui distingue la réalité vécue au sein de l'Unité de soins de chirurgie du modèle proposé est l'absence presque absolue d'activités de gestion. Ces activités dites de planification, d'organisation, de direction et de contrôle sont, pour la plupart, court-circuitées par une approche de gestion de cas par cas, communément appelée "système pompier".

Ainsi, les objectifs poursuivis par l'Unité sont flous et imprécis, le leadership laisse à désirer, le système de communication présente des bris importants, l'organisation du travail est déficiente, les prises de décision sont centralisées et les efforts humains sont méconnus. Ces constats mettent donc en évidence la présence d'écart importants avec la situation désirée; ils ont servi de guide dans l'élaboration des solutions et/ou recommandations appropriées qui suivent.

13. IMPLANTATION DU MODELE

13.1 Les changements potentiels (recommandations)

Une comparaison objective de la situation désirée que propose le modèle et de la situation réelle mise en évidence par l'image riche dénote la présence d'écart importants, lesquels ont servi de guide dans l'élaboration des recommandations suivantes:

1. Préciser les relations d'autorité

Clarifier les relations d'autorité auprès du personnel afin qu'il se limite à un seul supérieur immédiat et qu'il comprenne les rôles des différents leaders autour de lui que sont l'infirmière-chef, l'assistante infirmière-chef et les coordonnatrices. Ce personnel doit aussi pouvoir démêler son champ d'autorité respectif, ce qui entraînera:

- la diminution des possibilités de confusion et de conflits au niveau des directives, etc.;
- la responsabilité des gens face aux résultats anticipés.

Moyens suggérés

1. Rencontre de clarification auprès de l'assistante infirmière-chef et les coordonnatrices de soir et de nuit, et ensuite,
 2. Rencontre de clarification auprès du personnel de l'unité.
-
2. Donner des orientations claires

Faire le point sur la raison d'être de l'Unité.

Indiquer clairement le chemin à parcourir par le choix des orientations et des objectifs à poursuivre.

Développer un sentiment de partage de ces buts par l'ensemble des membres.

Moyens suggérés

1. Permettre à chacun des membres d'exprimer ses idées sur les orientations du Département, en les soumettant par écrit (une page maximum); une synthèse des idées est ensuite effectuée.
 2. Discuter de cette synthèse avec le personnel et déterminer ensemble, par la suite, des buts "accessibles". Il faut à tout prix éviter l'inaccessibilité, car rien n'est plus démoralisant pour le personnel lorsque vient le temps d'évaluer le degré de réussite dans l'atteinte des buts fixés.
 3. Véhiculer les orientations de l'Unité auprès de l'équipe de direction et des services de la salle d'opération et d'admission. Le personnel de la chirurgie devra en faire son "credo", c'est-à-dire son guide dans ses actions.
3. **Favoriser la concertation interdépartementale**

Instituer un ou plusieurs mécanisme(s) de concertation interdépartementale (Service d'admission, salle d'opération et Unité de soins de chirurgie), afin de retrouver et de préserver l'objectif ultime qui est de dispenser des services et des soins de qualité à la population et ce, par le biais d'un travail de collaboration. Ayant un effet direct sur la coordination et la

communication, cette mesure facilitera de beaucoup la planification et l'organisation des activités des services concernés, particulièrement celles de l'Unité de soins de chirurgie.

Moyens suggérés

1. Formation d'un comité tripartite dont le but sera de regrouper les trois (3) chefs de services (admission, salle d'opération et chirurgie), afin qu'ils puissent se concerter et mettre en commun un plan pour agir dans une même direction, soit les services et les soins à la clientèle.
2. Elaboration d'un calendrier des rencontres sur une base mensuelle ou bi-mensuelle.
4. Rétablissement les voies de communication multidirectionnelles

Ouvrir les canaux de communications interdépartementales, c'est-à-dire favoriser les échanges et la transmission d'informations sur une base régulière, ce qui aura pour effet d'améliorer la coordination et l'exécution du travail en plus de permettre l'identification rapide des problèmes potentiels et leurs solutions.

Favoriser la communication bidirectionnelle à l'intérieur de l'Unité, c'est-à-dire, écouter ce que disent les membres, encourager la ventilation des frustrations et des besoins, ainsi que des idées; acheminer de l'information pertinente en quantité suffisante; donner un feedback constant;

Ces mesures mettront l'accent sur une circulation libre d'informations, favorisant ainsi les échanges entre les membres et l'identification plus rapide

des problèmes qui recevront, de fait, une attention particulière. Elle crée en même temps un contexte favorable au travail en équipe.

Moyens suggérés:

1. Augmenter les contacts directs avec les responsables des Services d'admission et de la salle d'opération. Informer ceux-ci de tous changements pouvant les concerner et vice-versa.
2. Discuter et résoudre un problème lorsqu'il se présente par un échange ouvert. Eviter d'accumuler des tensions interdépartementales.
3. Etablir un cycle de rétroaction (feedback) sur les performances de chacun de ces services.
4. Clarifier les procédures "confuses" interdépartementales.
5. Informer le personnel de l'Unité de l'évolution de la situation de l'Unité, ses progrès, ses difficultés, afin de les mettre en contact permanent avec la réalité et ce, en convoquant une réunion de service sur une base mensuelle et/ou bi-mensuelle au besoin.
6. Inviter, lors de ces rencontres, une personne de niveau hiérarchique supérieur, par exemple, la directeure des soins infirmiers, les coordonnatrices, le directeur général ou le chef du Service de l'admission ou de la salle d'opération, afin que les deux (2) instances se rapprochent considérablement de leurs préoccupations par une communication personnalisée et ouverte en mettant de côté une hiérarchie rigide. Ceci permettra aux supérieurs de comprendre et surtout de sentir les besoins des employés. Il s'agit d'améliorer le contact.

7. Mettre en branle un système d'évaluation de rendement de chaque employé, afin d'établir une relation qui soutiendra ce dernier dans son développement. Il s'agirait de lui communiquer sa fiche d'aptitudes, ses qualités, d'identifier avec lui ses besoins de formation et d'échanger sur ses aspirations professionnelles, ses attentes vis-à-vis l'organisation et son supérieur immédiat et sur ce que celui-ci attend de lui.

5. Développer des mécanismes de coordination

Favoriser la coordination préventive par des activités qui anticipent les problèmes potentiels de coordination et qui prescrivent les étapes à franchir pour les prévenir et/ou minimiser leur impact.

Favoriser la coordination progressive par des activités qui tentent d'améliorer, à l'intérieur d'un processus continu, l'articulation de toutes les parties du système.

Moyens suggérés

A l'externe

1. Rencontres régulières du comité tripartite afin de prévoir ensemble, à court, moyen et long terme, les changements à apporter. Cette activité nécessite beaucoup d'échanges et de rapports entre les trois (3) services concernés.
2. Etablir un programme opératoire équilibré, tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif, sur une base hebdomadaire. Cette activité favoriserait une meilleure planification et organisation du travail et

pourrait être amorcée le vendredi de chaque semaine pour la semaine suivante, et ce, avec la participation des trois (3) services concernés.

3. Elargir la composition des membres du comité de normes et séjour en adjoignant comme membres les chefs du Services d'admission, de la salle d'opération et de l'Unité de soins de chirurgie. De par leur expertise "sur le terrain", ces personnes enrichiront, sans aucun doute, les échanges et décisions sur l'utilisation rationnelle des lits.
4. Etablir un mécanisme de coordination voire de supervision directe entre les secteurs d'activités, à partir de la Direction des soins infirmiers, afin de s'assurer du bon fonctionnement interdépartemental (ex.: respect des procédures, heure d'arrivée des bénéficiaires, préparation s.o.).
5. Communiquer, dans un bref délai, toute information concernant un congé autorisé ou préavis de 24 heures de départ des clients au Service d'admission. Cette information permettra une meilleure planification quotidienne au niveau de la gestion des admissions.
6. Inciter les chirurgiens à inscrire sur la formule d'admission la durée approximative du séjour d'hospitalisation, ce qui permettrait alors une meilleure planification au niveau des admissions et de l'utilisation des lits.

A l'interne

1. Réviser l'éventail de management par une restructuration de la division du travail ou par une délégation des responsabilités. Ceci favorisera une meilleure coordination et un meilleur contrôle sur ce qui se passe à l'Unité.

2. Développer et/ou utiliser des outils pour la coordination des soins, en ce qui a trait à:

- la préparation pré-opératoire;
- l'enseignement post-opératoire;
- l'enseignement de départ;
- les traitements à dispenser;
- l'utilisation du plan de soins.

3. S'assurer de la représentation de l'Unité sur les divers comités en fonction au niveau de la Direction des soins infirmiers et du Centre hospitalier, tels que le comité d'humanisation des soins, le comité d'évaluation des soins, etc.

Cette recommandation vise à remettre l'ensemble des membres de l'Unité de soins "sur la carte" à l'intérieur de l'établissement en suscitant leur collaboration et leur participation aux différentes prises de décisions en plus d'avoir accès à l'information à l'état brut.

6. Réévaluer la division du travail

Réviser le mode d'assignation des tâches afin:

- que le travail à effectuer soit réparti le plus équitablement possible;
- qu'il nécessite l'entraide et l'esprit d'équipe;
- qu'il distribue les tâches selon une utilisation optimale des ressources.

Moyens suggérés

1. Consulter d'autres unités de soins chirurgicaux dans d'autres centres hospitaliers afin d'entrevoir divers fonctionnements.

2. Procéder à l'analyse des tâches effectuées présentement. Vérifier leur degré de pertinence, éliminer celles qui ne le sont plus. Déléguer les tâches aux membres de l'Unité selon leurs habiletés et leurs connaissances. Cette mesure exige une révision du système de routines et de tâches en vigueur depuis près de 10 ans et demande l'apport de modifications en vue d'améliorer la mécanique du système.
3. Modifier l'heure d'admission des bénéficiaires de catégories semi-urgentes et électives, actuellement prévue à 11 h 00 am, pour 13 h 30 pm. Ceci permettra une meilleure organisation du travail et favorisera un meilleur accueil du client.
4. Respecter la procédure de délai de préparation du client en pré-opératoire immédiat qui se situe à l'intérieur d'une heure d'appel de la salle d'opération, ce qui, une fois de plus, améliorera la planification et l'organisation du travail.

7. Clarifier les rôles, fonctions et tâches

Communiquer clairement à chacun des membres de l'unité son rôle, ses fonctions et ses tâches afin qu'il sache précisément ce qu'on attend de lui en termes de résultats à produire et qu'il puisse contribuer efficacement à la réalisation des objectifs de l'Unité. Lui communiquer également les rôles et fonctions de ses collègues, afin qu'il considère le travail des autres et comprenne mieux la contribution de chacun au bon fonctionnement de l'équipe.

Moyens suggérés

1. Réviser avec chaque employé son rôle et ses fonctions lors de la période d'évaluation de rendement et lors de la période d'initiation.
2. Préciser à l'ensemble des membres les rôles et fonctions de chacun.

8. Mettre en place des dispositifs de régulation

La mise en place de dispositifs de régulation va permettre non seulement un meilleur contrôle sur l'organisation du travail, mais engendra une diminution des conflits possibles, tant à l'externe qu'à l'interne. Ils agiront à titre d'intégrateurs.

Comme dispositifs de régulation, on peut nommer les suivants:

- l'élaboration de normes de rendement;
- l'élaboration de politiques internes;
- l'évaluation de rendement sur une base minimale annuelle;
- la mise sur pied d'un comité tripartite, c'est-à-dire constitué des trois (3) secteurs concernés.

9. Participer aux prises de décisions

- Susciter la participation du personnel au processus de décisions, et particulièrement lorsque celles-ci les concernent directement.
- Promouvoir la consultation et la décentralisation à l'intérieur de l'Unité. Cette mesure permettra aux membres de maîtriser un peu plus leur environnement, ce qui amènera un niveau de confiance et d'engagement élevé de leur part.

Moyens suggérés

1. Exposer aux membres divers problèmes de management et susciter leur participation à la résolution de problèmes.
2. Consulter les membres lors de l'élaboration de nouvelles politiques internes ou lors de leurs modifications, etc.

10. Soutenir les efforts de développement des membres

- Identifier les besoins de formation des membres pour accomplir adéquatement leurs tâches.
- Donner du feedback régulièrement aux membres.
- Mettre en lumière les pistes de développement dans lesquelles ils doivent s'engager s'ils veulent s'améliorer³¹.
- Reconnaître les efforts collectifs par l'entremise de mesures incitatives autres que celles monétaires;
- Ecartez les obstacles qui se dressent contre l'atteinte de leurs objectifs.

En soutenant les employés vers un effort de développement, ceux-ci seront plus en mesure d'assurer leur collaboration et leur engagement à la réalisation des objectifs de l'Unité.

Moyens suggérés

1. Prévoir et dispenser la formation nécessaire aux employés avant qu'ils ne soient "sur la ligne de feu".
2. Etablir des objectifs de développement conjointement avec chacun des employés.
3. Encourager et féliciter les membres de leur bon travail et des progrès accomplis.
4. Développer des mesures incitatives (ex: accorder des journées sans solde, ajouter du personnel lorsqu'il y a un accroissement de travail).
5. Etre à l'écouter des membres.

31. Gilles Charest, "Evaluer le rendement et développer la compétence du personnel", Revue MBA, vol. XIII, numéro 3, juin 1987, page 44.

13.2 Les conditions d'implantation du modèle

L'implantation de ce modèle implique, inévitablement, la notion de changement, laquelle accompagne les recommandations ou solutions issues de l'image riche de l'Unité de soins.

Bien que le processus de changement soit déjà bien enclenché au sein de l'Unité, son succès n'est pas, à ce stade-ci, pour le moins garanti. Ayant franchi deux (2) des trois (3) étapes implicites au changement³², soit: 1) le dégel, où l'unité éprouve un certain inconfort, un déséquilibre, voire même une nécessité de changement et 2) le mouvement où les gens manifestent leur volonté, leurs aspirations à vivre une meilleure situation en cherchant des solutions adaptées à ce qu'ils vivent, il reste enfin à réaliser la troisième phase d'intégration, soit celle du regel qui se veut une étape critique et à l'intérieur de laquelle il s'agit d'intégrer les nouveaux comportements au système affecté, afin que ce système "modifié" soit supporté par son environnement.

Ainsi, compte tenu de la situation actuelle, il s'avère essentiel, pour la réussite de l'implantation du modèle, de s'assurer de la mise en place des préalables suivants:

1. On doit reconnaître et supplanter auparavant ou en cours de route deux (2) problèmes potentiels que sont le manque de temps consacré à la gestion et le phénomène de sous-dotation. Ainsi:

32. P. Colerette, G. Delisle, Le changement planifié. Montréal, Ed. Agences D'Arc inc., 1984, page 27.

- l'infirmière-chef devra se retirer des activités opérationnelles pour s'attarder de façon plus spécifique et plus assidue aux activités de gestion qui sont la base du modèle proposé. Ainsi elle devra déléguer ses tâches opérationnelles à certains membres;
 - pour la sous-dotation sur le quart de jour durant les fins de semaine et sur le quart de soir pendant la semaine, il s'agira de réévaluer l'organisation du travail pour ensuite se prononcer sur le nombre et type exact de personnel à ajouter.
2. On doit obtenir l'engagement de la Direction des soins infirmiers et autres directoarts connexes. Il importe que la Direction s'implique rapidement et totalement dans le processus de changement en posant des gestes pour faciliter cette démarche, soit par de l'écoute active, du support moral, des communications multidirectionnelles, une présence au sein des membres, une ouverture d'esprit, etc.
3. Il doit y avoir une participation des services de la salle d'opération et d'admission à la mise en place d'un comité d'intégration.
4. Enfin, le travail s'effectuera avec un respect du plan tactique d'implantation des solutions et de l'échéancier prévu (voir le tableau 2).

Sans ces préalables, l'implantation sera vouée à l'échec dû au fait que la situation ne s'améliorera pas, ce qui risque d'entraîner une régression au stade antérieur à la suite d'une ré-démotivation des gens impliqués.

Tableau 2: Calendrier du plan d'action

L'implication du modèle proposé sera, selon l'avis de la chercheure, une contribution significative, non seulement à l'Unité de soins de chirurgie, mais aussi à l'ensemble de l'organisation dans la mesure où la démarche sera bien menée. Ainsi, si l'on réussit à intégrer les efforts des différentes unités et/ou services vers la réalisation d'un objectif ultime, à savoir la dispensation des soins et services au client, l'organisation, ses membres et le client ne se porteront que mieux.

14. EVALUATION DE L'INTERVENTION

Compte tenu des limites de temps inhérentes au dépôt du présent mémoire, il a été impossible pour la chercheure de participer à l'implantation du modèle proposé. Cependant, sa présence soutenue auprès des acteurs tout au long de la phase diagnostic lui a permis de prendre part au processus de changement mis en branle dès son arrivée. Même si elle n'a pu participer à l'implantation des solutions proposées, la chercheure a su empreindre les acteurs d'une nécessité de remettre en contexte, de façon perpétuelle, les solutions adoptées, processus qui ne finit jamais en soi.

Par conséquent, la chercheure croit que l'acteur de l'énoncé de base, soit l'infirmière-chef, est capable d'implanter les solutions sans trop de heurts. Le modèle proposé et accepté comprend les outils nécessaires à cette réalisation. Ainsi, en date du 5 novembre 1987, soit un mois après la fin de l'intervention, il semble, selon l'infirmière-chef, que le climat soit meilleur et que le personnel de l'Unité soit engagé dans le processus du changement proposé. Tout laisse croire que la démarche a porté fruit et que la chercheure a procuré aux acteurs l'élément motivationnel pour s'y engager.

QUATRIEME PARTIE

REFLEXION D'ORDRE METHODOLOGIQUE

Ce chapitre se veut une étape de réflexion de la part de la chercheure, tant au niveau du contenu de sa recherche, qu'au niveau de son déroulement. Un bref recul sur les étapes de la démarche lui permettra d'identifier et de discuter les aspects de son utilité et de ses limites.

La méthodologie privilégiée au cours de cette recherche-action, soit celle des systèmes souples de Peter B. Checkland, est à la fois simple, souple et rigoureuse. Reconnue pour sa flexibilité et sa perméabilité au changement ou à tout élément de force nouveau, elle a permis à la chercheure de s'adapter et d'appréhender le réel. Par exemple, au début de notre intervention, un des acteurs principaux subissait d'urgence une intervention chirurgicale, ce qui nous a un peu "déstabilisé" comme chercheure face à la prospective du déroulement de l'intervention. Cependant, étant donné que la démarche avait été conçue pour s'attaquer à des situations complexes et peu structurées, nous avons vite regagné notre confiance en l'appliquant telle quelle. Cette démarche concrète, s'appuyant sur des étapes conjointes et élémentaires, nous a quand même permis de bien circonscrire la réalité à l'étude.

Peu explicite dans les ouvrages d'ordre méthodologique, nous avons découvert, par notre intervention, que la réussite de la démarche était conditionnelle à la présence de deux (2) facteurs préalables. Il s'agit, en fait, 1) d'une volonté de changement chez les acteurs et 2) de l'engagement de la Direction face à une telle intervention, celui-ci allant jusqu'à épouser toutes les conséquences de l'intervention.

Sans ces deux (2) facteurs élémentaires, nous croyons que notre intervention aurait été vouée à l'échec et qu'elle risquait de perturber encore plus l'organisation et d'augmenter la frustration chez les gens. Comment est-il possible de penser faire une recherche-action sans l'appui et/ou la participation de l'une ou l'autre des parties, que sont la chercheure et les acteurs? Et même si les acteurs concernés "embarquent" dans un processus comme celui-là, à quoi se résument ses chances de succès si la Direction n'y adhèrait pas? Selon nous, il devient essentiel d'accorder une attention particulière à ces éléments avant d'entreprendre le processus de recherche. Au cours de notre intervention, une forme de boycott a été exercée envers la Direction lors de la présentation de la chercheure et des objectifs de la recherche. Lors de cette rencontre, huit (8) personnes sur les 25 employés de l'Unité étaient présentes. La chercheure a donc été saisie de cette forte opposition du groupe de chirurgie face à la directeure des soins infirmiers et a demandé, lors d'une deuxième tentative de rencontre, que la directeure des soins infirmiers quitte les lieux après les présentations formelles, afin que la chercheure puisse prendre contact avec le groupe en leur présentant, en toute sincérité, le but avoué et le déroulement de la recherche. C'est à ce moment qu'elle s'est engagée avec eux dans l'élaboration d'un contrat entre elle et les acteurs. Bien que la méthodologie prévoit une démarche de groupe où transpire une forme de complicité entre chercheure et acteurs, faut-il nourrir constamment cette complicité? A prime abord, ni la chercheure, ni les acteurs ne savaient exactement à quoi s'attendre de ce contrat et/ou de cette relation. Une certaine insécurité s'est installée et chacun écoutait et observait autour de

lui ou était sur "ses gardes". La chercheure montant à bord d'un train déjà en marche, risquait d'en modifier l'itinéraire et la destinée.

Compte tenu de cette situation, il importait, à ce stade-ci, d'accorder une attention particulière à la façon dont la chercheure prendrait contact avec le milieu et ses gens, étant donné qu'ils étaient à la fois méfiants et vulnérables. Le succès de l'intervention en dépendait.

La chercheure devait développer une relation de confiance solide entre les deux (2) parties. Nous avons donc suggéré la création d'un comité d'intervention où la composition des membres serait essentiellement des gens de l'Unité de soins. Élu selon chaque catégorie d'emploi, ce même comité, serait le premier à obtenir un feed-back continu de la chercheure et à se prononcer sur la validation. C'est à ce moment-là que les acteurs ont commencé à voir l'expert comme une source d'aide et non comme un épieur qui cherche à semer la zizanie.

L'élaboration d'un mandat clair était de première importance lors de toute intervention, si l'on ne voulait pas semer la confusion. Son contenu devait être diffusé directement par la chercheure à tous les gens concernés afin de s'assurer d'une participation active de leur part, le bouche à oreille risquant de déformer l'essentiel des informations. Aussi, lors des rencontres préliminaires et lors des entretiens individuels, la chercheure a cru bon d'expliquer clairement à chacun le contrat de la chercheure et celui des acteurs. Cela a eu pour effet d'amener les gens à répondre aux interrogations de la chercheure, en plus de lui apporter une mine d'informations autres que

celles recherchées. L'acteur se sentait maintenant "impliqué" dans la démarche. Les objectifs de l'intervention devaient être clairs et précis pour chacune des parties, car on ne doit pas se leurrer, la chercheure et les acteurs ne visaient pas tous les mêmes choses. La chercheure, ici, était, à vrai dire, plus préoccupée par la réalisation de l'intervention, son déroulement et l'acquisition de connaissances, tandis que les acteurs, eux, étaient plutôt intéressés par la résolution de leur malaise. A partir de là, la négociation a commencé entre la chercheure et les acteurs, à savoir trouver un terrain d'entente favorisant les deux (2) parties. Pour ce faire, il a fallu, a priori, mettre cartes sur table, c'est-à-dire préciser ensemble certains éléments, tels que les objectifs, les étapes de la démarche et les implications attendues de la chercheure et des acteurs, leurs conséquences, ainsi que l'estimation de la durée des phases successives de l'intervention.

Une fois cette étape franchie, la chercheure s'est aperçue que la méfiance des acteurs s'estompait et qu'ils étaient prêts à s'aventurer dans un "mariage" chercheure-acteurs. Il s'agit bien d'un mariage, si l'on considère les liens de communication étroits qui doivent exister entre les deux (2), étant donné qu'ils sont de part et d'autres des sources importantes de renseignements. Chacun a son bagage de connaissances et sa façon de voir le monde, et s'il fallait que l'un triche l'autre, ni la chercheure, ni l'acteur ne pourrait apprêhender de façon constructive la résolution de la problématique.

La première étape de la démarche invite la chercheure et les acteurs à se concentrer sur l'état de la situation présente. La démarche suggère que la chercheure aille prendre contact avec le milieu, mais ne spécifie rien de plus à

cet effet. Nous croyons qu'un des meilleurs moyens d'amasser les données est que la chercheure vive sur le terrain, c'est-à-dire qu'elle se mêle au milieu de l'étude afin d'en prendre le pouls et d'en examiner toutes les facettes. Ainsi, sur une base consécutive de 13 jours, la chercheure a été présente à l'Unité pour un total de 103 heures. Sa présence continue lui a permis de recueillir une foule de données et/ou de faits bruts par l'entremise de témoignages et d'observations simples, ce qui a eu pour effet de l'empêcher de dévier de la réalité en évitant de se centrer sur un point particulier. Sa présence physique sur les lieux a, en plus, favorisé la consolidation d'une relation de confiance mutuelle avec les acteurs. Ainsi, le personnel de l'Unité la percevaient comme une partenaire parmi d'autres lors de la résolution de la situation problématique. Ils arrêtaient, à tout propos, dans le bureau de la chercheure pour lui donner des informations et/ou pour s'informer de l'état de la situation, en plus de s'ouvrir considérablement lors des entretiens.

Puis, enfin, vient le dénouement de cette phase consistant à valider ensemble l'image riche. Pour les acteurs, il s'agissait d'une période d'attente du verdict qui les rendait inconfortables, tout en les poussant vers une forte curiosité face à ce dénouement. On avait peur de savoir, mais en même temps, on avait hâte, ce qui traduisait une volonté des acteurs à s'engager dans un processus d'amélioration. Les questions de validation interne proposées par Checkland nous amènent, cependant, à questionner, jusqu'à un certain point, sa "pertinence". Le premier "hic" se pose quant aux personnes qui valident. Notre compréhension de la méthodologie des systèmes souples nous laisse croire qu'une validation auprès du mandant suffit; dans notre cas, nous aurions donc eu à valider auprès de la directeure des soins infirmiers qui

s'avère ce mandant. Etant donné qu'elle n'est pas un "acteur" naturel de l'Unité étudiée, comment aurait-elle su valider ou corroborer les faits ou les données, alors qu'elle n'a pas vécu au sein du système? Les véritables propriétaires du problème ne sont-ils pas les acteurs du système étudié? Enfin, pour ce qui est de notre intervention, nous avons choisi de valider auprès des acteurs directement impliqués dans la situation étudiée, c'est-à-dire le personnel de l'Unité, afin de ne pas dissimuler la réalité et de répondre adéquatement aux besoins du système étudié.

Le deuxième questionnement a trait à la validation interne du modèle conceptuel. Nous avons perçu, lors de notre intervention, qu'à cette étape, la chercheure se présente plus comme un expert qui dévoile "la solution" tant attendue par les acteurs, ce qui place ces derniers dans une position d'infériorité au sein de laquelle ils ne peuvent ou n'osent réfuter les recommandations de la chercheure en raison de son expertise. Cette dernière est perçue un peu comme le sauveur, "il est dépositaire d'un savoir qui légitime ses intentions de changement"³³. Cependant, la chercheure, ayant établi une relation de confiance auprès des acteurs, nous croyons que cette relation a eu une grande influence sur l'obtention du consensus autour du modèle. Toujours dans une perspective de validation, nous avons expérimenté, lors de notre intervention, une nouvelle approche pour ce faire. Etant donné que nous préférions valider auprès des acteurs, pour les raisons mentionnées auparavant, nous avons opté pour la création d'un comité d'intervention. Ce comité, composé de huit (8) acteurs et de la chercheure a

33. P. Colerette, G. Delisle, Le changement planifié, Montréal, Ed. Agences d'Arc inc., 1984, page 142.

permis à ce que l'ensemble des membres soient représentés pour la validation et qu'ils obtiennent le feed-back nécessaire à chaque étape de la démarche. Comme la méthodologie prévoit l'obtention d'un consensus à cette étape, ce comité a simplifié de beaucoup le processus. Nous croyons également qu'elle facilitera l'implantation des solutions, étant donné qu'elles sont connues et acceptées par les gens concernés. Soulignons que la constitution du comité s'est effectuée par les acteurs même. Ne voulant pas être taxée de manipulation au niveau du déroulement de l'intervention, la chercheure a préféré que ceux-ci se nomment eux-mêmes des représentants selon chaque catégorie d'emplois, ce qui les rendait responsables également face aux résultats de la démarche. Il fut intéressant de noter que la composition du comité reflétait les groupes majoritaires (de jour) et minoritaires (de soir et de nuit), malgré que la chercheure ait souhaitée un certain équilibre. Jusqu'à quel point ce phénomène a-t-il influencé la démarche? Nous ne pouvons nous prononcer encore sur ce point, mais le questionnement demeure présent à notre esprit. Un élément, cependant, tourmente la chercheure: il s'agit de la qualité et la quantité de feed-back reçu par l'ensemble du personnel par le comité d'intervention. La chercheure n'avait qu'un moyen de contrôle à ce niveau, soit une relance en début de chaque rencontre de validation. Etant donné qu'elle préconisait la responsabilité des acteurs, la chercheure n'a pas osé interférer. Néanmoins, si l'étude était à refaire, d'autres moyens de contrôle seraient envisagés.

A ce point, dans notre réflexion, il importe de soulever l'approche utilisée lors de la période de validation, surtout en ce qui a trait au modèle proposé. Nous nous sommes aperçus, bien souvent, les acteurs sentent et

vivent un malaise, mais ne comprennent ni le "pourquoi" ou ni le "comment" de s'en sortir. Pour nous, en plus de l'approche participative où les gens participent à la validation, l'approche pédagogique s'est avérée intéressante pour le cheminement du groupe. L'objectif de l'approche pédagogique, selon Charbonneau, "est de laisser et même de créer du savoir dans l'entreprise et de la rendre ainsi plus autonome"³⁴. Cette approche théorique a donc permis d'introduire le changement en amenant les acteurs à comprendre les différents problèmes auxquels ils sont confrontés et les principes de base d'une bonne gestion qui sous-tendent les solutions à envisager. Cette façon de faire faisait référence aux convictions de la chercheure qui valorise l'acteur comme étant un être intelligent, en possession d'un certain savoir; en conséquence, il diminue les zones d'incertitude et est donc enclin à participer au changement. Nous croyons également que cette approche favorisera l'adhésion des membres aux solutions, compte tenu qu'ils sont en mesure de comprendre les effets bénéfiques de leur implantation. De plus, malgré les limites incontrôlables qui sont apparues au cours de la recherche, à savoir le facteur temps, l'absence de l'infirmière-chef lors des périodes d'observation et l'absence de deux (2) membres du comité à la dernière des trois (3) rencontres, nous pouvons, cependant, estimer que ces limites n'ont pas été, en soi, nocives aux résultats de la recherche, et malgré elles, nous croyons en la pertinence et la faisabilité des solutions car le personnel de l'Unité était prêt à s'engager dans un processus de changement.

34. Yvan Charbonneau, Le changement planifié dans les P.M.E. Thèse de doctorat présentée à l'I.S.E.O.R., Université de Lyon II, 1987, page 74.

Jusqu'ici, nous avons porté une attention plus particulière aux étapes de la démarche. Toutefois, la réalité nous oblige à cogiter sur un autre aspect de cette recherche, soit celui de la neutralité de la chercheure.

La méthodologie de Peter B. Checkland met beaucoup d'emphase sur la "neutralité du chercheur" au cours de la recherche. Mais que signifie-t-elle? Est-ce faire fi de nos valeurs, de nos connaissances et de nos expériences de vie? Est-on capable, en tant qu'être humain et chercheur, d'être d'une objectivité absolue? A titre de chercheure, nous ne sommes nullement convaincues de la capacité de passer outre nos convictions profondes. Ainsi, au cours de cette recherche, la chercheure n'a pas crain de prendre en considération ses convictions et ses intuitions de départ qui lui ont servi de fondements ou d'hypothèses personnelles de travail (lesquelles ont déjà été énoncées.) La chercheure ne pouvait faire fi de ses convictions et a voulu être sincère en les reconnaissant; même si elle avait voulu les cacher, celles-ci auraient sûrement transpirer d'une façon ou d'une autre au long de sa démarche.

A partir de cela, on peut en déduire que ces hypothèses et/ou biais de la chercheure ont sûrement eu une influence sur le déroulement de l'intervention. Le fait qu'elle était convaincue du caractère participatif d'une démarche a sans doute influencé l'idée de validation par les acteurs et la constitution d'un comité d'intervention. On n'a qu'à regarder l'essence des recommandations pour s'apercevoir qu'elles aussi commandent l'engagement de tous. Ces biais ont, certes, facilité l'obtention de consensus lors des rapports d'étapes et il est à prévoir qu'ils en faciliteront l'implantation des solutions.

Toutefois, il s'avère que ces hypothèses de départ concordaient avec les besoins des acteurs dans cette situation, par exemple, l'exercice d'un certain contrôle sur leur environnement. Cependant, si la problématique et/ou les acteurs avaient été tout autre, nous pourrions nous questionner quant à la possibilité de vérifier ces hypothèses. Dans ce cas-ci, elles ont été vérifiées, à la grande satisfaction de la chercheure. Les gens ont participé avec un intérêt marqué à toutes les étapes de la démarche et se disaient prêts à entreprendre les changements nécessaires, les zones d'incertitude étant dès lors amoindries.

Selon nous, même si la chercheure tente de se soustraire de ses convictions profondes, elle ne fera que se parjurer, car il est impossible d'y arriver. Le concept de neutralité a également gagné notre attention du fait que la chercheure faisait partie du super-système et qu'elle s'en était retirée en partie pour effectuer la recherche et son mémoire (sa réintégration était prévue par après). De plus, tout au long de l'intervention, la chercheure était soumise à deux (2) facteurs stressants: 1) connue du milieu, elle avait la charge de maintenir sa crédibilité car, de chercheure qu'elle était, elle allait devenir un "futur acteur" et 2) aspirant à un poste plus élevé à son retour, il fallait qu'elle fasse ses preuves, tant auprès de la direction que du personnel. Peut-elle alors garder sa neutralité en tant que chercheure, alors qu'elle est issue du milieu? Nous pensons qu'il est évidemment plus difficile de garder une certaine distance et de prendre certains risques en tant qu'agent de changement. Cependant, il s'avère qu'il y a aussi des avantages à être agent interne, comme l'a démontré notre intervention. Ainsi, la chercheure était un peu plus préoccupée à résoudre la problématique par la recherche de solutions

optimales avec la participation et la collaboration des gens. Contrairement à ce qu'elle anticipait, le contact étroit avec les acteurs a remporté la palme. Est-ce à cause de la relation de confiance établie au début de la démarche? Est-ce dû plutôt au fait que la chercheure était un membre de l'organisation? Ou est-ce que sa connaissance du milieu, au préalable, l'a conduit à privilégier certaines informations? Bref, on pourrait discourir longuement sur ces questionnements, sauf que le fait de faire partie de l'organisation n'a pas, selon nous, causé préjudice, ni aux gens, ni à l'étude. Nous croyons que la chercheure a exercé une réelle influence sur l'organisation, mais surtout par son pouvoir d'expertise, ses connaissances académiques et ses valeurs. Soulignons, qu'elle s'est sentie à l'aise avec la démarche et qu'elle a pu jouer plusieurs rôles en cours de route: aide, guide, enseignant, participant et chercheure.

Contrairement au modèle de consultation traditionnel, la chercheure a préféré de beaucoup le modèle appliqué ci après, soit celui du diagnostic-intervention. Comme le veut l'approche traditionnelle, l'intervenant s'engage dans un processus de résolution de problèmes qui consiste à jeter un regard rapide et "objectif" sur la situation problématique pour ensuite choisir et appliquer de façon intégrale un modèle déjà existant qui tenterait de répondre aux besoins identifiés. Dans ce cas-ci, cette approche aurait sûrement conduit la chercheure à adopter et à implanter le modèle de la D.P.O. (direction participative par objectifs). Mais ce modèle aurait-il répondu aux besoins des acteurs concernés? Nous en doutons, car ce modèle général n'est pas assez spécifique pour répondre à tous les besoins identifiés au préalable.

C'est ainsi que notre intervention se distancie par rapport à l'intervention traditionnelle. Bien que le processus de résolution de problèmes conduise l'intervenant à regarder la situation qui fait problème, il l'oblige à bien comprendre la situation vécue en l'introduisant sur le terrain, ce qui l'amène à identifier avec plus de précisions les zones problématiques. Puis, à l'opposé d'une intervention traditionnelle qui cherche une réponse aux causes "problèmes" à l'intérieur d'un éventail de modèles prêts à planter, la méthodologie que nous avons appliquée préfère, elle, construire un modèle à l'image des besoins identifiés, à l'aide d'un mélange d'éléments provenant de modèles déjà existants. Il ne s'agit donc pas d'adopter un modèle général qui tient compte d'un contexte particulier. Ainsi, notre modèle regroupe plusieurs éléments de divers modèles, tels que la D.P.O., où il met en vedette la participation des acteurs aux objectifs de l'organisation et à la prise de décision. Puis, viennent les notions de différenciation et d'intégration qui nécessitent de la coordination et une mise en commun pour la réalisation d'un but commun. Le modèle de Peters et Waterman centré sur le client vient aussi consolider les solutions envisagées en rappelant l'objectif ultime de toute organisation, soit la satisfaction du client en guise de recevoir des services.

Somme toute, nous croyons que l'approche utilisée au cours de cette intervention nous a permis d'élaborer des solutions "sur mesure" pour le contexte à l'étude, donc réalisables et pertinentes, en plus d'approfondir les connaissances de la chercheure par l'entremise de transformations de modèles reconnus.

CONCLUSION

Cette recherche-action avait pour but de répondre à une situation problématique par l'identification des sources de dysfonctionnements et des changements nécessaires et réalistes pour le contexte à l'étude, tout en cherchant à approfondir les connaissances de la chercheure.

Cette recherche-action s'est donc avérée une expérience à la fois profitable et enrichissante et ce, tant pour les acteurs que pour la chercheure. Ainsi, cette démarche a fait prendre conscience aux membres de l'Unité de soins de chirurgie qu'ils pouvaient, effectivement, exercer un certain contrôle sur leur environnement. Cette prise de conscience apparaît être, selon nous, l'élément pulsateur dont ils avaient besoin pour progresser; elle vient, par ailleurs, conforter la théorie de Crozier sur le pouvoir qui évoque justement que "le processus au sein d'une organisation dépend du contrôle que l'acteur ou le groupe peuvent exercer sur une source d'incertitude affectant la capacité de l'organisation d'atteindre ses objectifs"³⁵.

Cette intervention a également permis à la chercheure de mettre en lumière certains points. Tout d'abord, elle a su faire cheminer les acteurs vers un processus de changement, tout en reconnaissant et vérifiant ses hypothèses de travail qui sont en soi des biais de sa part. Elle a également fait contrepoids à la croyance populaire du secteur hospitalier qui prétend que le

35. Michel Crozier; Erhard Friedberg. L'acteur et le système. Paris, 1977, page 67.

contrôle sur l'environnement est quasi-impossible en montrant à l'aide du modèle proposé qu'il était bel et bien possible de contrôler une bonne part de l'incertitude liée à l'environnement.

Grâce à son approche pragmatique plutôt que théorique, cette recherche a, par conséquent, conduit les acteurs et la chercheure à l'atteinte de leurs objectifs.

BIBLIOGRAPHIE

- Barrette, Jean et Gesner, Barbara. The head nurse. Her leadership role. New York, Ed. Apple - Century - Crafts, 1986. 450 pages.
- Bergeron, J.-L. et al. Les aspects humains de l'organisation. Chicoutimi, Ed. Gaétan Morin, 1983. 337 pages.
- Bergeron, Pierre-G. La gestion moderne. Chicoutimi, Ed. Gaétan Morin, 1983. 394 pages.
- Brunet, Luc. Le climat de travail dans les organisations. Ottawa, Ed. Agence d'Arc, 1983. 141 pages.
- Collerette, P. et Délisle, G. Le changement planifié. Montréal, Ed. Agences d'Arc Inc., 1984. 213 pages.
- Crevier, M. et Monteil B. Principes de management. Québec, Ed. Les Presses de l'Université du Québec, 1981. 531 pages.
- Crozier M. et Friedberg, E. L'acteur et le système. Ed. du Seuil, 1977.
- Gagnon, Dominique. Le développement organisationnel. Ottawa, Ed. Agence d'Arc Inc., 1986. 119 pages.
- Gagnon et al. L'entreprise: son milieu, sa structure et ses fonctions. Chicoutimi, Ed. Gaétan Morin, 1986. 369 pages.
- Gélinier, Octave. Direction participative par objectifs. Paris, Ed. Hommes et techniques, 1980. 60 pages.
- Koontz, H. et O'Donnell, C. Management: principes et méthodes de gestion. Ed. La collection administration Mc Graw-Hill, 1980. 618 pages.
- Ladouceur, Jean. Gestion efficace du personnel. Moncton, Ed. d'Acadie, 1983. 426 pages.

Laflamme, Marcel. Dix approches pour humaniser et développer les organisations. Chicoutimi. Ed. Gaétan Morin, 1979. 138 pages.

Laflamme, Marcel. Le management: approche systémique. Chicoutimi, Ed. Gaétan Morin. 1977. 247 pages.

Lippitt, Gordon. La pratique de la consultation. Victoriaville, Ed. NHP, 1978. 175 pages.

Lawrence, P. et Lorsh, J. Adapter les structures de l'entreprise. Intégration ou différenciation. Paris. Ed. D'Organisations. 223 pages.

Mintzberg, Henry. Structure et dynamique des organisations. Montréal. Ed. Agence D'Arc, 1986. 434 pages.

Montésinos, André. Formation des infirmières à l'organisation du travail. Lyon, Ed. Le Centurion. 160 pages.

Peters, T. et Austin, N. La passion de l'excellence. Paris, Interéditions, 1985. 441 pages.

Peters, T. et Waterman, R. Le prix de l'excellence. Paris, Interéditions, 1983. 359 pages.

Rigny, André-Jean. Diagnostic organisationnel. Montréal, Ed. Agence d'Arc inc. 1982. 365 pages.

Périodiques

Charest, Gilles. "L'écologie sociale et le management", Revue MBA, vol. XIII, no. 4, septembre 1987. pages 46 et 47.

Oncken, Bill. "Organisation du temps: Qui écope du singe?", extrait de l'article paru dans Harvard Business Review, numéro de novembre et décembre 1974.

Autres documents

Association des infirmières et infirmiers du Canada. Administration d'une unité de soins. 1980. page 194.

Beaufort, B. et Longest Jr. Administrative coordination in General Hospitals. Ottawa, Publishing services divisions School of Business Administration, Georgia Stage University. page 223.

Charbonneau, Yvan. Le changement planifié dans les P.M.E. thèse de doctorat présentée à l'I.S.E.O.R., Université de Lyon II, 1987. page 320.

Journal of nursing administration. Organization of Nursing Care. Massachusetts, Contemporary Publishing inc., 1975. page 47.

Maltais, Elizabeth. "Etude sur la coordination entre la demande pour interventions chirurgicales nécessitant une hospitalisation et l'offre de services du bloc opératoire au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke". Projet d'intervention Maîtrise en administration publique ENAP, 1983. page 74.

Plan d'organisation du Centre hospitalier St-Sauveur de Val d'Or. Révisé en juillet 1987.

Prévost, Paul. "Le diagnostic - intervention: une approche systémique au diagnostic organisationnel et à la recherche-action." Département des sciences économiques et administratives. Université du Québec à Chicoutimi, 1983. page 90.

Rondeau, Ginette. Etude sur les différences d'opinions exprimées par les professeurs et les étudiants au sujet de la démarche scientifique en "nursing". Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, 1970. page 86.

Statistique Canada, Recensement de la population, 1981.

ANNEXE 1

Mandat

**Diagnostic-intervention
à l'Unité de soins de Chirurgie du Centre hospitalier St-Sauveur**

juin 1987

MANDAT

DIAGNOSTIC - INTERVENTION
A L'UNITE DE SOINS DE CHIRURGIE
DU CENTRE HOSPITALIER ST-SAUVEUR

MANDAT

Le mandat consiste à établir un diagnostic organisationnel de l'Unité de soins de chirurgie du Centre hospitalier St-Sauveur dans le but d'identifier la ou les cause(s) réelle(s) d'une situation problème; et ensuite, soumettre les changements à apporter et ce, par l'obtention d'un consensus des sept (7) membres représentatifs ou, s'il y a lieu, par l'identification des sources de résistance. Soulignons cependant que l'application des changements à initier ne fait pas partie du mandat; cette étape sera entreprise par l'organisation.

1. L'ORGANISATION

Le Centre hospitalier St-Sauveur de Val d'Or est un établissement de santé entièrement subventionné par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Sa vocation de centre de soins de courte durée et de soins prolongés s'actualise par ses nombreux services et/ou départements soit près de trente-sept (37), avec une capacité de cent soixante-huit (168) lits.

En plus de fournir des services de médecine, d'obstétrique, de radiologie, laboratoire, pharmacie, d'anesthésie, de pédiatrie, de soins prolongés et autres, le Centre hospitalier St-Sauveur offre des services de chirurgie générale qui sont dispensés plus particulièrement aux unités de soins de la salle d'opération et de la chirurgie post-opératoire.

L'Unité de soins de chirurgie post-opératoire opère depuis l'ouverture du Centre hospitalier. D'abord une unité de soins où l'on dispensait tant les soins post-opératoires que certains soins d'urgence, avec une capacité de vingt et un (21) lits et un personnel de 1,0 ressource par client; cette Unité dispense maintenant, avec la venue de nouveaux spécialistes et chirurgiens, des soins plus spécialisés notamment en urologie, gynécologie, ophtalmologie, plastie, et ce, avec une capacité de trente-six (36) lits et un personnel de 0,56 ressource par client.

Malgré sa vocation de "surveiller, contrôler et fournir les soins infirmiers en quantité et qualité aux usagers souffrant de maladies physiques et nécessitant des soins chirurgicaux¹", l'Unité de chirurgie sert aussi de "dépannage" pour prodiguer des soins aux bénéficiaires ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale, communément appelé "cas de médecine".

Sa clientèle adulte de dix-huit (18) ans et plus, nécessitant des soins chirurgicaux, provient principalement d'une population environnante d'environ 40 000 habitants.

L'ensemble du personnel de l'Unité de chirurgie se chiffre à vingt-cinq (25) employés, dont seize (16) travaillent à plein temps et neuf (9) sur une base à temps partiel. Les principales catégories d'employés sont: des infirmières, des infirmières-auxiliaires et des préposés. Soulignons aussi que ce département a un nouveau chef de service depuis peu de sept (7) mois.

1. Plan d'organisation du Centre hospitalier St-Sauveur, 1987.

2. DESCRIPTION DU CONTENU PROBLEMATIQUE

L'Unité de soins de chirurgie du Centre hospitalier St-Sauveur a toujours été reconnue comme étant un département en réaction à toute nouveauté et/ou changement. Son taux de roulement étant faible, particulièrement par rapport au personnel du quart de jour, fait que la grande majorité y travaille depuis plus de dix (10) ans.

A l'automne 1985, l'Unité perd son infirmier chef après une dizaine d'années de service au sein du même département, afin de continuer sa carrière dans une centre hospitalier de l'Outaouais.

La direction de l'Unité est donc dévolue à l'assistante infirmière-chef, qui accepte l'intérim jusqu'à ce qu'on puisse remplacer le partant. Plus d'un an se passe avant qu'on y trouve un substitut.

Entre-temps, le climat de travail s'envenime. La cohésion du groupe se dissout, les dysfonctionnements se multiplient, les conflits s'aggravent, la démotivation s'installe. Suite à l'approbation et l'enchante ment du personnel face à l'engagement de leur nouveau chef, la direction avait espoir que la situation problème se résorbe. Mais en vain... La nouvelle infirmière chef, malgré sa bonne volonté et efforts infructueux à redresser l'état des choses, se voit confronter après six (6) mois à un point de non retour. Le personnel de la liste de disponibilité et/ou de rappel refuse d'aller travailler à l'Unité sur le quart de jour, les débutants des quarts de soir et de nuit ne se sentent pas acceptés par l'équipe de jour, les relations interpersonnelles empirent, le

mécontentement et la critique prennent de plus en plus d'ampleur et la qualité des services et des soins aux clients décroît à un rythme important.

C'est donc à la lumière de ces faits, que la direction des soins infirmiers décide de faire appel à une ressource extérieure dans le but de remédier à cette "situation de crise".

3. OBJECTIFS ET ATTENTES DU CLIENT

Le client, en l'occurrence, la directrice des soins infirmiers du Centre hospitalier St-Sauveur, souhaite que cette Unité de soins fonctionne le plus harmonieusement possible. Elle désire que la ou les cause (s) réelle (s) de cette problématique ressorte (nt) et, que des recommandations soient faites pour améliorer cette situation qui perdure depuis près d'un an et demi.

4. METHODOLOGIE

L'approche privilégiée au cours de cette étude en est une de recherche-action où le chercheur intervient directement à l'Unité de soins et dans l'organisation, du 8 juin au 20 juin 1987, avec l'équipe de cette même Unité. Ainsi, cette approche se distingue par différentes étapes où il s'agit de décrire le plus objectivement possible l'état de la situation pour ensuite déterminer la perspective sous laquelle la problématique sera étudiée. A partir de ces deux (2) étapes, la conceptualisation d'un modèle représentant une situation désirée est effectuée, pour ensuite servir de point de comparaison avec la

situation réelle et voir à l'identification des changements possibles. La cueillette de données et d'informations se fera principalement par:

4.1 Des entrevues individuelles semi-dirigées:

Ces entrevues se feront auprès de vingt-cinq (25) employés oeuvrant à l'Unité; puis auprès de l'infirmière-chef de la salle d'opération, du chirurgien responsable du département de chirurgie, de la responsable du bureau d'admission, des coordonnatrices en soins infirmiers ainsi que de la directrice des soins infirmiers. Soulignons que ces entrevues auront lieu pour la majorité à l'Unité même de chirurgie, le chercheur occupant pendant deux (2) semaines le bureau de l'infirmière-chef.

4.2 L'observation directe

Par la présence du chercheur à l'Unité tant sur les quarts de jour, soir et nuit, ce dernier se propose d'être présent sept (7) jours par semaine à raison de 8 à 10 heures par jour, ce qui représente un total minimum de cent (100) heures. Soulignons que sa présence à l'Unité sur les quarts de travail de soir et de nuit se limitera respectivement à deux (2) journées, compte tenu du temps restreint pour la collecte de données avant la période intensive de vacances du personnel de l'Unité à partir du 27 juin 1987.

4.3 Consultation de divers documents

Le chercheur se propose aussi de consulter les documents pertinents nécessaires.

La méthodologie commande en plus la formation d'une équipe de travail composé de représentants: du quart de jour (1), de soir (1) et de nuit (1), ainsi que des représentants des infirmières (1), infirmières-auxiliaires (1), et des préposés, qui seront élus par l'ensemble du personnel. A cette équipe s'ajoute l'infirmière-chef. Cette équipe sera donc invitée à une validation de l'image riche présentée par le chercheur, ainsi qu'à une validation d'un modèle conceptuel et à la recherche d'un consensus sur les changements à envisager.

5. SOURCES DE DONNEES DISPONIBLES

La Direction des soins infirmiers assure à l'intervenant l'accès à toute documentation interne dont il aura besoin. Quant à la documentation externe disponible, on peut en retrouver auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ainsi que dans la littérature administrative sur le marché.

6. CALENDRIER

Juin 1987	Mandat complété et signé
Septembre 1987	Dépôt de l'image riche
Octobre 1987	Dépôt du modèle conceptuel
Novembre 1987	Recommandations
Décembre 1987	Dépôt du rapport de recherche

7. BUDGET

Le client s'engage à débourser un montant de 3 500 \$ à l'intervenant pour l'étude, en plus de lui assurer la dactylographie de divers documents en cours de recherche et celui du rapport de recherche final.

8. APPROBATION

Le mandant et le mandataire conviennent de respecter le contenu du mandat ci-près.

Signé à Val d'Or, le 15 juin 1987.

Mandant
Huguette Turmel M.
Directeure des soins infirmiers
Centre hospitalier St-Sauveur

Mandataire
Ann Watters
Intervenante

ANNEXE 2

Canevas d'entrevues

Canevas d'entrevue

1. Eléments reliés à la tâche et à l'organisation

- Quelle est ta description de tâches?
- Que fais-tu dans une journée?
- Comment le personnel est-il réparti (distribution des soins)?
- Quel est ton horaire de travail?
- A-t-on des objectifs de département? Les connaît-tu?
- Y a-t-il beaucoup d'erreurs ou d'accidents à l'unité?
- Prise de décisions - quand et où as-tu un pouvoir de décision?
- Y a-t-il beaucoup de congés "24 heures" à l'avance?
- A l'Unité de Chirurgie, est-ce qu'on y retrouve seulement des cas de chirurgie?
- Y a-t-il suffisamment d'équipements pour travailler?
- Quelle est la fréquence des réunions d'équipes ou de département? Est-ce suffisant?
- Existe-t-il de la formation en cours d'emploi?
- Poste de réceptionniste converti en poste de préposé de jour est-ce une bonne chose?

2. Eléments reliés à la satisfaction du travail

- Aimes-tu ce que tu fais, ta job? Etre infirmière?
- Te sens-tu autonome?
- Qu'est-ce qui est stimulant?

- As-tu besoin de prendre des congés de maladie ou absences sans solde?
Si oui, pourquoi?
- Fais-tu partie d'un comité?
- Aimes-tu être assignée au poste?
- Y a-t-il beaucoup de remplaçantes à l'unité? Aime-t-on ça?
- Peux-tu identifier des contraintes à effectuer ton travail?
(ex.: visites médicales, parents, etc.)
- Comment qualiferais-tu les conditions de travail à l'Unité?
- Es-tu satisfaite de ton travail?
- As-tu un plan de carrière? Est-ce que tu suis des cours?
- As-tu envisagé d'aller travailler ailleurs? Pourquoi?
- Reconnaissance de ton travail par d'autres?
- A quand remonte ta dernière évaluation de rendement personnel?
- Tu es syndiquée, qu'est-ce que ça te rapporte? Y as-tu recours souvent?

3. Eléments reliés au climat de l'unité et à l'organisation

- Si tu avais à évaluer les soins de l'unité, comment les qualiferais-tu?
- Comment est-ce que ça se passe à l'unité? Est-ce que ça semble bien aller? Qu'est-ce qui te fais dire ça ?
- Quelles sont tes relations avec les autres professionnels (médecins, inhalothérapeutes, infirmière-chef)?
- Quels sont les éléments agressants à l'extérieur de l'unité?
- Te crois-tu bien informée?
- Comment est la communication entre les pairs? avec l'autorité?
- Qui est le chef ici ou la personne clé?

- Quant vous soulevez des problèmes, as-tu l'impression qu'on vous écoute? As-tu du feedback?
- Y a-t-il des frictions au sein du département, de quelles types?
- Y a-t-il de la compétition entre les pairs?
- Y a-t-il des éléments qui provoque des conflits?
- Comment qualifier le climat de travail au sein de l'unité? de jour? et par rapport à tous les quarts de travail?
- Y a-t-il de l'entraide au sein de votre équipe?
- Y a-t-il eu des changements dans ce climat depuis le départ de l'infirmier-chef ou l'arrivée de la nouvelle infirmière-chef?
- Comment explique-t-on ces changements?
- Comment conçoit-on son groupe par rapport aux autres départements?
- Vois-tu des problèmes à l'unité? Si oui, quelles en seraient les causes?
- Quelles seraient les solutions pour l'améliorer? Comment s'y prendre?
- Y a-t-il des changements à effectuer à l'unité?
- Comment motiver les gens?
- Existe-t-il des clans? Comment sont tes relations avec tes supérieurs?
- Quelle serait la situation idéale à l'Unité?
- Quelles sont tes attentes face à cette intervention?

ANNEXE 3

**Documents remis au Comité d'intervention à la
première rencontre de validation le 26 juin 1987**

IMAGE RICHE

**DE L'UNITE DE SOINS DE CHIRURGIE
CENTRE HOSPITALIER ST-SAUVEUR**

BREF HISTORIQUE

- Automne 1985: Départ de quatre (4) effectifs pour étude
Départ de l'infirmier-chef (démotivé) remplacé par l'assistante infirmière-chef
Arrivée d'un anesthésiste
Arrivée d'un gynécologue
- Printemps 1986: Assistante infirmière-chef malade pour une (1) semaine
Taux de roulement augmente le soir et la nuit
- Automne 1986: Assistante infirmière-chef malade (2 semaines)
Taux de maladie augmente
Taux de roulement plus élevé
Nomination nouvelle infirmière-chef
Rotation des chirurgiens remplaçants
- Hiver 1987: Retour de trois (3) effectifs d'étude
Maladie de l'infirmière-chef (2 semaines)
Arrivée d'un nouveau urologue
Arrivée d'un nouveau chirurgien
Augmentation du nombre de cas opérés
Diminution des cas de médecine
Taux de maladie augmente (idem automne 1986)
- Printemps 1987: Infirmière-chef malade (2 semaines et l'absence maladie se prolonge jusqu'en septembre?)

DONNEES PRELIMINAIRES - INDICES

A. Taux d'occupation

			3	2	1
1983-1984:	69,1%	(4e)	Méd.	Obst.	S.P.
1984-1985:	84,6%	(3e)		Méd.	S.P.
1985-1986:	86,4%	(3e)		Méd.	S.P.
1986-1987:	86,9%	(3e)		S.P.	Méd.

B. Nombre de ressource/bénéficiaire

Chirurgie : ,56/patient
 Médecine : ,61/patient
 Obstétrique : 1,1/patient

C. Taux d'absentéisme - maladie

(De mars 1986 au 20 juin 1987)

Chirurgie : 154 jours/461 = 7,5 jours/personne
 Médecine : 279 jours/461 = 15 jours/personne
 Obstétrique : 172 jours/461 = 6,6 jours/personne

D. Caractéristique du personnel

Comparaison avec les autres Centres hospitaliers

	VAL D'OR	ROUYN-NORANDA	GRANBY
Nbre de lits	36	36	45
Nbre de personnel T.P. - T.C.	15 TC 25 10 TP	18 TC 35 17 TP	24 TC 47 23 TP
Ratio: ress./bén.			
- Jour	.27/pt	.27/pt	.28/pt
- Soir	.11/pt	.14/pt	.15/pt
- Nuit	.05/pt	.09/pt	.08/pt
Répartition			
- Jour	1 inf.-chef 1 ass. inf.-chef 5 infirmières 2 inf. auxiliaires 1 préposé	1 inf.-chef 1 ass. inf.chef 1 réceptionniste 2 inf. chef équipe 2 infirmières 2 inf. auxiliaires 1 préposé	1 inf.-chef 1 réceptionniste 1 secrétaire médicale 1 ass. inf.-chef 4 infirmières 4 inf. aux. équipe 1 préposé
- Soir	3 infirmières 1 préposé	2 infirmières 2 inf. auxiliaires 1 préposé	2 infirmières 4 inf. auxiliaires 1 préposé
- Nuit	2 infirmières	2 infirmières 1 auxiliaire 1/2 préposé	2 infirmières 2 auxiliaires

E. ROULEMENT DU PERSONNEL

(Juin 1985 à juin 1987)

Le taux de roulement du personnel tient compte des départs définitifs des employés ainsi que des départs prolongés pour études, années sabbatiques, etc.

a. Jour:

60%

b. Soir:

75%

c. Nuit:

35%

F. Erreurs de médicaments (1986-1987)

Nombre	Jour	Soir	Nuit	
Hôpital (223)				
Chirurgie (71)	27	29	15	étage la + ↑

G. Du 1^{er} juin 1986 au 20 juin 1987

Nombre d'opérés post-opératoires immédiats à l'unité 1198

Nombre de jours 6^e opérés post-op. immédiats 83 = 1,6 fois/sem.

Nombre "vendredi" 5^e opérés post-opératoires immédiats 15 = + 1 fin sem./2

Nombre d'opérés préparés et reçus le soir 37 = 1/10 jours

Journées les plus occupées par rapport aux nombres d'opérés à l'unité: 1^e: mardi = 29 %, 2^e: lundi = 27% 3^e: jeudi = 25%, 4^e: vendredi = 19%, 5^e: mercredi: 2%

H. Pourcentage de cas opérés/chirurgien - post opératoire immédiat - %

Mutch: 34,3 % des cas
 Fortin: 27,0 % des cas
 URO: 14,3 % des cas
 Bruyère: 7,4 % des cas
 Autres chirurgiens: 5,0 % des cas
 Welt: 5,0 % des cas
 Lapointe M.L.: 2,4 % des cas
 Beauregard/Paulin: 2,4 % des cas
 Bélanger/Landry: 2,0 % des cas

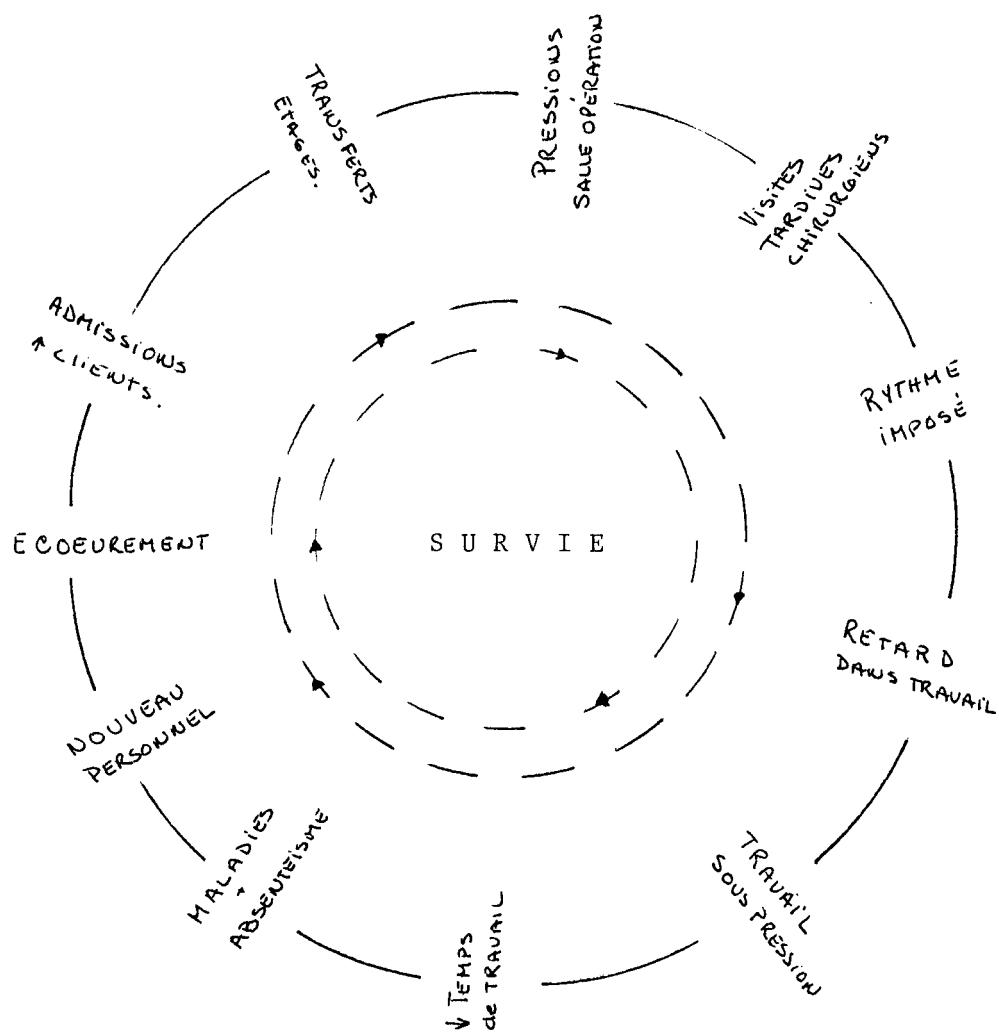
I. Réalisation des objectifs de l'unité

1985-1986:	Programme d'orientation Plans de soins standards	O.K. non réalisé
1986-1987:	Utilisation plan de soins	non réalisé
1987-1988:	Améliorer l'esprit d'équipe	1re phase réalisée

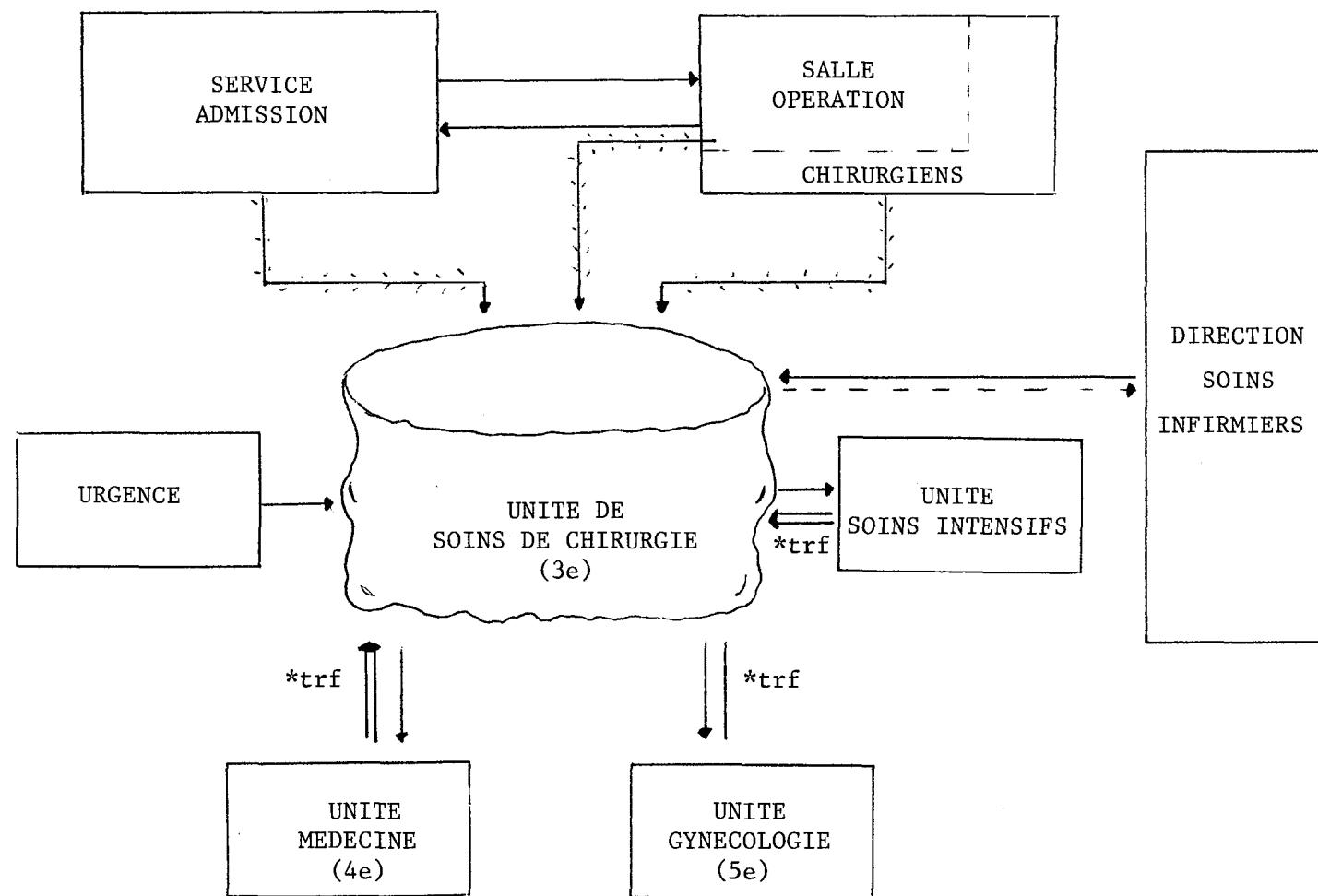
DYSFONCTIONNEMENTS ELEMENTAIRES AU NIVEAU

1. De l'Accueil:
 - client
 - nouvelle infirmière
2. De la productivité:
 - admission
 - salle d'opération
3. Des soins
4. Du travail d'équipe et de l'esprit d'équipe
5. De la communication
6. De l'évaluation du rendement
7. De la formation/perfectionnement
8. De la prise de décision
9. De la motivation
10. Du support et de la reconnaissance
11. Du climat

CERCLE INFERNAL



ENVIRONNEMENT DE L'UNITE



*trf.: transferts

ANNEXE 4

**Documents remis au Comité d'intervention à la
deuxième rencontre de validation le 25 septembre 1987**

ORDRE DU JOUR

1. But de la rencontre
2. Bref recul sur l'image riche présentée en juin 1987
3. Présentation des missions respectives:
 - du C.H. St-Sauveur
 - du service d'admission
 - de l'unité de salle d'opération
 - de l'unité des soins chirurgie
4. Présentation et explications1 des causes identifiées à la situation problème
5. Recherche de solutions potentielles

AW/sb

1987-09-22

DEFINITIONS:

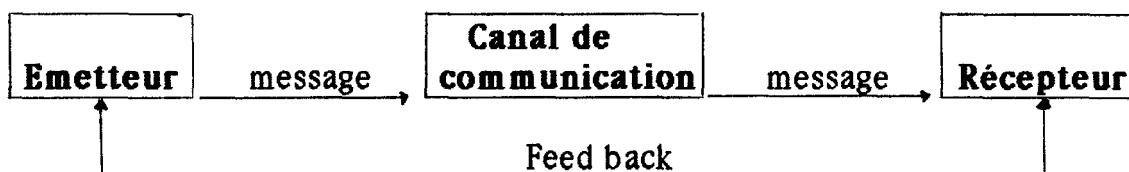
Concertation: Préparer en commun l'exécution d'un "plan". Se mettre en accord pour agir ensemble.

Coordination: Orchestration de multiples activités à l'intérieur d'une activité globale.

Différenciation: La différence existant entre les orientations cognitives et émotionnelles parmi les ressources humaines de différents départements.

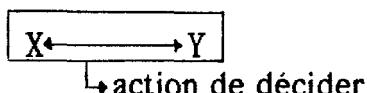
Intégration: La qualité de la collaboration requise entre les départements pour parvenir à l'unité d'effort exigée par l'environnement.

Communication: Transfert d'information entre un émetteur et un récepteur.



Organiser: Développer des mécanismes au sein de l'organisation (structure, coordination et méthodes) afin de réaliser les objectifs visés.

Participer: C'est prendre part, partager, au sens propre, c'est abandonner quelque chose de soi.



Politique: Une sorte de règle générale pour orienter le comportement des gens vers la réalisation d'un objectif. Sert de guide pour agir.

ZONES VULNERABLES

1. Communication - coordination - concertation

1.1 Absence de mécanisme de concertation

1.2 Coordination déficiente inter-service et intra-service

1.3 Modes de communication défaillants

2. Organisation du travail

2.1 Structure inadéquate

- division du travail
- ambiguïté hiérarchique

2.3 Prise de décision centralisée

2.2 Pauvre utilisation d'outils d'informations

3. Gestion du temps

4. Dotation de ressources humaines

MISSION DU C. H. ST-SAUVEUR

Offrir, selon les besoins de la population à desservir, la gamme complète de soins et de services spécialisés de qualité, continus, personnalisés et faciles d'accès à laquelle ladite population est en droit de s'attendre et contribuer ainsi à l'amélioration de son état de santé physique et mental et ce, compte tenu de l'organisation et des ressources existantes au niveau de l'établissement.

MISSION DE L'UNITE DE CHIRURGIE

Surveiller, contrôler et fournir les soins infirmiers en quantité et qualité aux usagers souffrant de maladies physiques et nécessitant des soins chirurgicaux.

MISSION DE L'UNITE DE SALLE D'OPERATION

Assurer le personnel infirmier nécessaire pour l'exécution des actes infirmiers et techniques de soins de qualité lors des interventions chirurgicales majeures et mineures des diverses spécialités chirurgicales.

Surveiller et contrôler les activités du personnel infirmier à la salle de réveil.

MISSION DU SERVICE D'ACCUEIL (ADMISSION)

Attribuer les lits aux usagers selon les spécialités existantes dans le centre hospitalier et selon leur demande.

Surveiller et assurer le transfert des usagers d'une catégorie de lits à une autre.

ANNEXE 5

Liste des départements et des services du Centre hospitalier St-Sauveur

Liste des départements et des services du Centre hospitalier St-Sauveur

1. Direction générale
2. Direction des soins infirmiers
3. Direction des services professionnels
4. Direction des services hospitaliers
5. Direction des services auxiliaires
6. Direction des ressources humaines
7. Direction des finances
8. Unité de soins de chirurgie
9. Unité de soins intensifs
10. Unité de soins de pouponnière
11. Unité de soins de pédiatrie
12. Unité de soins d'obstétrique-gynécologie
13. Unité de soins de médecine
14. Unité de soins prolongés (4^e étage)
15. Unité de soins prolongés (5^e étage)
16. Unité de médecine familiale
17. Unité d'hémodialyse
18. Unité de salle d'opération
19. Unité de services ambulatoires
20. Service de distribution centrale et de stérilisation
21. Service d'accueil et de communications
22. Département de psychiatrie
23. Service d' inhalothérapie
24. Département de laboratoire
25. Département de pharmacie
26. Département des archives médicales
27. Service d'électrocardiogramme
28. Service de physiothérapie
29. Département de l'entretien ménager
30. Département de buanderie et lingeerie
31. Service d'entretien et d'installation
32. Service alimentaire
33. Service d'approvisionnements et d'imprimerie
34. Service de comptabilité
35. Service de santé
36. Service social médical
37. Service de pastorale

ANNEXE 6

**Carte géographique de la municipalité régionale
de comté de la Vallée de l'Or**

Vallée-de-l'Or (830)

Code	Statut	Municipalité	Population	Superficie km ²
8411	SD	Belcourt	400	411,23
8413	SD	Dubuisson	1 210	228,72
8405	V	Malartic	4 510	159,31
8417	SD	Rivière-Héva	840	193,00
8409	V	Senneterre	4 460	87,24
8408	P	Senneterre	1 220	432,98

Code	Statut	Municipalité	Population	Superficie km ²
8410	SD	Sullivan	2 230	54,93
8403	V	Val-d'Or	22 300	1 217,16
8401	SD	Val-Sennerville	1 310	283,20
8423	SD	Vassan	1 040	194,22
T830	NO	TR Vallée-de-l'Or	553	23 970,09
Total			40 073	27 232,08

