

# LA RITUALISATION DE LA GESTION DE LA QUALITÉ : ÉTUDES DE CAS DANS DEUX HÔPITAUX AU QUÉBEC

Daniel Lozeau

## Résumé

À la suite d'une recherche récente où nous avons identifié et décrit des problèmes découlant de la pratique de la «gestion de la qualité» (GQ) dans des hôpitaux au Québec, deux études de cas ont été réalisées afin de mieux comprendre les interactions complexes qui ont associé ces problèmes et entraîné des « programmes de GQ » (PGQ) vers l'arrêt prématuré de leurs activités. Les résultats de ces études de cas indiquent que même si les acteurs organisationnels ont exercé leur force d'inertie afin de contrer les pressions d'instances externes qui favorisaient la pratique de la GQ en milieu hospitalier, cela n'a pas mené à un affrontement direct entre ces deux groupes, mais plutôt à l'émergence de «rituels» administratifs, avatars d'un réseau d'«ententes tacites», où les promoteurs de la GQ se sont mis à feindre l'imposition de cette approche de gestion à des acteurs - souvent en position de subordination - qui ont feint tout autant la conformité à ces directives. De tels rituels ont permis à court terme d'aplanir artificiellement les différents entre les acteurs, mais ils ont également contribué à générer du cynisme chez le personnel et à empêcher les PGQ de produire des impacts positifs importants quant à la qualité des soins prodigués aux usagers. Ces résultats nous ont conduit à conclure que, dans leur forme actuelle, plusieurs principes qui sous-tendent la GQ (qui est une approche axée sur la satisfaction des clients) sont inadaptés au milieu des hôpitaux publics québécois. Conséquemment, la pratique d'activités de GQ dans ces établissements devrait être limitée, voire proscrite, tant que ceux-ci seront enlisés dans une logique de compressions des ressources et que les soins prodigués à leurs usagers ne seront pas considérés comme des activités stratégiques contribuant directement à la survie et au développement de ces organisations.

## 1. Introduction: des PGQ, des bureaucraties et des hommes

Depuis plus de dix ans, les dirigeants des hôpitaux publics, au Québec comme dans l'ensemble du Canada, subissent de fortes pressions provenant de leur environnement institutionnel pour que ces établissements se dotent d'une politique concernant la qualité. L'approche de la «gestion de la qualité» (GQ) s'est alors diffusée sous la forme de «programmes de GQ» (PGQ) formels dans la presque totalité des centres hospitaliers de plus de 100 lits (Lozeau, 1997).

Malgré les réticences que manifeste le milieu de la gestion à poser un regard critique sur les principes ou la pratique de la GQ (Kerr, 1993), de nombreuses indications portent à penser que la dynamique d'organisations comparables aux hôpitaux publics du Québec est peu propice à la pratique d'activités découlant de la mise en oeuvre de PGQ (Donabedian, 1978; 1985; Éthier, 1994; Godfrey, Berwick, & Roessner, 1993; Harris, 1995; Kahn, 1987; Laboucheix, 1990; Pollitt, 1993; Redman, Mathews, Wilkinson & Snape, 1995; Reeves & Bednar, 1993; 1994; Roberge, 1991; Saunders, Laughlin & Stackhouse, 1994).

Premièrement, le milieu hospitalier est très réglementé de par son caractère public (Backoff & Nutt, 1990; Denis, Langley & Lozeau, 1993), ainsi que compartimenté par les frontières séparant historiquement la pratique des divers groupes professionnels qui travaillent auprès des usagers, c'est-à-dire les malades et leurs proches (Forsyth & Danisiewicz, 1985; Larson, 1977; Mintzberg, 1982). Bref, ces organisations possèdent une dynamique bureaucratique basée sur un pouvoir clinicien d'expertise qui est fortement institutionnalisé (Champagne, 1982; Langley, 1986; Mintzberg, 1982; 1990). Deuxièmement, les rapports qui mettent en relation les hôpitaux, leur environnement et les usagers incitent ces organisations à répondre en priorité aux demandes des fournisseurs de ressources, par opposition aux «clients» (Farquhar, 1993; Javidan & Dastmalchian, 1988; Lozeau, 1995; 1996a; 1996b; 1997; Radin & Coffee, 1993; Shoop, 1991). En effet, la dépendance budgétaire des hôpitaux et, parfois, les comportements carriéristes de certains gestionnaires, incitent la majorité d'entre eux à répondre docilement aux demandes des autorités du réseau de la santé, même si cela risque d'entrer en conflit avec les besoins des usagers (Lozeau, 1995; 1996a; 1996b; 1997; Rago, 1994).

De plus, alors que les auteurs qui prônent la GQ accordent un rôle central aux clients dans la pratique de cette approche (Laza & Wheaton, 1990; Le Beau & Roberge, 1992; Lengnick-Hall, 1995; Milakovich, 1991; Spencer, 1994; Sutcliffe & Schroeder, 1994; Swiss, 1992), nombre de facteurs contribuent à marginaliser les usagers lorsqu'ils sont confrontés aux rouages du système administratif d'organisations publiques (Baker, 1992; Farquhar, 1993; Morgan & Murgatroyd, 1994; Younis, Bailey & Davidson, 1996). Par exemple, dans les hôpitaux publics au Québec, l'utilisateur est une source de dépenses (plutôt que de revenus), alors que celui-ci se retrouve souvent en surnombre (la demande de soins excédant sensiblement l'offre des services), dans un réseau monopolistique. De plus, l'utilisateur est physiquement et psychologiquement vulnérable, puisqu'il doit habituellement s'en remettre à l'expertise des cliniciens (Lozeau, 1996; 1997). La conséquence est que si, d'un point de vue éthique, la satisfaction des besoins des usagers devrait être au centre des préoccupations des acteurs travaillant dans le milieu hospitalier, cet objectif ne semble pas toujours constituer une composante stratégique pour la survie de l'hôpital et les intérêts particuliers de son personnel. Enfin, la sévérité des compressions budgétaires, imposées aux hôpitaux par le ministère de la santé, tend à inciter les administrateurs à considérer la GQ comme un simple outil d'économie de ressources plutôt que comme une approche de gestion visant l'amélioration de la qualité des services.

De là, nous avons soutenu l'hypothèse que, dans le dossier de la GQ, les établissements hospitaliers sont moins induits à délaisser leurs pratiques bureaucratiques qu'à favoriser la satisfaction des intérêts des fournisseurs de services et des instances supérieures du réseau de la santé. Le fonctionnement réel des hôpitaux serait donc gravement en conflit avec les prescriptions des tenants de la GQ (et les grands principes du réseau public de la santé) qui insistent sur l'importance stratégique à satisfaire le «client» (Laboucheix, 1990; Laza & Wheaton, 1990; Le Beau & Roberge, 1992; Milakovich, 1991; Morgan & Murgatroyd, 1994; Reeves & Bednar, 1994; Sitkin, Sutcliffe & Schroeder, 1994; Spencer, 1994; Swiss, 1992; Waldman, 1994; Younis, Bailey & Davidson, 1996).

Nous avons largement confirmé cette hypothèse à l'occasion d'une étude empirique préliminaire menée dans plus d'une dizaine d'hôpitaux (sites) de la grande région de Montréal (Lozeau, 1996b; 1997). En bref, les résultats de notre recherche montrent que dans ces établissements, les PGQ ont généralement subi une dérive bureaucratique qui a entraîné à moyen terme l'arrêt des activités «qualité» dans un contexte d'échec. Partant de ces résultats, nous avons tenté de saisir avec plus de précision la chaîne des événements qui ont mené deux PGQ à une impasse, en réalisant une étude de cas dans deux de ces sites, là où les efforts pour enraceriner ce type de pratique furent particulièrement importants. Le présent texte expose les faits majeurs de l'histoire de ces PGQ.

## 2. Présentation des sites et quelques remarques sur la méthodologie

Nous avons sélectionné deux hôpitaux où l'approche de la GQ a été introduite dès le milieu des années 80 afin d'étudier en profondeur l'histoire d'une décennie d'activités qualité dans un nombre restreint de sites. Ce choix méthodologique a permis de cerner la chaîne des événements qui ont jalonné deux PGQ sur une longue période de temps.

La pratique d'activités qualité dans ces deux sites fut plus poussée que dans les 11 autres sites de l'étude préliminaire, même si à son maximum de diffusion, cette pratique se concentra dans une minorité de services, de départements et d'unités de soins. Cependant, il demeure que, sauf exceptions, plusieurs des phénomènes liés à la pratique de la GQ, relevés dans nos deux études de cas, ont été aussi présents - ici et là et à des degrés variables - dans les autres sites de notre étude préliminaire. Qui plus est, les informations recueillies auprès de six personnes ressources oeuvrant dans les réseaux québécois et canadien de la santé<sup>i</sup> tendent à corroborer les résultats de l'analyse de notre étude préliminaire et nos deux études de cas, de telle sorte que nos conclusions semblent s'appliquer à l'échelle du Québec et, probablement, à celle du Canada. En cela, les deux PGQ que nous décrirons ci-dessous sont «représentatifs» de l'histoire de plusieurs PGQ qui ont eu cours dans le secteur hospitalier.

Nous avons opté pour une méthodologie de recherche qualitative (De Ketele & Roegiers, 1993; Deslauriers, 1987; Huberman & Miles, 1991; Lozeau, 1997). L'essentiel des données recueillies est issu d'une trentaine d'entrevues semi-structurées constituées de questions ouvertes et, secondairement, de la consultation de documents fournis principalement par les autorités des deux sites. Les questions d'entrevue étaient généralement formulées afin de favoriser la production de récits et de mises en contexte des événements et des processus qui ont composé l'histoire des PGQ. Par ailleurs, dans le but d'équilibrer nos sources d'information, nous avons interviewé dans chacune des deux études de cas, des gestionnaires (directeur général, autres directeurs, chefs de service, etc.), des cliniciens (infirmières, ergothérapeutes, président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, etc.) ainsi que des membres du personnel non clinique. Les entrevues se sont déroulées entre août 1994 et janvier 1996

Le premier site, que nous nommerons «Alpha», est un hôpital général prodiguant des soins à court terme, alors que le second site, «Oméga», est un hôpital abritant des

malades chroniques en perte d'autonomie. Ces deux établissements possèdent environ 400 lits et sont situés sur l'île de Montréal.

### 3. Les résultats des études de cas: l'histoire de deux PGQ

Puisque les deux PGQ soumis à une étude de cas se sont révélés semblables sur de nombreux points, nous les traiterons en partie simultanément, surtout concernant la période qui a englobé la phase de leur amorce (Lozeau, 1997). Par la suite, nous distinguerons les PGQ dans les hôpitaux Alpha et Oméga lorsque nous aborderons leur déroulement à travers la pratique de leurs activités qualité (Lozeau, 1997).

#### 3.1. L'amorce hâtive des PGQ dans les hôpitaux Alpha et Oméga

**L'influence du Conseil canadien d'agrément des établissements de santé (CCAÉS)<sup>ii</sup>.** Bien que ce sont les directeurs généraux (DG) qui prirent la décision individuelle d'introduire l'approche de la GQ dans leur établissement, ce sont les pressions de leur environnement institutionnel qui les incitèrent à agir en ce sens. En fait, ces pressions portaient moins sur l'adoption de l'approche de la GQ, en soi, que sur l'affiliation des établissements de santé - principalement des hôpitaux - au programme d'évaluation des établissements de santé du CCAÉS<sup>iii</sup>, auquel on y ajouta, dans les années 80, une norme concernant spécifiquement la «qualité». Avec la diffusion de ce programme dans le réseau hospitalier, il devint de moins en moins possible pour les dirigeants de ces établissements de présenter une image externe d'excellence de leur gestion des services de santé sans qu'ils se soumettent à l'examen périodique des «visiteurs» du CCAÉS. Avec le temps, presque tous les hôpitaux finirent par adhérer au programme du CCAÉS et, en conséquence, durent se doter d'un PGQ selon les indications de l'organisme canadien d'agrément.

**Les motivations des DG.** Cependant, les prescriptions du CCAÉS et le mimétisme inter-organisationnel des dirigeants d'établissements de santé n'expliquent pas complètement pourquoi certains d'entre eux - notamment ceux des hôpitaux Alpha et Oméga - adhèrent au programme du CCAÉS dès les années 80, alors que dans d'autres hôpitaux, les dirigeants tardèrent jusque dans les années 90 avant de se joindre au programme du CCAÉS. Nous expliquons la variabilité des comportements des DG à travers la diversité de leurs motivations personnelles.

À l'époque, le DG de l'hôpital Alpha était déjà impliqué dans plusieurs organismes appartenant au réseau de la santé, tout en se démarquant comme étant un dirigeant ouvert à l'introduction de nouvelles approches de gestion. Vers 1985, ses contacts dans le réseau le menèrent à devenir visiteur pour le compte du CCAÉS, ce qui l'obligea à faire une demande d'adhésion de son hôpital au programme d'évaluation de cet organisme. Ainsi, le DG de l'hôpital Alpha introduisit la GQ par attrait personnel pour cette «nouvelle» approche, mais aussi pour être conséquent avec sa récente implication au sein du CCAÉS. Quant au DG de l'hôpital Oméga, il était motivé à faire de son établissement un centre d'excellence (par comparaison aux autres établissements de même catégorie). Étant arrivé

depuis peu dans cet hôpital, le DG entreprit d'obtenir une évaluation indépendante des forces et des faiblesses de l'organisation. C'est dans ce contexte qu'il requit les services du CCAÉS. Dès lors, le DG de l'hôpital Oméga dut s'engager à respecter les exigences du programme du CCAÉS, y compris en matière de qualité, même si la GQ ne fut jamais qu'accessoire dans sa «quête de l'excellence».

**Amorce hâtive des PGQ.** À court terme, la combinaison des pressions du CCAÉS et des motifs personnels des DG dans les hôpitaux Alpha et Oméga menèrent ces derniers à prendre rapidement la décision de créer un PGQ dans leur établissement. Cette décision fut précipitée, car l'introduction de la GQ résulta d'aucune analyse ayant porté sur les besoins de la clientèle ou sur les compétences de leur personnel, non plus que sur la pertinence administrative de se doter d'un PGQ dans la forme prescrite par le CCAÉS.

De plus, lorsque l'adhésion des hôpitaux Alpha et Oméga au programme d'évaluation du CCAÉS fut officialisée, la mise en place de la structure des PGQ fut hâtée afin de réaliser cette étape avant la première visite des représentants de l'organisme d'agrément (quelques mois plus tard). Pour gagner du temps, le DG des sites Alpha et Oméga fit appel à la directrice du secteur des soins infirmiers (SI) - où existait déjà un programme d'évaluation professionnelle - et lui demanda qu'elle lui fournisse les services d'une de ses subalternes, pour que celle-ci devienne «responsable de la GQ» (RGQ). Il était entendu que la RGQ pouvait échafauder le PGQ en s'inspirant fortement du programme des SI.

Cependant, cette manière de procéder engendra un certain nombre de problèmes. Premièrement, le PGQ fut immédiatement perçu comme un projet concernant surtout les SI. L'identification du PGQ au secteur des SI, le peu de poids hiérarchique et le manque d'influence de la RGQ en dehors du secteur des SI facilitèrent la résistance de nombre de cadres supérieurs relevant des autres directorats à coopérer à l'élaboration du PGQ. Cette réaction empêcha la RGQ et les membres de son comité *ad hoc* de bénéficier du support politique de la majorité des gestionnaires. Deuxièmement, la RGQ et ses collaborateurs s'inspirèrent tellement du programme d'évaluation des SI, lors de l'élaboration du PGQ, que ces deux programmes se chevauchèrent largement. Cela incita les infirmières à délaissier massivement la gestion de leur propre programme d'évaluation professionnelle. Troisièmement, puisque l'élaboration du PGQ était conditionnée par les contraintes d'un calendrier serré et la nature des normes imposées par le CCAÉS, il devint évident que le premier facteur de réussite du PGQ serait lié aux résultats de l'évaluation à venir des visiteurs de cet organisme d'agrément. Ces contraintes orientèrent les efforts de la RGQ et des membres de son comité vers la réalisation de documents, tels que le manuel de GQ (décrivant, entre autres, la structure du futur PGQ), dont on savait qu'ils seraient l'objet de l'examen des «visiteurs». Dans les deux sites, le PGQ s'élabora donc sans le concours des acteurs oeuvrant dans les services, qui, pourtant, allaient devenir les maîtres d'oeuvre de son opérationnalisation.

### 3.2. Quelques similitudes dans le déroulement du PGQ des hôpitaux Alpha et Oméga

La parenté de la dynamique interne des hôpitaux Alpha et Oméga ainsi que les influences exercées par un même environnement institutionnel, semblent avoir déterminé des périodes similaires qui jalonnèrent l'histoire de leur PGQ.

**La période de l'appréciation de la qualité.** Lorsque, dans les années 80, la GQ fut introduite dans les sites Alpha et Oméga, les fondements de cette approche de gestion gravitaient autour du concept d'«appréciation de la qualité». Cela sema la confusion chez les infirmières qui n'arrivaient plus à différencier le nouveau PGQ et leur propre programme d'évaluation professionnelle, lui aussi fondé sur l'idée d'appréciation. Par ailleurs, comme les activités d'évaluation du programme des SI étaient réalisées par le chef de chaque unité de soins, c'est-à-dire par des gestionnaires, la pratique au quotidien des activités d'appréciation de la qualité fut remise entre les mains des administrateurs de niveau équivalent dans l'ensemble des services de l'hôpital. C'est ainsi que, seuls, ces cadres furent conviés à effectuer des activités de GQ et que l'existence même du PGQ demeura presque totalement inconnue chez ceux qui n'occupaient pas un poste de gestionnaire.

Par ailleurs, les soucis d'exactitude et d'exhaustivité qui guidèrent la RGQ et les membres de son comité dans l'élaboration du PGQ les entraînèrent, bien malgré eux, à complexifier et à alourdir le contenu technique du manuel de GQ ainsi que le système de gestion des fiches d'évaluation remises aux chefs de service. La pratique des activités de GQ en fut affectée négativement. Par exemple, plusieurs chefs de service éprouvèrent de la difficulté à saisir la portée des notions théoriques véhiculées par le manuel de GQ ainsi qu'à les traduire puis à les intégrer dans des activités concrètes et utiles à l'intérieur de leur secteur. De plus, comme les chefs de service avaient compris que ce qui était l'objet de contrôles externes serrés relevait surtout de la bureaucratie, nombre d'entre eux se concentrèrent sur la production de rapports écrits et de fiches d'évaluation, parfois en escamotant l'application réelle des activités qualité qu'ils prétendaient mettre en oeuvre dans leur service. Il est à noter que d'autres chefs de service réussirent davantage à intégrer dans leur secteur les principes de l'appréciation de la qualité. Cependant, cette approche qui était essentiellement analytique, favorisait le morcellement des activités qualité à l'échelle des petites unités de travail. Ainsi, chaque service devait respecter des normes qui lui étaient spécifiquement dédiées, alors qu'il pouvait mettre sur pied des activités qualité sans vraiment tenir compte de celles qui étaient mises en oeuvre dans les autres services. Par conséquent, les gestionnaires qui s'engagèrent dans le PGQ de leur établissement ne furent jamais guidés par une vision d'ensemble de ce vers quoi devait tendre la GQ. En fait, le PGQ encouragea le fonctionnement compartimenté et techniciste des activités qualité. Enfin, les dirigeants des hôpitaux Alpha et Oméga ne soutinrent la pratique de la GQ que de manière ponctuelle, c'est-à-dire lors des quelques mois précédant les visites triennales des représentants du CCAÉS. Les chefs de service comprirent que pour les autorités de leur organisation, la valeur ajoutée du PGQ résidait bien plus dans l'image externe que ce programme procurait à l'établissement, que dans l'utilité technique de cette approche.

Plusieurs chefs de service se contentèrent alors de ne tenir à jour leurs fiches d'évaluation que lors des périodes précédant de peu les visites des représentants du CCAÉS.

À la fin des années 80, la pratique des activités de GQ dans les hôpitaux Alpha et Oméga était en perte de vitesse. À l'interne, ce relâchement était largement attribué au manque de constance de l'appui du DG et de ses directeurs ainsi qu'au confinement de la pratique de la GQ à des activités administratives et sans liens directs avec les processus de production de services de santé.

**La période de l'amélioration continue de la qualité (ACQ).** Dès la fin des années 80, le CCAÉS ainsi que d'autres organismes oeuvrant dans le secteur de la santé firent la promotion du concept de l'ACQ. Par rapport à la période précédente qui avait consisté principalement à orienter les activités qualité vers l'évaluation du degré de conformité à des normes établies, l'ACQ devait mettre l'accent sur l'amélioration graduelle des processus de production à tous les niveaux afin de réduire le coût d'obtention de la qualité. Selon les tenants de l'ACQ, la poursuite d'un tel objectif exige la créativité et la participation de l'ensemble des membres du personnel d'une organisation (Berwick, Godfrey & Roessner, 1990; Laboucheix, 1990; Roberge, 1991; RRSSSMC, 1995; Shortell, 1995b).

Quelques éléments caractérisèrent la période de l'ACQ dans les hôpitaux Alpha et Oméga. D'abord, la conjonction de deux événements - la visite dans un avenir prochain des représentants du CCAÉS et la promotion de l'ACQ en soi - donnait un second souffle au PGQ dans ces deux hôpitaux. Par contre, les résultats mitigés de la pratique de l'appréciation de la qualité, n'avaient que renforcé le manque d'enthousiasme des acteurs organisationnels et réduit presque à néant leur implication pour ce type d'activité. C'est dans ce contexte que le DG donna à sa RGQ le mandat d'appliquer les principes de l'ACQ afin de renouveler le PGQ tout en répondant aux nouvelles exigences du CCAÉS.

La remise sur pied du PGQ sous la forme d'activités d'ACQ ne s'effectua pas sans problèmes. Ainsi, la RGQ éprouva de la difficulté à obtenir une participation étendue du personnel de la base à cause de la tendance chez plusieurs chefs de service à centraliser la GQ à leur niveau et à la réduire à la pratique d'activités de bureau. Par ailleurs, le secteur des SI cessa discrètement de s'impliquer de manière importante dans le PGQ lorsqu'il devint désormais impossible d'en calquer la structure et les processus sur ceux de leur programme d'évaluation en nursing. Dans plusieurs unités de soins, l'utilisation abondante du vocabulaire de la GQ servit de succédané à la pratique réelle d'activités d'ACQ. Par exemple, de simples réunions de service furent rebaptisées «cercles de qualité», alors que presque n'importe quel objectif opérationnel devint susceptible d'être qualifié de «projet d'ACQ» et comptabilisé comme tel dans les fiches d'évaluation. Enfin, de manière générale, les résultats de notre étude montrent que, sauf exceptions, l'implication des services dans des activités liées au PGQ, tant à l'époque de l'appréciation de la qualité qu'à celle de l'ACQ, fut modérée ou faible dans les sites Alpha et Oméga.

Une autre composante qui devait être mise en valeur avec l'introduction de l'ACQ était le développement de projets intégrant plusieurs services : les projets d'ACQ inter-

services. Cependant, deux obstacles s'opposèrent à la réalisation de tels projets. D'abord, certains groupes professionnels, tels que les médecins et surtout les infirmières, avaient déjà commencé à adapter les principes de la GQ à leur pratique spécifique. Cela leur permettait de prendre le leadership à l'intérieur de leurs frontières professionnelles et d'assurer leur autonomie en tant que groupes dans ce dossier. Par ailleurs, la mise sur pied de projets d'ACQ inter-services fut aussi contrecarrée par la force d'inertie exercée par nombre de gestionnaires, jusque-là habitués à gérer leur secteur de manière cloisonnée et dans le respect des rapports hiérarchiques. Ces derniers découragèrent la création de liens latéraux directs de décision ou de communication entre leurs subalternes et ceux des autres directorats ou services, soit en s'opposant franchement à l'existence de tels projets d'ACQ inter-services, soit, le plus souvent, en utilisant des manoeuvres dilatoires. Au bout du compte, les actions des groupes professionnels et des gestionnaires eurent comme effet immédiat de maintenir ou de consolider les intérêts locaux et morcelés des acteurs, les tensions internes dans leur organisation, ainsi qu'une culture basée sur la domination de la logique des fournisseurs de services.

### 3.3. Les particularités de la période de l'ACQ dans les hôpitaux Alpha et Oméga

**La stratégie de diffusion de l'ACQ à l'hôpital Alpha.** Le DG de l'hôpital Alpha appliqua de la pression sur ses directeurs de manière ponctuelle et localisée - peu avant la visite des représentants du CCAÉS et lors de rencontres réunissant les directeurs - pour que ceux-ci engagent leurs subalternes dans un processus d'ACQ ou, tout au moins, pour qu'ils ne pratiquent pas d'obstruction systématique aux dépens du PGQ. À court terme, les actions du DG procurèrent à la RGQ la légitimité politique nécessaire pour que celle-ci intervienne auprès des gestionnaires de rang inférieur afin que ces derniers procèdent avec leurs employés à la création de cercles de qualité et mettent en branle des projets d'ACQ. Sur le plan technique, la RGQ fournit des outils de prise de décision et d'analyse en plus d'animer des séances de formation auprès des chefs de service pour qu'ils assurent le bon fonctionnement des futurs cercles de qualité. La stratégie de la RGQ consistant à traiter directement avec les chefs de service, plutôt qu'avec les directeurs, visait à contourner la résistance éventuelle de ces derniers.

Malgré ces initiatives, les actions du DG et de la RGQ donnèrent des résultats inégaux. D'une part, les réalisations à l'intérieur des quelques services ayant été très actifs dans le PGQ furent montées en épingle et souvent citées publiquement en exemple, ce qui gonfla artificiellement l'image de succès du PGQ de l'hôpital Alpha. D'autre part, la production massive de rapports écrits provenant des chefs de service et traitant de l'avancement de leurs projets d'ACQ provoqua un engorgement du processus d'examen de ces documents au niveau du comité de direction à qui incombait la tâche de superviser l'évolution générale du PGQ. Cela, ajouté à la lourdeur que constituait la rédaction d'autant d'écrits par les chefs de service, incita d'autant plus ces derniers à bâcler le contenu de leurs rapports afin de dissimuler leur incapacité ou leur résistance à mettre réellement en pratique les principes de l'ACQ, particulièrement dans un contexte de gestion participative. Enfin, nous avons noté qu'en aucun temps le corps médical fut vraiment sollicité à

participer au PGQ, malgré la position stratégique occupée par les médecins dans un hôpital prodiguant des soins de courte durée tel que l'hôpital Alpha.

Quant aux services de l'hôpital Alpha qui furent les plus actifs dans le cadre du PGQ, ils semblent avoir partagé quelques caractéristiques. D'abord, les chefs de service furent inmanquablement des acteurs clés dans le succès entourant les activités qualité de leur secteur. En effet, les supérieurs immédiats, bien avant le DG et ses directeurs, furent les artisans des réussites du PGQ dès qu'il fallut mettre sur pied puis réaliser des projets d'ACQ dans les services. Comparativement au rôle de la direction qui fut d'initier et de soutenir à distance le PGQ, les chefs de service devinrent les pivots sur lesquels se fixèrent les activités de GQ locales au quotidien grâce à leur continuité d'interventions, ainsi que les véritables personnes-ressources pour les employés de la base. En plus, les services où l'approche de l'ACQ s'intégra avec le plus d'harmonie furent ceux où le chef de service sut développer un style de gestion participatif auprès de ses subordonnés. Or, cela ne se produisit que dans une minorité de services. Par ailleurs, dans les services où le PGQ eut du succès, les acteurs se distinguèrent par leur capacité d'élaborer des projets d'ACQ leur permettant d'obtenir des résultats concrets et rapides, ce qui assura le maintien de la motivation des employés. Ce fut d'autant plus le cas, lorsque ces derniers purent retirer de leurs projets d'ACQ des bénéfices pour eux-mêmes. Ce facteur de motivation apparut particulièrement important, compte tenu de la présence de groupes habituellement plus conscients de leurs intérêts particuliers que des intérêts communs à leur organisation.

**La stratégie de diffusion de l'ACQ à l'hôpital Oméga.** Le DG de l'hôpital Oméga considérait la GQ comme un moyen accessoire d'atteindre ses propres objectifs d'excellence organisationnelle. Celui-ci était donc peu enclin à imposer à ses cadres une pratique à laquelle il ne souscrivait pas profondément. Sans un appui ferme du DG dans le dossier de la GQ, la RGQ, qui n'était qu'une cadre intermédiaire, évita d'associer les directeurs ainsi que les chefs de service à sa démarche, d'autant plus que ceux-ci avaient conservé un mauvais souvenir de la gestion du système de fiches d'évaluation, lors de la période centrée sur l'appréciation de la qualité.

À défaut de pouvoir contraindre les acteurs à pratiquer des activités d'ACQ dans leur service, la RGQ décida de susciter des actions volontaires en présentant la GQ comme étant une approche attrayante. Pour ce faire, elle diffusa dans l'hôpital les valeurs et les fondements de cette approche par le biais d'activités ludiques, le plus souvent accomplies en dehors des lieux de travail. Cela prit la forme d'activités sociales et de jeux divers (fêtes, concours, etc.) lors desquels participèrent une partie importante des membres du personnel. Mais, de façon générale, ces jeux ne générèrent qu'un engouement temporaire ou qu'une sensibilisation superficielle.

L'une de ces activités ludiques fut à l'origine de l'arrêt du PGQ à l'hôpital Oméga. Il s'agissait d'une activité où l'on demandait aux participants d'identifier dans leur propre service et dans un autre service un élément susceptible d'être amélioré. Les réponses des participants devaient être compilées par la RGQ et être retournées directement aux services concernés. Les chefs de service et leurs employés devaient ensuite disposer de ces

informations dans leur secteur. Or, pendant l'étape de la compilation des réponses, le DG jeta un regard sur les commentaires des participants. Ayant rapidement compris qu'en fait, les membres de son personnel venaient d'identifier - et surtout de reconnaître eux-mêmes - les faiblesses des divers services de l'établissement, le DG décida de poser un geste d'autorité inattendu. Il récupéra ces réponses et les convertit en objectifs opérationnels par rapport auxquels les chefs de service et leurs employés durent obligatoirement se conformer. Cette action unilatérale et centralisatrice créa une commotion parmi ceux qui s'étaient volontairement livrés à cet exercice d'ACQ. Ils avaient été loin de se douter que ces données risquaient d'être récupérées par la direction, puis «retenues contre eux». Dès lors, le personnel cessa systématiquement de participer aux activités d'ACQ.

### 3.4. Le déclin des PGQ dans les hôpitaux Alpha et Oméga

Les sources immédiates du déclin des PGQ dans les hôpitaux Alpha et Oméga seront traitées simultanément puisqu'elles sont semblables sur plusieurs points. Dans un premier temps, rappelons qu'une large part du déclin de ces deux PGQ est attribuable à des facteurs qui, tout au long de l'histoire de ces programmes, les empêchèrent de s'enraciner dans leur organisation hôte et donc, contribuèrent de manière permanente à leur fragilité. Par exemple, les DG semblent avoir autant manifesté d'empressement à se conformer aux prescriptions bureaucratiques des instances de leur environnement institutionnel, qu'à répondre aux besoins de leur organisation ou de leurs usagers. De plus, après l'introduction de la GQ, plusieurs gestionnaires et cliniciens exercèrent de la résistance passive vis-à-vis de cette approche. Ces comportements ambigus favorisèrent une pratique irrégulière des activités qualité, caractérisée par de longues périodes de ralentissement. Cela s'explique par l'implication ponctuelle des DG dans le dossier de la GQ, notamment lors des mois précédant immédiatement les visites des représentants du CCAÉS dans leur établissement. De la même manière, les variations du niveau d'activités des PGQ dans les services (gestion des fiches d'évaluation; cercles de qualité; projets d'ACQ; activités sociales en rapport avec la GQ; etc.), furent en phase avec le calendrier des visites du CCAÉS. Le manque de motivations intrinsèques des acteurs organisationnels envers la GQ serait donc un des maillons importants de la chaîne de causalités qui fut un précurseur du déclin des PGQ.

Quant aux sources directes du déclin des PGQ dans les hôpitaux Alpha et Oméga, l'une d'elles est attribuable à certains comportements inopportuns des DG. À l'hôpital Alpha, l'insistance du DG à faire en sorte que le personnel cadre rencontre les exigences du CCAÉS fut, à maintes occasions, perçue par ces derniers comme excessive et relevant d'une gestion de façade. Par ailleurs, le dynamisme du DG de l'hôpital Alpha l'amena à intervenir à quelques reprises dans son organisation en court-circuitant les actions de ses propres directeurs. Cela incita ces derniers à user discrètement de leur force d'inertie, par exemple, en produisant des documents de planification portant sur leur contribution au PGQ à l'échelle de leur directorat, sans toutefois prendre des mesures auprès de leurs subalternes afin que cela se traduise par des activités qualité concrètes. Le départ du DG de l'hôpital Alpha suivi de l'arrivée d'un successeur pour qui la GQ représentait un élément secondaire, coïncida avec un ralentissement marqué de la mise en oeuvre des projets

d'ACQ, là où ils étaient actifs. Pour ce qui est du DG à l'hôpital Oméga, ses actions centralisatrices, lors d'une des activités du PGQ (mentionnée antérieurement), entraînent immédiatement un ressac de la part du personnel qui avait jusque-là participé volontairement aux activités sociales du programme.

Les vagues successives de compressions budgétaires subies par les établissements hospitaliers furent une autre source directe du déclin des activités de GQ (surtout à l'hôpital Alpha). Celles-ci eurent pour effet de créer de l'insécurité parmi les membres du personnel quant à leur avenir professionnel, ce qui marginalisa le dossier de la GQ. Ces compressions mirent également en évidence une contradiction entre, d'une part, les valeurs prônées par l'ACQ, telles que la gestion participative, l'enrichissement des tâches des employés, ainsi que la promotion de la satisfaction des usagers et, d'autre part, le caractère imposé et apparemment arbitraire des coupures, puis la perspective que les services prodigués aux usagers allaient dorénavant diminuer en qualité (malgré le discours officiel niant cette tendance). D'ailleurs, c'est à la suite de ces compressions budgétaires que les activités du PGQ cessèrent à l'hôpital Alpha. Quant à l'hôpital Oméga, la crise budgétaire eut moins de conséquences, par défaut, puisque le PGQ avait déjà presque totalement cessé d'être opérant depuis les gestes de centralisation posés par le DG.

Au terme de nos deux études de cas, les activités des PGQ dans les hôpitaux Alpha et Oméga étaient à peu près réduites au point mort. Mais déjà, les RGQ entrevoyaient les préparatifs à effectuer en vue de recevoir, une fois encore, les représentants du CCAÉS. Cependant, il n'était désormais plus question d'engager ces organisations dans une approche lourdement bureaucratique ou largement participative. Ce type de PGQ était désormais révolu.

#### 4. Analyse des résultats : La ritualisation de la GQ en tant que réponse à des exigences contradictoires

Le constat de l'échec de la GQ dans les hôpitaux Alpha et Oméga repose sur deux critères principaux. Premièrement, les activités des PGQ cessèrent au moment où la majorité des projets d'ACQ n'avaient pas encore donné des résultats probants auprès des usagers, alors que la plupart des services ne s'étaient dotés que de projets sur papier. Deuxièmement, nos entretiens montrent clairement que presque tous les acteurs qui avaient participé aux activités de leur PGQ sont sortis de cette expérience désillusionnés, parfois cyniques (Lozeau, 1996b; 1997). Partant de ce constat d'échec, nous avons identifié quelques éléments qui ont tracé la route tortueuse empruntée par la GQ entre 1985 et 1995.

**Comportements de dépendance par rapport à l'environnement et inertie organisationnelle.** Nos résultats ont confirmé l'existence de comportements de dépendance que les hôpitaux manifestent par rapport à leur environnement institutionnel, en particulier vis-à-vis du CCAÉS. Ainsi, les dirigeants des hôpitaux Alpha et Oméga se conformèrent systématiquement aux normes du CCAÉS, parfois au risque de perturber leur organisation. Tel fut le cas lorsque ces derniers décidèrent d'introduire la GQ sans effectuer

un diagnostic concernant les besoins organisationnels ou les conséquences de la pratique d'activités de GQ sur le fonctionnement de leur établissement ainsi que sur la clientèle.

À la suite de l'introduction de la GQ dans les hôpitaux Alpha et Oméga, les membres du personnel trouvèrent peu de motifs internes à s'engager dans les activités du PGQ. Cela s'explique par le fait que la GQ ne fut jamais perçue par ces derniers comme une réponse aux problèmes concrets qu'ils vivaient dans leur organisation (ex.: les tensions entre des groupes professionnels; l'insécurité de l'emploi; l'épuisement professionnel dû à l'alourdissement des tâches; etc.) ni comme un instrument facilitant la protection de leurs acquis locaux (ex.: l'autonomie des gestionnaires et des cliniciens). De plus, la GQ se présenta comme une solution à des problèmes qui n'étaient pas fortement ressentis ou qui n'avaient pas une portée stratégique dans ces établissements. Par exemple, l'absence d'un marché concurrentiel dans le secteur hospitalier, la supériorité de la demande sur l'offre de services de santé, ainsi que la structure de financement des établissements, faisaient et font encore en sorte que la survie de ces organisations dépend moins de leur capacité de satisfaire les usagers (orientation centrale de la GQ) que de répondre adéquatement aux exigences techniques et aux pressions politiques des instances supérieures du réseau de la santé. En conséquence, les efforts administratifs et culturels que les membres du personnel auraient dû déployer pour mettre réellement en route un PGQ leur apparurent démesurés par rapport aux avantages escomptés. Malgré le désir des DG de se conformer aux prescriptions des instances de leur environnement institutionnel, le manque de renforcements intrinsèques à effectuer des activités qualité dans les services incita plusieurs membres du personnel à exercer discrètement leur force d'inertie contre le PGQ.

**Ritualisation de la GQ et ententes tacites.** Bien que l'introduction de la GQ généra immédiatement des réactions négatives dans les hôpitaux Alpha et Oméga, il n'en demeure pas moins que cela ne provoqua pas une confrontation directe et ouverte entre le personnel de ces établissements et les instances de leur environnement institutionnel, non plus qu'entre les différents groupes au sein même du personnel. En fait, plusieurs des comportements qui ont entravé la mise en oeuvre des PGQ ont constitué des réponses adaptées - mais aussi ambiguës et ritualisées - à une situation de double contrainte.

Par exemple, devant le manque d'intérêt manifesté par plusieurs directeurs et autres gestionnaires à l'égard de la GQ, le DG se contenta d'exiger que ceux-ci produisent la documentation qui devait faire l'objet de vérifications externes lors de la venue des visiteurs du CCAÉS. Ces gestionnaires se concentrèrent alors sur la rédaction de rapports traitant de l'avancement apparent de leurs projets d'ACQ, mais sans consacrer l'énergie nécessaire à la réalisation d'activités de GQ dans leur secteur. De même, l'utilisation abondante du vocabulaire de la GQ dissimula le maintien des anciennes pratiques routinières de gestion ou de production des services de santé de l'hôpital.

C'est ainsi que la ritualisation de la GQ semble avoir été le produit de comportements ambivalents résultant d'un partage d'intérêts entre des groupes aux visées contradictoires, mais contraints de cohabiter les uns avec les autres afin de maintenir entre eux des relations normalisées. Ces tensions se sont articulées autour de deux «arènes

politiques» distinctes : l'une, externe, opposant des instances de l'environnement institutionnel et les dirigeants des hôpitaux et l'autre, interne, opposant le DG (et quelques alliés) et des groupes influents de son personnel. Dans ces hôpitaux, plusieurs de ces groupes exercèrent avec facilité leur force d'inertie en profitant de leur autonomie professionnelle ainsi que de l'absence d'un système efficace de vérification des processus en cours et des réalisations du PGQ. En clair, comme la GQ se buta à la résistance en sourdine de la plupart des gestionnaires et des cliniciens à qui revenait - chacun à son niveau - la fonction contrôle du PGQ, ce programme reposa sur des acteurs peu enclins à en assurer le fonctionnement avec rigueur. Dès lors, dans les hôpitaux Alpha et Oméga, le DG fut incapable, à lui seul, de garantir un suivi serré des activités du PGQ dans l'ensemble des services de son établissement, tant pour des raisons techniques (lourdeur de la tâche) que politiques (manque d'appui de ses propres gestionnaires). Puisque, par ailleurs, le DG s'était déjà engagé publiquement à promouvoir la GQ (notamment auprès du CCAÉS), il se résolut à feindre la supervision de son PGQ pour éviter une confrontation directe, tant avec l'environnement de son organisation qu'avec les membres de son personnel.

Coincés entre les pressions des instances de leur environnement institutionnel en faveur de la GQ et la résistance des acteurs de leur établissement, les DG des hôpitaux Alpha et Oméga se résignèrent à n'exiger guère plus de leur personnel qu'une pratique superficielle d'activités qualité. La protection des intérêts personnels des promoteurs de la GQ prima alors sur l'objectif officiel consistant à enraciner la pratique de cette approche dans les hôpitaux. Or, ce comportement des autorités facilita encore plus les diverses actions de résistance et de ritualisation du personnel.

Les rituels d'activités des PGQ se révèlent donc avoir été l'expression d'un amalgame d'exigences, de résistances et de compromis mutuels de la part des acteurs concernés dans ce dossier. Par exemple, ce fut le cas lorsque les dirigeants des hôpitaux Alpha et Oméga demandèrent à leurs chefs de service de rédiger la documentation nécessaire pour s'assurer que ces établissements projettent une image positive dans l'environnement (exigence), tout en laissant tacitement la latitude à ces derniers de réaliser plus ou moins de véritables projets d'ACQ dans leur secteur (compromis). Réciproquement, il en fut de même lorsque ces chefs de service acceptèrent officiellement de produire cette documentation (compromis), tout en se permettant d'y inclure des informations imprécises ou même erronées (résistance). Selon plusieurs chefs de service, cette conformité de façade les protégea contre des sanctions éventuelles provenant de leurs supérieurs, tout en contribuant à préserver leur zone locale de liberté. Ce jeu de rituels se déroula également entre les hôpitaux et leur environnement, alors que la vérification ponctuelle des normes prescrites par le CCAÉS (exigence) dans ces établissements de santé ne s'effectua jamais à l'improviste, en bonne partie pour éviter de prendre en défaut le personnel hospitalier lorsque le niveau des activités du PGQ était au plus bas (compromis). Cela met en évidence un phénomène de «réciprocité dans la complicité» qui consista, pour chacun, à ménager son vis-à-vis en vue de susciter la complaisance de l'autre en retour. Qui plus est, au-delà des différents groupes d'acteurs qui provoquèrent des oppositions entre les «tenants» et les «récalcitrants» de la GQ, l'intrication des échanges de bons

procédés créa un réseau multilatéral de complicités dans l'action - telle une toile d'araignée - qui se tissa à partir de nombreuses «ententes tacites» - gardiennes des normes implicites - d'où il devint socialement difficile pour qui que ce soit de s'en échapper sans courir le risque d'être ostracisé, non seulement par ses vis-à-vis mais aussi par ses pairs.

En conséquence, si quelques gestionnaires et cliniciens semblent, au départ, avoir tenté de tirer des avantages de la promotion de la GQ afin d'augmenter leur influence personnelle dans leur organisation (ex. : certaines infirmières) ou de rayonner dans le réseau hospitalier (ex. : les DG), ces stratégies s'estompèrent avec l'émergence et la cristallisation des nombreuses ententes tacites pour lesquelles les rituels de la GQ furent le principal avatar. En fait, l'objectif dominant de l'ensemble des acteurs - avant tout défensif - consista à éviter toute confrontation, tant avec un système de valeurs socialement légitimé par les autorités du réseau de la santé et soutenant les principes de la GQ, qu'avec un système de valeurs «souterrain» (loi du silence; loyauté corporatiste; etc.) appuyant la résistance au changement et épaulé par la plupart des membres du personnel des hôpitaux Alpha et Oméga. Cette double contrainte fut le creuset d'une inertie organisationnelle occultée par les rituels qui caractérisèrent l'histoire des PGQ dans ces deux hôpitaux. Notre conception du rituel est donc à distinguer de l'idée traditionnelle que ce phénomène constitue le trait d'union entre deux objets, par exemple entre le sacré et le profane (Thines et Lempereur, 1975). En effet, dans notre étude, le rituel joua plutôt le rôle de mécanisme de défense par dissociation du réel-occulté et du légitime-manifeste. Ainsi, la ritualisation de la GQ, en tant que leurre, dissimula les ententes tacites pour mieux leur permettre d'opérer librement au sein des hôpitaux.

Ainsi, du côté des acteurs en position d'autorité, l'enjeu devint concrètement de ne pas provoquer les acteurs réfractaires à la GQ en se gardant de les contraindre à se conformer véritablement à la norme qualité prescrite par le CCAÉS. Le risque était de créer un ressac en radicalisant la résistance des subalternes tout en les incitant à lever le voile sur les rituels également effectués par nombre de soi-disant tenants de la GQ. Tout cela aurait jeté du discrédit sur les actions de ces derniers et sur leur autorité de gestionnaires ou d'évaluateurs. Chez les subalternes, l'enjeu fut d'éviter l'isolement vis-à-vis de leurs pairs en ne provoquant pas une action individuelle de confrontation avec la direction de l'hôpital ou avec le CCAÉS. Nombre de subalternes craignaient qu'une telle manoeuvre aurait mené à une escalade de représailles venant de part et d'autres d'où ils seraient tous sortis perdants.

Tant pour les uns que pour les autres, briser les ententes tacites en s'attaquant directement aux rituels de la GQ, aurait signifié devoir absorber individuellement les réactions négatives de leurs supérieurs, de leurs confrères ou de leurs subordonnés, parce que démasqués dans l'accomplissement de jeux politiques inavouables. Confronter ces acteurs aurait signifié transgresser les normes implicites soutenant ces complicités et l'«ordre social» dans leur organisation. Pour chacun, il s'agissait donc de choisir le moins pire de deux maux : tolérer discrètement les rituels des autres acteurs en acceptant d'être soi-même complice dans de tels jeux (et ainsi, en retirer des bénéfices secondaires), plutôt que de subir divers contrecoups pour avoir été le premier à dénoncer ces pratiques.

En résumé, la ritualisation des PGQ semble avoir permis de faire l'économie de confrontations brutales entre les instances de l'environnement institutionnel et les hôpitaux, ainsi qu'au sein même de ces organisations. Cependant, il demeure que ces rituels ont engendré une lourdeur administrative supplémentaire sans améliorer sensiblement les processus de production de soins ni la qualité des services prodigués aux usagers. Or, la pratique de ces rituels n'a probablement été possible que dans la mesure où la GQ ne représentait guère plus pour les acteurs impliqués dans le dossier qu'une question secondaire pouvant être facilement ballottée par d'autres enjeux plus importants. En cela, si la ritualisation de la GQ ne fut pas la source d'un échec, elle fut, sans doute, le vecteur de problématiques, une soupape de sécurité, en rapport avec la protection des intérêts locaux des individus et des groupes dans les hôpitaux Alpha et Oméga. Ainsi, en tant que rituels, les activités de la GQ furent probablement le symptôme d'un mal plus profond touchant le cœur même du fonctionnement de ces organisations bureaucratiques, caractérisées par la présence d'une inertie fondée sur un pouvoir morcelé, partagé entre des groupes aux visées divergentes, et contraintes par un environnement institutionnel lointain et technocratique.

##### 5. Ébauches de propositions - La GQ : une approche à repenser ou à proscrire

Notre étude montre que plusieurs gestionnaires et cliniciens n'ont jamais cessé de percevoir la GQ comme une menace à leur autonomie professionnelle ou, tout au moins, comme une approche peu utile. De plus, si la majorité des acteurs prirent une part active dans les rituels qui caractérisèrent les PGQ, c'est qu'ils se sentirent individuellement peu responsables des événements, mais plutôt à la remorque d'une dynamique sociale irrésistible. C'est ainsi qu'à défaut de surmonter l'inertie du personnel, les tenants de la GQ se contentèrent de feindre l'imposition de cette approche à des acteurs organisationnels qui acceptèrent tout autant de feindre la conformité à ces exigences.

Dans une perspective à courte vue, la ritualisation des activités de GQ comporta l'avantage de prévenir une confrontation directe entre les tenants et les récalcitrants de cette approche de gestion. Cependant, l'hypertrophie des activités symboliques et le caractère hautement bureaucratique du PGQ ont constitué autant d'effets pervers qui ont finalement découlé de ces rituels. En plus, les apparents bénéfices secondaires qui ont résulté des ententes tacites n'ont à peu près pas profité aux usagers alors que, pourtant, la GQ est censée orienter les organisations vers la satisfaction des clients. Dans les lignes qui suivent, nous aborderons quelques ébauches de solutions en réponse à cette problématique.

**Remise en question de la GQ sous ses formes actuelles.** Les dernières années furent marquées par de sévères compressions budgétaires, parfois, imposées sans avertissements par les autorités gouvernementales. Ces compressions installèrent du désordre dans la gestion des hôpitaux et du désarroi parmi leur personnel. Dans ce contexte, la GQ fut perçue avec cynisme par les acteurs, soit comme un nouvel instrument d'efficacité économique enrobé d'un discours faussement axé sur le bien-être des clients, soit comme une approche située à contre-courant du virage budgétaire exigé par les autorités, et donc vouée à être marginalisée. Dans la mesure où les autorités du réseau de la santé et celles des hôpitaux tiennent pour importantes ce que vise en principe la GQ, celles-

ci devraient combattre ce cynisme en encourageant systématiquement une utilisation mixte des gains d'efficacité : en partie pour des fins d'économie de ressources et en partie pour l'amélioration des services aux usagers.

Par ailleurs, la mise en oeuvre des principes de la GQ est entravée par l'incapacité des usagers d'imposer leurs préférences dans le milieu hospitalier. La position de faiblesse des malades explique, dans une bonne mesure, pourquoi les services de santé se sont développés de manière bureaucratique et répondent en priorité aux demandes exprimées par les fournisseurs de soins et de ressources financières, depuis longtemps habitués à déterminer, au nom des usagers, les types et la quantité des services que ces derniers requièrent. Bien que la satisfaction des usagers par le biais de la GQ ait pu constituer un objectif louable en soi, force est de constater que les moyens élaborés pour y parvenir se sont révélés plutôt inefficaces. Une des raisons à cela tient à ce que la survie des hôpitaux publics ne dépend pas directement du traitement que les membres de leur personnel réservent aux patients. Ainsi, alors que la pratique d'activités de GQ peut avoir une portée stratégique dans le cas d'une entreprise qui cherche à plaire à sa clientèle pour accroître sa part de marché et ses revenus, qu'en est-il d'un hôpital qui croule sous le poids des coûts générés par ses usagers, et des cliniciens qui sont débordés quotidiennement par l'énorme demande en soins de leurs patients? Le résultat est que si plusieurs entreprises privées sont «attirées» à pratiquer des activités de GQ pour augmenter leur chiffre d'affaires, la plupart des hôpitaux sont au contraire «poussés» par certains agents externes ou par mimétisme inter-organisationnel vers le «courant qualité» afin de dégager une image publique positive, tout en subissant des pressions économiques en sens contraire.

Puisque la motivation à mettre en oeuvre les principes de la GQ dans les hôpitaux est plutôt extrinsèque et faible (et parfois même négative), il convient donc de créer des boucles de renforcements intégrant directement les usagers. Une avenue de solution consiste à rééquilibrer les rapports de forces en faveur de ces derniers. Une option à considérer est de développer des incitations à l'échelle du réseau de la santé, telles que la mise sur pied d'un système dans lequel le traitement des malades cesserait d'être une source de dépenses pour les établissements. Un autre élément de solution - plus coercitif - est d'instaurer un système indépendant d'évaluation des établissements de santé géré par des regroupements d'usagers qui auraient, par exemple, le pouvoir d'effectuer des visites à l'improviste et de divulguer publiquement les résultats de leurs évaluations. Un organisme tel que le CCAÉS serait alors invité à se concentrer dorénavant sur son rôle conseil auprès des gestionnaires (rôle que ses représentants présentent d'ailleurs, depuis longtemps, comme étant la fonction première du CCAÉS). Mais avant tout, il importe de motiver de manière intrinsèque les membres du personnel hospitalier à accomplir, dans un esprit d'initiative, des activités de GQ en faisant en sorte qu'ils y trouvent aussi leur propre intérêt. Cela vaut particulièrement pour les acteurs qui jouissent d'une grande autonomie au travail et pour lesquels l'application de systèmes traditionnels de contrôle se révèle généralement inefficace et aboutit à des rituels administratifs.

Cependant, s'il s'avérait impossible d'effectuer de telles modifications dans un avenir prévisible, alors ne serait-il pas préférable de remettre en question la pratique des

activités de GQ dans les hôpitaux au Québec, sachant que la mise en oeuvre des principes de cette approche commande des conditions initiales qui ne correspondent pas avec celles qui prévalent dans le milieu hospitalier. Ainsi, tant que la culture organisationnelle des hôpitaux ainsi que la nature de leurs rapports avec leur environnement institutionnel et les usagers conserveront leurs caractéristiques actuelles, ne serait-il pas indiqué de cesser d'inciter le personnel de ces établissements à s'engager dans ce type d'approche de gestion, tout au moins dans les formes qui leur ont été imposées jusqu'à maintenant?

Qu'il soit clair que nous n'encourageons aucunement les personnels administratif, clinicien et non clinicien à baisser les bras devant le défi quotidien que constitue la prestation de soins de santé de qualité auprès de la population tout comme la réalisation des processus de production de services de santé qui se situent en amont. Bien au contraire. En fait, la reconnaissance de l'ampleur du problème posé par la pratique de la GQ dans les hôpitaux publics au Québec - plutôt la dissimulation de l'échec de son application - nous apparaît, dans les circonstances, être l'attitude la plus saine à adopter.

**Conclusion.** Partant d'une étude récente qui révèle que la pratique de la GQ dans les hôpitaux au Québec est problématique (Lozeau, 1996), nous avons réalisé deux études de cas afin de mieux connaître les liens entre les facteurs qui ont mené des PGQ vers l'arrêt prématuré de leurs activités. Les résultats de ces études de cas montrent que dans le dossier de la GQ, bien que les exigences d'une instance de l'environnement institutionnel des hôpitaux - le CCAÉS - et la volonté du personnel des sites étudiés furent opposées, il ne s'en suivit pas un affrontement direct entre ces parties. Plutôt, il en résulta une série d'ententes tacites couvertes par des rituels administratifs qui permirent à chacun de préserver son autonomie locale et sa légitimité à l'intérieur de son domaine professionnel. Mais, en contrepartie, les PGQ ont eu peu d'impacts positifs sur la qualité des soins prodigués aux usagers.

Pour éviter la répétition d'événements semblables, nous identifions quelques conditions initiales nécessaires à la mise en oeuvre effective d'un PGQ, tout en constatant qu'actuellement, ces conditions ne semblent pas en voie de se réaliser dans un avenir prévisible. En conséquence, nous conseillons aux autorités de ne plus appliquer indûment sur les hôpitaux de la pression qui les conduit à maintenir artificiellement leur PGQ en fonction. Le fait est que jusqu'à maintenant, cela n'a eu pour impact que de contraindre les administrateurs et les cliniciens de ces établissements à feindre, en bonne partie, l'accomplissement d'activités qualité.

Enfin, nos études de cas nous ont également permis de mettre en relief une prémisse erronée que nombre de théoriciens et de tenants de la GQ sont portés à soutenir, à savoir que cette approche devrait être appliquée dans toutes les organisations. Or, d'une part, en prenant comme base de raisonnement la rationalité économique, nous devons admettre que si la GQ peut représenter un outil stratégique lorsque la survie d'une organisation dépend de sa capacité de se doter puis de fidéliser une clientèle qui lui apporte des revenus, l'utilisation de cette approche perd tout son sens quand les clients sont captifs, surnuméraires et qu'ils constituent une dépense nette pour l'organisation. D'autre part, dans

le cas d'hôpitaux publics et sans but lucratif, nos résultats tendent à montrer que la pratique d'activités qualité s'étiole rapidement lorsqu'elle n'est pas supportée par un système efficace de renforcements suscitant la motivation des acteurs situés tout au long de la chaîne des fournisseurs de services de santé. Sans l'existence préalable d'un tel système, la dynamique socio-politique des bureaucraties professionnelles que sont les hôpitaux ne tarde pas à gommer les dimensions plus techniques de la GQ, qui sont fortement axées sur des processus traditionnels de contrôle. En ce sens, notre étude tend finalement à démontrer l'échec de l'utilisation de la GQ en tant qu'outil de débureaucratiation des hôpitaux publics au Québec ou en tant que moyen d'introduire une culture centrée sur la satisfaction des usagers, là où, depuis longtemps, le milieu organisationnel est structuré d'abord en fonction des besoins et des priorités des fournisseurs de services.

### Bibliographie

- Backoff, R. W., & Nutt, P.C. (1990). Organizational Publicness and its Implications for Strategic Management. Division du secteur public de l'Academy of Management (communication personnelle).
- Baker W. (1992). TQM: A Philosophy and Style of Managing for the Public Sector? Document de travail, no 92-28, Université d'Ottawa.
- Berwick, D. M., Godfrey, A. B., & Roessner, J. (1990). Curing Health Care: Strategies for Quality Improvement. San-Fransisco: Jossey-Bass.
- Brunelle, Y. (1996). La capitation régionale, une avenue d'intérêt? Planification-évaluation santé et services sociaux. Sainte-Foy (Qué.): Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Champagne, F. (1982). L'évolution de la raison d'être d'un centre hospitalier. Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal.
- De Ketele, J.-M., & Roegiers, X. (1993). Méthodologie du recueil d'informations: Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents. Bruxelles: De Boeck.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Lozeau, D. (1993). «Les paradoxes de la planification stratégique dans le secteur public». Optimum, vol. 24, no 1, p. 33-45.
- Derber, C., & Schwartz, W. (1988). «Des hiérarchies à l'intérieur de hiérarchies: Le pouvoir professionnel à l'oeuvre». Sociologie et sociétés, vol. 20, no 2, p. 55-76.
- Deslauriers, J.-P. (1987). «L'analyse en recherche qualitative». Cahiers de recherche sociologique, vol. 5, no 2, p. 145-152.
- Donabedian, A. (1978). Needed Research in the Assessment and Monitoring of the Quality of Medical Care. U.S. Hyattsville (Maryland): Department of Health Education, and Welfare.
- Donabedian, A. (1985). The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An illustrated Analysis. Ann Harbor (Michigan): Health Administration Press.
- Éthier, G. (1994). La qualité totale: une panacée du secteur public? Ste-Foy (Qué.): Presses de l'université du Québec.
- Farquhar, C. R. (1993). Focussing on the Customer: A Catalyst for Change in the Public Sector. Ottawa: Conference Board of Canada.
- Forsyth, P.B., & Danisiewicz, T. J. (1985). «Toward a Theory of Professionalization». Work and Occupations, vol. 12, no 1, p. 59-71.
- Godfrey, A. B., Berwick, D. M., & Roessner, J. (1993). «La gestion de la qualité peut-elle réussir dans le domaine de la santé? Oui, si l'on suit dix principes». Qualité en mouvement, vol. 7, p. 63-69.

- Harris, C. R. (1995). «The Evolution of Quality Management: An Overview of the TQM literature». Revue Canadienne des Sciences Administratives, vol. 12, no 5, p. 95-105.
- Harvey, J. (1989). «Just-in-time in Health and Human Services: A Client Approach». Public Productivity and Management Review, vol. 13, no 9, p. 78-88.
- Huberman, A. M., & M. B. Miles. 1991. Analyse des données qualitatives. Bruxelles: De Boeck.
- Javidan, M., & Dastmalchian, A. (1988). «Why Planning in State Enterprises Doesn't Work». Long Range Planning, vol. 21, no 3, p. 98-104.
- Kahn, J. (1987). Gestion de la qualité dans les établissements de santé. Montréal: Agence d'Arc.
- Kerr, B. J. (1993). «The TQM Critic: A Rational Revolutionary». Healthcare Financial Management, vol. 47, p. 76-79.
- Laboucheix, V. (1990). Traité de la qualité totale. Paris: Bordas.
- Langley, A. (1986). «The role of formal analysis and planning in the three organizations». In The Role of Formal Analysis in Organizations. Thèse de doctorat, Université McGill, p. 284-333.
- Larson, M. S. (1977). The Rise of Professionalization. Berkeley : University of California Press.
- Laza, R. W., & Wheaton, P. L. (1990). «Recognizing the Pitfalls of Total Quality Management». Public Utilities Fortnightly, vol. 12, p. 17-21.
- Le Beau, G., & Roberge, R. (1992). Manuel de gestion intégrale de la qualité. Montréal: Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et Association des hôpitaux du Québec.
- Lengnick-Hall, C. A. (1995). «The Patient as the Pivot Point for Quality in Health Care Delivery». Hospital & Health Services Administration, vol. 40, no 1, p. 25-39.
- Lozeau, D. (1995). Une innovation managériale appliquée dans un monde non idéal: la gestion de la qualité: Actes du 4<sup>e</sup> colloque de l'Association Internationale de Management Stratégique (Université Paris-Dauphine, 2-4 mai 1995). Paris: AIMS.
- Lozeau, D. (1996a). «La planification stratégique dans le secteur public hospitalier: un outil de gestion technique, politique ou normative». In À l'aube du 21<sup>ème</sup> siècle: des enjeux pour des sciences de la gestion, sous la dir. de G. Simard et M. Bédard, p. 237-260. Montréal: Guérin.
- Lozeau, D. (1996b). «L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité: résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec». Ruptures, vol. 3, no 2, p. 187-208.
- Lozeau, D. (1997). Étude critique de la pratique de la gestion de la qualité dans des hôpitaux au Québec. Thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Milakovich, M. E. (1991). «Total Quality Management in the Public Sector». National Productivity Review, vol. 10, p. 195-213.
- Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations. Paris: Éditions d'Organisation.
- Mintzberg, H. (1990). Le management: voyage au centre des organisations. Montréal: Agence d'Arc.
- Morgan, C., & Murgatroyd, S. (1994). Total Quality Management in the Public Sector: A International Perspective. Philadelphie: Open University Press.
- Pollitt, C. (1993). «The Struggle for Quality: the Case of the National Health Service». Policy and Politics, vol. 21, no 3, p. 161-169.
- Radin, B. A., & Coffee, J. N. (1993). «A Critic of TQM: Problems of Implementation in the Public Sector». Public Administration Quarterly, vol. 17, no 1, p. 42-54.
- Rago, W. V. (1994). «Adapting Total Quality Management (TQM) to Government: Another Point of View». Public Administration Review, vol. 54, no 1, p. 61-64.
- Reeves, C. A., & Bednar, D. A. (1993). «What Prevents TQM Implementation in Health Care Organizations?». Quality Progress, p. 41-44.
- Reeves, C. A., & Bednar, D. A. (1994). «Defining Quality: Alternatives and Implications». Academy of Management Review, vol. 19, no 3, p. 419-445.

- Redman, T., Mathews, B., Wilkinson, A., & Snape, E. (1995). «Quality Management in Services: is the Public Sector Keeping Pace?». International Journal of Public Sector Management, vol. 8, no 7, p. 21-34.
- Roberge, R. (1991). «Le réseaux hospitalier: Du contrôle de la qualité à la gestion intégrale de la qualité». Qualité totale, p.11-14.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre (1995). Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers. Montréal.
- RRSSSMC (voir Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre).
- Saunders, B., Laughlin, S., & Stackhouse, B. (1994). La gestion de la qualité pour les services de santé. Ottawa: Presses de l'Association des Hôpitaux du Canada.
- Shoop, T. (1991). «Uphill Climb to Quality: Why is Total Quality Management Taking so long to catch on in Government?». Government Executive, p. 17-19.
- Shortell, S. M., O'Brien, J. L., Carman, J. M., Foster, R. W., Hughes, E. F. X., Boerstler, H., & O'Connor, E. J. (1995). «Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus Implementation». Health Services Research, vol. 30, no 2, p. 377-401.
- Sitkin, S. B., Sutcliffe, K. M., & Schroeder, R. G. (1994). «Distinguishing Control from Learning in Total Quality Management: A Contingency Perspective». Academy of Management Review, vol. 19, no 3, p. 537-564.
- Spencer, B. A. (1994). «Models of Organization and Total Quality Management: A Comparison and Critical Evaluation». Academy of Management Review, vol. 19, no 3, p. 446-471.
- Swiss, J. E. (1992). «Adapting Total Quality Management (TQM) to Government». Public Administration Review, vol. 52, no 4, p. 356-362.
- Thines, G. & Lempereur, A. (1975). Dictionnaire général des sciences humaines. Paris : Éditions universitaires.
- Waldman, D. A. (1994). «The Contributions of Total Quality Management to a Theory of Work Performance». Academy of Management Review, vol. 19, no 3, p. 510-536.
- Younis, T., Bailey, S. J., & Davidson, C. (1996). «L'application au secteur public de la gestion de la qualité totale». RISA, vol. 3, p. 445-461.

## Notes

---

<sup>i</sup> Il s'agit d'un membre permanent et de deux visiteurs du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS), de deux conseillers travaillant dans deux Régies régionales (Montréal centre et Outaouais), et d'un membre de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ).

<sup>ii</sup> Le «CCAÉS» est l'ancien nom de l'actuel «Conseil canadien d'agrément des services de santé» (CCASS).

<sup>iii</sup> Ce programme est officiellement destiné à aider les établissements de santé à répondre à des normes standardisées de bonne gestion dans leur secteur d'activité. En pratique, lorsque les résultats de l'évaluation du CCAÉS sont favorables, ils sont souvent utilisés par la direction de ces organisations dans la promotion de leur image publique à l'intérieur du réseau de la santé.