



Nom : Lozeau
Prénom : Daniel
professeur

École nationale d'administration publique
4750, avenue Henri-Julien, bureau 5000
Montréal (Québec), Canada
H2T 3E5

Téléphone : (514) 849-3989 poste 2936
Télécopieur : (514) 849-3369
Courriel : daniel_lozeau@enap.ca

Titre : La démarche qualité : de l'enlèvement d'une technique à l'enracinement d'un archétype

Résumé. Sur la base des résultats de deux études empiriques réalisées dans le cadre d'une recherche longitudinale qui a porté sur l'introduction de la gestion de la qualité (GQ) en milieu hospitalier québécois, nous avons examiné l'évolution des stratégies d'acteurs visant à réduire le décalage entre les principes de la démarche qualité et la dynamique de l'organisation. De manière générale, la pratique de la GQ s'avère problématique. Ainsi, dans presque tous les sites étudiés, il appert que bien que le programme de GQ soit officiellement instauré et évalué positivement par un organisme externe d'agrément, un regard plus attentif de la situation révèle plutôt un enlèvement de la démarche qualité dans des pratiques administratives largement ritualisées. En effet, cette démarche est le plus souvent isolée et ignorée du reste de l'organisation ou bien récupérée accessoirement à l'intérieur d'enjeux politiques qui dominent ce milieu organisationnel. Cependant, notre deuxième étude a permis d'identifier un site dans lequel la GQ semble en voie de s'enraciner en profondeur. Il ressort que cet «enracinement» résulterait à la fois de l'aboutissement d'un processus incrémental de maturation de la démarche qualité en tant que telle ainsi que de l'installation d'une nouvelle structure organisationnelle trans-fonctionnelle qui a eu un effet de synergie sur cette démarche. Le caractère idiosyncrasique de la dynamique d'«adaptation mutuelle» qui a façonné l'enracinement de la GQ dans cette organisation suggère que, mis à part quelques leçons générales à tirer, ce genre de processus est difficilement transposable dans une autre organisation. En cela, chaque démarche qualité doit tracer le sillon de son propre chemin. Enfin, il se dégage de notre recherche que la GQ ne peut pas à elle seule constituer le fer de lance d'un changement organisationnel archétypal. Cela expliquerait une grande part des difficultés de mise en œuvre que connaît cette approche de gestion puisque ces principes fondateurs se rattachent à un «archétype managérialiste» antinomique avec l'«archétype bureaucratique» sur lequel est actuellement édifié le modèle organisationnel des hôpitaux publics.

Mots clés : adaptation mutuelle ; agrément ; archétype ; changement ; couplage ritualisé ; enracinement ; gestion de la qualité (GQ) ; hôpital ; incrémentalisme.



AIMS

De l'enlisement de démarches qualité à l'enracinement d'un archétype
de Daniel Lozeau

À propos d'un corps étranger introduit dans un milieu organisationnel

La participation de nombreuses organisations à la diffusion d'une nouvelle approche de gestion ne présage aucunement de l'avenir de cette dernière. Le manque de concordance entre une telle approche et la dynamique de l'organisation dans laquelle cette démarche est appliquée est susceptible de mener à des difficultés ultérieures de mise en œuvre. L'étude de la pratique de la «gestion de la qualité» (GQ) dans le secteur hospitalier au Québec nous a conduit à examiner une telle problématique (Lozeau, 1996, 1997, 1999, 2002).

Dans ce texte, nous décrivons en quoi les hôpitaux publics au Québec forment en principe un milieu peu favorable à la mise en œuvre de la démarche qualité, ce qui nous mènera à l'énoncé d'un modèle d'analyse répondant à ce type de situation. Par la suite, nous présenterons les résultats de deux études empiriques (ou phases) réalisées respectivement en 1996 et en 2000 qui ont confirmé nos appréhensions. Cela nous conduira à remettre en question les attentes irréalistes que plusieurs acteurs entretiennent toujours concernant la place de la démarche qualité lorsqu'il est question de procéder à un changement organisationnel en profondeur.

Contexte hospitalier peu favorable. Ayant d'abord répondu aux besoins d'organisations privées évoluant dans un marché concurrentiel, la GQ est apparue plus tardivement dans le secteur public. Les tenants de cette approche la dépeignent comme un élément de la gestion moderne désormais incontournable dans toutes les organisations. Mais depuis quelques années, les preuves de l'existence de difficultés de mise en œuvre d'une telle démarche s'accumulent (Cole et Scott, 2000 ; Radin et Coffee, 1993 ; Reeves et Bednar, 1993 ; 1994 ; Westphal, Gulati et Shortell, 1997).

Examinons schématiquement quelques présupposés que nous retrouvons souvent dans les écrits de la GQ tout en les comparant à la réalité d'un hôpital public. Par exemple, la démarche qualité est reconnue

comme étant focalisée sur la satisfaction du client (Kélada, 2000 ; Lengnick-Hall, 1995; Milakovich, 1991; Swiss, 1992). Cela se comprend lorsque la survie d'une organisation tient à sa capacité d'attirer et de fidéliser les clients, sources de revenus. Or, il en est bien autrement d'hôpitaux publics sans but lucratif, en situation de monopole, prodiguant des services à des patients en surnombre qui représentent une source de dépenses et, tout cela, dans un contexte de restrictions budgétaires sévères (Farquhar, 1993; Radin et Coffee, 1993; Rago, 1994, Younis, Bailey et Davidson, 1996).

Qui plus est, ces hôpitaux constituent de véritables bureaucraties dont les bases reposent sur la bipolarisation d'un pouvoir partagé entre la hiérarchie administrative et celle du corps médical, toutes deux situées immédiatement sous le conseil d'administration. Ces organisations professionnelles sont régies par un cadre réglementaire rigide qui favorise un aménagement de travail compartimenté (Backoff et Nutt, 1990 ; Lozeau, 1997, 1999 ; Mintzberg, 1982) inhibant l'initiative des acteurs (Lozeau, 1996). À cela, s'ajoute la vulnérabilité physique et psychologique que concède le patient à l'expert-thérapeute (Lozeau, 1996; 1997). Il est clair que cette dynamique s'écarte des conditions de base censées préexister à l'introduction d'une démarche convergente avec des modes participatifs de gestion articulés autour de chaînes trans-fonctionnelles et trans-disciplinaires de fournisseurs-clients (Cole et Scott, 2000 ; Kélada, 2000 ; Stupak et Leitner, 2001).

Environnement fortement institutionnalisé. Au Canada, on ne peut faire abstraction du rôle dominant qu'a joué le Conseil canadien d'agrément des services de santé ou CCASS (organisme réalisant des examens externes triennaux auprès des établissements de santé adhérant à son programme d'évaluation) pendant la diffusion de la GQ dans le secteur hospitalier (CCAÉS, 1986 ; CCASS, 2001) alors que l'adhésion au programme d'évaluation du CCASS – qui inclut une norme qualité – est maintenant devenue une norme sociale pratiquement incontournable. L'importance que peuvent acquérir de telles pressions sociales aux dépens de critères internes d'ordre technique lors de la diffusion d'approches de gestion est au centre de l'effet «boule-de-neige» (bandwagon) identifié par Abrahamson (1991) et Abrahamson et Rosenkopf (1993). Ce processus, largement fondé sur le mimétisme, mènerait à la «sur-diffusion» de telles approches en ce que celles-ci tendraient à être adoptées même dans des organisations peu propices à leur pratique. L'effet boule-de-neige serait favorisé dans des organisations caractérisées par leur appartenance à un réseau (Westphal, Gulati et Shortell, 1997) et par l'ambiguïté entourant leurs critères d'efficacité technique.

Or, ces conditions qui semblent inciter les acteurs à se rabattre sur des normes socialement construites à l'échelle du secteur hospitalier. C'est ainsi qu'un autre présupposé de la GQ est violé, à savoir que plutôt que d'être l'initiative des acteurs de l'organisation concernée, cette démarche est télécommandée sous la pression de l'environnement. Étant donné que, selon les canons de la GQ, les acteurs internes appelés à appliquer une telle démarche forment la clé de voûte d'une mise en œuvre réussie, nous devinons que cette étape risque fort d'être fragilisée. De tout cela, il découle que le degré de diffusion de la GQ ne représente qu'une mesure d'«étalement» (nombre d'organisations touchées) et non pas une mesure d'«enracinement» dans les valeurs et les comportements des acteurs.

Cadre d'analyse. Constatant une divergence considérable entre les présupposés de la GQ et la réalité des hôpitaux, il apparaît dès lors invraisemblable que l'introduction d'une telle démarche puisse se réduire à un simple accommodement technique. Cependant, peu de chercheurs ont vérifié ce qui advient à long terme d'une démarche qualité introduite dans une organisation qui ne répond manifestement pas aux conditions initiales qui lui sont supposées propices. Reprenant la terminologie utilisée par Greenwood et Hinings (1996) et Brock, Powell et Hinings (1999) qui abordent cette question dans un cadre plus large, il s'agit de savoir si une approche de gestion qui s'inscrit dans un «archétype managérialiste» associé aux valeurs mises de l'avant dans le secteur privé (et notamment axé sur les questions d'efficacité et d'efficience, la satisfaction du client ainsi que l'entrepreneuriat), est susceptible de générer des modes de fonctionnement compatibles avec ceux d'une bureaucratie professionnelle du secteur public. Et dans le cas où un tel rapprochement puisse s'avérer, sous quelles conditions cela tend à se produire ?

Nous répondrons à ces questionnements en comparant nos derniers résultats à ceux de nos études antérieures (analyse longitudinale) selon un cadre conceptuel développé récemment dans lequel nous proposons une typologie de stratégies (ou scénarios) destinées à réduire l'écart entre les principes d'une approche managériale et la dynamique organisationnelle dans laquelle cette démarche est introduite (Lozeau, Langley et Denis, 2002). Notre typologie reconnaît quatre stratégies potentielles. Premièrement, la «transformation» : l'approche de gestion (ici, la GQ) réussit à convertir les valeurs et les modes de fonctionnement organisationnels selon l'orthodoxie des principes de cette démarche (scénario prescrit par les promoteurs de l'approche). Deuxièmement, l'«adaptation mutuelle» : l'approche de gestion et l'organisation sont appelées à s'ajuster l'une à l'autre (Idée reprenant le concept de «customization» de Westphal, Gulati et Shortell, 1997). Ces deux premiers scénarios impliquent que l'approche managériale exerce un changement substantiel sur l'organisation. Troisièmement, le «couplage ritualisé» (en référence

au concept de Meyer et Rowan, 1977) : l'approche de gestion n'est adoptée par l'organisation que de manière superficielle, voire factice, alors que les activités qui y correspondent prennent la forme de rituels. Quatrièmement, la «corruption» : l'approche de gestion est politiquement récupérée par les acteurs de l'organisation dans le but de maintenir la structure du pouvoir en place. Les deux derniers scénarios ont en commun que l'approche de gestion n'exerce pas de réel impact sur le milieu organisationnel.

Nous avons cherché à connaître l'évolution de la pratique de la GQ (1) en précisant les circonstances associées aux scénarios identifiés, (2) en relevant les scénarios qui correspondent à l'émergence d'un changement organisationnel substantiel convergeant avec les principes et la pratique d'une démarche qualité et, (3) en comprenant ce qui a rendu possible un tel changement organisationnel.

Methodologie

La première phase de cette recherche longitudinale a été réalisée entre 1994 et 1996 dans 13 hôpitaux (sites), alors que la deuxième phase a été effectuée en 2001 dans les huit sites étudiés précédemment toujours en opération (considérant les fusions et les fermetures d'établissements survenues à la fin des années 1990). Chaque site, situé dans la grande région de Montréal, possède au moins 100 lits destinés à des soins de courte durée (sauf un site spécialisé en soins de longue durée). Les sites sélectionnés en 1994 étaient dotés d'un programme formel de GQ âgés entre deux et 12 ans.

Nous avons adopté une approche qualitative afin de rendre compte de la complexité de la situation à travers le récit des acteurs (De Ketele et Roegiers, 1993; Huberman et Miles, 1991; Lozeau, 1997; Poupart et al., 1997). Au total, soixante (60) entrevues semi-structurées ont été effectuées auprès des responsables de la GQ (RGQ) (21), d'autres gestionnaires (18), de cliniciens (13) et de non cliniciens (8) (Lozeau, 1997, 1999, 2002). Nous avons aussi examiné la documentation officielle du programme de GQ dans les sites visités.

Les limites de notre recherche sont inhérentes au petit nombre de répondants rencontrés. Par ailleurs, les deux tiers de ces répondants sont des RGQ dont plus de la moitié appartiennent au secteur infirmier. A priori, le principal biais que nous risquions d'introduire était de récolter des témoignages exagérément conformes au discours normatif par rapport à l'état réel de la pratique de GQ.

Première étude (1985-1995) : l'enlisement de la démarche qualité

La première partie de nos résultats couvre approximativement la décennie 1985-1995 ; époque correspondant à l'introduction des premiers programmes de GQ dans le secteur hospitalier. Retenons ici les points saillants alors relevés dans nos écrits antérieurs (Lozeau, 1996, 1997, 1999).

Pratique superficielle et cyclique. L'implication des acteurs clés (administrateurs, cliniciens) dans la démarche qualité s'est révélée inégale dans la quasi totalité des sites, à l'intérieur d'un contexte où l'introduction officielle de la GQ s'est le plus souvent déroulée sans consultation ni diagnostic organisationnel préalables. De fait, la plupart des programmes de GQ ont été initiés pour répondre aux exigences du CCASS, ce qui a sélectivement favorisé l'accomplissement d'activités ponctuelles dotées d'une grande visibilité (à la faveur des visites triennales des représentants du CCASS) au détriment d'activités de longue haleine non soumises à des contrôles externes.

Des groupes d'acteurs peu mobilisés. La direction des hôpitaux se retrouva dans une position délicate devant la résistance passive de certains groupes de cliniciens (autres qu'infirmiers), dont plusieurs médecins qui étaient réfractaires à l'établissement de programmes de GQ appelant une culture organisationnelle édifiée sur une plus grande intégration des différents groupes professionnels autour d'objectifs managériaux. Ces derniers percevaient de tels changements comme une menace à leur autonomie professionnelle ; enjeu abondamment discuté dans la littérature traitant de l'évolution des groupes professionnels dans les organisations (Benson, 1973 ; Brock, Powell et Hinings, 1999 ; Derber et Schwartz, 1988 ; Freidson, 1986 ; Hall, 1967 ; Mintzberg, 1982). Nombre d'entre eux craignaient également d'être de plus en plus aspirés par des tâches administratives anti-productives au détriment de leur pratique clinique.

Le mode participatif de gestion que commande une démarche d'amélioration continue de la qualité a aussi posé un problème, cette fois chez plusieurs cadres supérieurs : ces derniers refusant simplement de partager leur pouvoir traditionnel. Dans la majorité des sites étudiés, ce contexte incita la RGQ à concevoir une démarche qualité ne requérant pas un apport important de la part des cliniciens ou des administrateurs supérieurs. Dès lors, la RGQ se tourna vers les cadres de premier niveau et fonda la démarche qualité sur des activités d'ordre technique telles que la conception et la rédaction de documents (guides ; grilles de contrôle ; questionnaires de satisfaction de la clientèle ; etc.), ce qui ne fit que renforcer les appréhensions des plus sceptiques à la GQ à savoir que finalement, ce processus consistait bien plus à «faire de la gestion» qu'à «faire de la qualité».

Par ailleurs, la plupart des cadres de premier niveau qui ont tenté d'embrasser la démarche qualité se révélèrent plus ou moins capables de modifier leur anciennes façons de penser et de faire, malgré l'adoption d'un discours prônant la transparence et la gestion participative. Ainsi, pour nombre de gestionnaires habitués à agir dans une culture bureaucratique axée sur la sanction des comportements déviants, l'idée même de remettre leurs rapports d'auto-évaluation détaillés en matière d'activités qualité à un supérieur ou à la RGQ relevait du non-sens. La filtration des informations incluses dans ces rapports devint alors monnaie courante. Enfin, nombreux sont les cadres qui ont maintenu dans leurs services les rapports hiérarchiques traditionnels fondés sur la subordination, même à l'intérieur d'activités de cercles de qualité (pourtant censés se dérouler dans une dynamique de collégialité). En bref, une bonne partie des énergies dépensées par les administrateurs a consisté à ne pas se retrouver au centre d'un processus inachevé de décentralisation administrative dans lequel ils risquaient de vivre le pire de deux mondes : subir des contrôles de plus en plus serrés des autorités tout en devant accepter d'être conjointement responsables de processus de gestion dont ils maîtrisaient de moins en moins l'issue.

Le secteur infirmier, quant à lui, a joué un rôle particulier dans l'histoire de la GQ que l'on peut découper en deux périodes bien distinctes. Entre 1985 et 1990 environ, compte tenu du désir de la direction de se doter rapidement d'une démarche qualité formelle (dans le contexte de l'imminence d'une visite des représentants du CCASS) malgré le défaut d'une expertise interne en matière de GQ, ce dossier fut souvent remis à la personne qui était déjà responsable du programme d'appréciation professionnelle en nursing (processus que l'on rapprochait de celui alors au centre du concept de GQ : l'appréciation de la qualité). L'impact fut que dans plusieurs sites, les infirmières troquèrent de manière superficielle leur programme d'appréciation professionnelle pour une démarche qualité dans la mesure où elles eurent tendance à n'adopter de la GQ que le vocabulaire et quelques éléments techniques directement liés à leurs tâches d'évaluation des activités de nursing qu'elles se devaient de toute façon d'effectuer. Or, la démarche qualité devint tellement identifiée aux soins infirmiers que cela devint un frein à sa diffusion dans le reste de l'organisation. À partir des années 1990, avec la mise en valeur du concept plus intégrateur d'«amélioration continue de la qualité», plusieurs infirmières renouèrent tout naturellement avec leur ancien programme d'appréciation professionnelle. Dès lors, le programme de GQ redevint essentiellement associé aux préparatifs ponctuels précédant de peu l'inspection du CCASS.

Des démarches qualité globalement discontinues et apathiques, ponctuées de quelques îlots de succès. En définitive, les activités de GQ dans les sites de notre première étude ont souffert

d'essoufflements chroniques ponctués par de courtes périodes d'effervescence en phase avec le processus d'agrément. Notons que l'insertion de renforcements inadéquats a profondément nuit à l'application d'une véritable démarche qualité. Par exemple, l'existence d'évaluations externes basées presque exclusivement sur l'examen de documents écrits a encouragé les gestionnaires à ne considérer que cette dimension de la GQ. Par ailleurs, comme ce fut le cas aux soins infirmiers, plusieurs ont rebaptisé sous la nouvelle étiquette «GQ» leurs anciennes activités sans en avoir véritablement modifié la substance. D'autres encore se sont limités à bâtir un «projet d'amélioration continue de la qualité» (PACQ) en l'orientant essentiellement vers une meilleure qualité de vie au travail sans que cela puisse contribuer à l'amélioration de l'efficacité organisationnelle ou de la qualité des services prodigués à la clientèle.

Dans les sites où les efforts de mise en œuvre de la GQ ont été les plus substantiels, la démarche a souffert d'un manque d'intégration verticale consécutif à une faible implication des cadres supérieurs envers les activités qualité sous leur autorité. La plupart du temps, les subalternes, laissés à eux-mêmes, se sont alors détournés de la démarche qualité au profit d'autres activités pour lesquelles ils étaient plus étroitement sanctionnés. D'autre part, la GQ a aussi manqué d'intégration horizontale résultant de l'inégale implication des divers services à l'endroit de la démarche, fragilisant ainsi les PACQ reposant sur la coopération entre plusieurs services. Les chefs de service malgré tout déterminés à pratiquer des activités de GQ ont alors opté pour une stratégie d'«autarcie» en élaborant de petits PACQ fonctionnant séparément du reste de l'organisation.

Des activités de gestion ritualisées. Ces diverses pratiques ont conduit un grand nombre de cadres à rédiger et à transmettre de manière récurrente à leurs supérieurs des rapports d'activités qualité enjolivant la réalité, voire carrément mensongers. Or, comment expliquer qu'une telle dérive ait pu s'installer sans provoquer une réaction de la part des personnes chargées du bon fonctionnement de la démarche qualité au sein des hôpitaux tout comme au niveau du CCASS ?

Bien sûr, la lourdeur des rapports acheminés aux divers responsables explique partiellement que de telles inexactitudes aient pu échapper à leur attention. Mais il y a plus. En effet, même pour ceux qui étaient conscients de l'existence de ces pratiques et qui les réprouvaient, l'enjeu premier fut manifestement de ne pas ouvrir la boîte de Pandore en exposant au grand jour ce simulacre. Le motif évoqué par ces acteurs (lors de nos entretiens) est qu'ils redoutaient que la pratique de la GQ perde alors ses maigres acquis dans le secteur hospitalier. Cependant, on ne peut exclure que ces derniers craignaient également

de se retrouver personnellement isolés parmi leurs pairs dans l'éventualité où ils auraient dénoncé la situation. La loi du silence fut donc le ciment par lequel une «entente tacite» mit en scène des acteurs feignant d'imposer des normes en matière de GQ à d'autres feignant tout autant de s'y conformer, tout cela afin de soutenir l'image externe positive (bien que factice) des démarches qualité d'hôpitaux dans un environnement duquel certains de ses éléments y trouvaient une source supplémentaire d'institutionnalisation, parfois même la justification de leur existence (Lozeau, 1999). Mais en contrepartie, la crédibilité de la démarche qualité à l'intérieur du milieu hospitalier fut lourdement entachée, renforçant le cercle vicieux de l'effondrement à répétition de cette démarche à la suite de chaque visite effectuée par les représentants de l'organisme d'agrément (Lozeau, 1996).

Deuxième étude (1996-2001) : vers l'enracinement de la démarche qualité

La période 1996-2001 est en gros postérieure à l'achèvement du processus de diffusion de la GQ dans les hôpitaux québécois. Nous sommes retournés sur le terrain pour savoir si les résistances à la GQ et la ritualisation des activités liées à cette démarche donnaient des signes d'effritement en faveur d'un enracinement véritable de ses principes dans ces organisations.

Découverte d'un cas d'«enracinement». À la fin de la décennie 1990, les sites qui ont survécu à la vague de fusions et de fermetures ayant marqué le secteur hospitalier au Québec ont évolué dans un environnement qui apparaît plus favorable à la GQ : réformes gouvernementales centrées sur le citoyen et sur une plus grande imputabilité de l'administration publique ; enquêtes sur la satisfaction des usagers ; réorganisation des processus d'acheminement des plaintes ; renouvellement du programme d'évaluation du CCASS et de son processus de visite (accordant désormais relativement plus d'importance aux témoignages des acteurs plutôt qu'à l'examen de la documentation : CCASS, 2001). Par contre, d'autres aspects sont demeurés inchangés. Par exemple, le CCASS est resté la principale source de pression incitant les hôpitaux à s'adonner à un modèle de GQ toujours très balisé. Dans les établissements, la RGQ est presque aussi souvent que par le passé une cadre intermédiaire issue du nursing. Enfin, les répondants ne signalent pas de réels allègements bureaucratiques du processus d'évaluation menant à l'agrément malgré les renouvellements successifs dont il a fait l'objet. A priori, il n'est donc pas évident que la pratique de la GQ ait globalement évoluée depuis notre étude précédente.

À la lumière des résultats de notre seconde étude empirique, deux situations contrastées semblent se manifester. Ainsi, dans six sites, la GQ apparaît toujours enlisée dans un processus chronique de

reconstruction apparente, correspondant au scénario de «couplage ritualisé». Dans un autre site, nous avons identifié pour la première fois l'émergence d'une démarche qualité en voie de s'intégrer en profondeur. Nous serions donc en face d'un cas de «transformation» ou bien d'«adaptation mutuelle». Enfin, dans un dernier site, les résultats ne sont pas concluants. Dans les lignes qui suivent, nous comparerons les scénarios potentiels en présence selon notre modèle avant d'en discuter les implications théoriques.

Enlissement chronique de six démarches qualité. Dans six des huit sites de notre seconde étude, un processus de GQ «cyclothymique» en phase avec les visites triennales des représentants d'un organisme d'agrément est toujours prévalant alors que la finalité de l'exercice est demeurée la même : l'obtention d'une reconnaissance officielle externe. Par rapport à cet enjeu, l'amélioration de la qualité n'a jamais cessé d'être instrumentalisée. Cela explique que bien que la GQ soit encore perçue comme un ajout de tâches et, à la limite, comme une nuisance administrative par la majorité des acteurs, ceux-ci ont dans l'ensemble «joué le jeu» en simulant en grande partie leur implication dans cette démarche. Bref, le portrait de la pratique de la GQ déjà esquissé pour décrire les résultats de notre première étude est demeuré celui qui convient le mieux pour dépeindre la situation cinq ans plus tard dans six des huit sites de notre seconde étude : des démarches qualité plaquées artificiellement sur un milieu organisationnel façonné par des acteurs dont les comportements, les intérêts et les valeurs de gestion se sont révélées largement incompatibles.

Enracinement d'une démarche qualité. Par contraste, la démarche qualité serait en voie de s'ancrer à l'intérieur des pratiques de gestion dans au moins un des sites de notre seconde étude. L'un des indices qui accrédite l'existence d'un tel enracinement dans ce site est que sa démarche aurait réussi à maintenir un haut niveau d'activité tout au long de l'intervalle de trois ans qui a séparé les deux dernières visites du CCASS. La mise en place de principes compatibles avec la GQ à travers d'autres projets majeurs simultanément en cours de réalisation, constitue une caractéristique du contexte organisationnel qui a aussi contribué au dynamisme de cette démarche qualité. Nous avons donc accordé une attention particulière à ces événements – bien qu'ils ne reposent que sur les données d'un seul site – car cela pourrait bien annoncer l'avenir de plusieurs autres programmes de GQ d'ici les prochaines années.

Cela dit, même dans ce présent cas, la démarche qualité ne réussit pas immédiatement à s'ancrer avec facilité en suivant les étapes d'un processus planifié par le sommet. En fait, la GQ a connu dès le départ son lot de problèmes : pareillement aux autres sites, le processus était perçu par les gestionnaires comme

étant excessivement lourd alors que nombre de tentatives qui visaient à susciter la mobilisation du personnel se sont longtemps soldées par des tâtonnements en apparence peu efficaces, de sorte que dans les premiers temps, la RGQ a fréquemment eu l'impression de prêcher dans le désert. Or, si les efforts pour introduire la GQ ont été au début guidés par l'improvisation, la persévérance de ses défenseurs a permis d'expérimenter diverses initiatives desquelles certaines se sont révélées fécondes. C'est ainsi qu'en développant une approche qui a consisté à dédramatiser la portée des changements que la GQ était susceptible de provoquer dans les activités de tous les jours (plutôt qu'à présenter cette démarche comme une opération radicale d'assainissement administratif que chacun aurait inévitablement à assimiler), cela a concouru à affaiblir la résistance de plusieurs acteurs (plutôt qu'à les braquer davantage). C'est conséquemment par l'entremise de processus incrémentaux que les initiatives qualité ont lentement ouvert leur propre chemin.

Par exemple, c'est à la suite d'une série de décisions incrémentales (du type de celles décrites par Lindblom : Braybrooke et Lindblom, 1970, chapitre 5) que la RGQ de ce site s'est résolue à orienter le programme de GQ là où elle entrevoyait le moins d'obstacles à court terme. Voilà pourquoi les médecins furent le plus souvent court-circuités dans les programmes de GQ malgré leur rôle éminemment stratégique dans l'hôpital. De la même manière, devant l'inertie que manifestaient plusieurs directeurs (notamment à cause du peu d'implication personnelle et de ressources qu'ils acceptaient de consacrer à la GQ dans leur directorat), la RGQ décida de bâtir une démarche fondée sur des activités de petite envergure pouvant être entièrement initiées et réalisées par les gestionnaires de premier niveau ou même par les employés de la base. Cependant, à la fin des années 1990, après avoir tiré quelques leçons de certaines expériences plus ou moins fructueuses, le caractère incrémental des initiatives de la RGQ a graduellement cédé la place à des actions plus intégrées portant sur ce vers quoi devait tendre la démarche qualité à plus long terme. Ces actions ont alors pris un caractère plus délibéré (reflétant en cela la nature hybride, à la fois incrémentale et visionnaire, des processus décisionnels dépeints par Quinn, 1980).

Le second élément qui aurait joué un rôle capital dans l'ancrage du processus de la GQ semble avoir été la mise sur pied d'une nouvelle structure trans-fonctionnelle par programme clientèle étayée sur des équipes d'amélioration continue (prescrites par le CCASS). Lors d'une première tentative de modification structurelle, la nouvelle structure horizontale par programme s'est superposée à l'ancienne structure verticale par fonction. Constatant que cet amalgame structurel engendrait des oppositions entre

la tête des deux structures (les chefs de programme ne parvenant pas à obtenir suffisamment de coopération de la part des directeurs de la structure fonctionnelle «fournisseurs de ressources humaines»), la direction de l'hôpital ne conserva que la structure par programme, reléguant presque tous les directeurs fonctionnels à un rôle conseil. Avec la nouvelle configuration, les équipes d'amélioration continue ont été directement rattachées à la directrice générale adjointe qui assumait également le mandat de RGQ.

Sur la même lancée, la direction générale a aussi initié un processus de décentralisation, notamment pour faciliter l'initiative de la base dans le développement d'activités qualité axées sur la satisfaction des usagers et une plus grande efficacité des processus de gestion. Selon la RGQ, ce dernier réaménagement structurel qui accordait plus d'importance aux équipes d'amélioration continue a reçu rapidement le soutien de la direction générale et de plusieurs gestionnaires intermédiaires et de premier niveau (ce qui était attendu). Or, pour obtenir également l'appui des membres du corps médical, la nouvelle structure a accordé à ces derniers un espace leur permettant d'accroître leur pouvoir. En effet, d'une part, le directeur des services professionnels (poste occupé par un médecin) est devenu la seule direction de l'ancienne structure à qui l'on a dédié la gestion d'un programme (celui sur les diagnostics), plutôt que de le confiner comme les autres anciens directeurs à une fonction conseil. D'autre part, il a été décidé que chacun des autres programmes soit régi par deux personnes, dont obligatoirement un médecin. En quelque sorte, c'est donc le caractère bicéphale (administratif et médical) de la bureaucratie professionnelle de l'hôpital que la direction générale a ainsi recréé – cette fois à l'intérieur de chaque programme clientèle – afin que les médecins souscrivent au nouvel arrangement de la structure organisationnelle.

Un processus d'enracinement à confirmer et une analyse critique à circonscrire. Si nous avons choisi de rendre compte du processus d'enracinement de GQ identifié en le décrivant «au conditionnel», c'est que le phénomène d'ancrage de la démarche qualité demeure à confirmer tout comme à préciser pour les raisons qui suivent.

D'abord, bien que nous ayons présenté les éléments du contexte organisationnel associés au succès apparent de cette démarche qualité en ayant porté notre attention séparément sur la création d'une structure par programme clientèle, sur la décentralisation des activités qualité ou encore sur le renforcement de l'influence du corps médical afin de s'assurer de son implication, rappelons que sur le terrain, toutes ces initiatives ont convergé simultanément en interagissant les unes sur les autres. Ajoutons que les actions de plus en plus concertées de ces initiatives ont sans doute permis d'attaquer le statu quo

sur plusieurs fronts à la fois tout en faisant en sorte que nombre d'acteurs partagent la paternité de la vague de changement en cours. Or, dans la mesure où la démarche qualité de ce site s'est inscrite dans une telle dynamique de réciprocité, cela signifie qu'il nous est difficile d'analyser les impacts spécifiquement attribuables à la GQ relatifs au processus d'enracinement (c'est-à-dire, indépendamment de l'influence exercée par les autres initiatives). Dans les circonstances, on peut se demander à quel point ce phénomène d'ancrage concerne d'abord la démarche qualité plutôt que quelque chose qui la transcende. Nous reviendrons sur ce point lorsque nous aborderons la notion d'archétype.

Par ailleurs, même dans ce site où la GQ semble avoir été nettement plus dynamique, des zones de l'organisation sont demeurées peu perméables au processus d'enracinement. Par exemple, des aspects de la norme qualité telle que prescrite par le CCASS ont connu dans cet hôpital un sort similaire à ce qui est advenu si souvent dans les autres sites de notre étude : une application parfois superficielle, un niveau d'activité discontinu et grandement ritualisé, etc. Il en a été ainsi des équipes d'amélioration continue spécifiquement affectées à l'environnement et à l'information qui n'ont été actives que brs de la période entourant la visite des représentants du CCASS. Sur un autre plan, le dynamisme de cette approche qualité ne semble pas avoir eu des répercussions évidentes sur les services prodigués auprès des patients. Par contre, à la décharge de ce programme de GQ, notons que les initiatives qui semblent avoir donné lieu à un enracinement des principes de cette approche en milieu organisationnel sont récentes. En la matière, il faut savoir accorder «du temps au temps» avant de porter un jugement sur les résultats auxquels l'on est en droit d'attendre.

Enfin, si la GQ semble pouvoir prendre racine en milieu hospitalier, il demeure que le phénomène n'a été identifié que dans une seule organisation. Ce n'est qu'avec la découverte d'autres cas d'enracinement que nous pourrions confirmer l'existence du phénomène (c'est-à-dire, réduire le risque de n'avoir trouvé qu'un «bel accident de parcours»), enrichir nos connaissances sur la nature des processus en jeu et, conséquemment, donner plus de robustesse à notre analyse.

En définitive, la découverte d'un cas probable d'ancrage de la GQ n'altère en rien l'essence de la critique générale que nous adressons depuis quelques années à la pratique des démarches qualité dans le secteur hospitalier au Québec (Lozeau, 1996, 1997, 1999, 2002). Cependant, nos nouvelles données empiriques constituent un premier jalon qui devrait nous conduire à mieux circonscrire la portée de cette critique, par exemple en discriminant avec plus d'acuité les véritables cas d'échecs chroniques de ceux pour lesquels les difficultés rencontrées ne sont qu'une phase transitoire à traverser qui s'insère dans un

processus évolutif plus vaste menant vers un véritable enracinement des principes et des pratiques de la GQ.

Discussion : les clés de l'enracinement, adaptation mutuelle et appartenance à un archétype

Les réformes successives qui ont touché le système public de santé québécois dans les trois dernières décennies n'ont pas réussi à stopper la croissance des difficultés du réseau de services à garantir aux citoyens des soins de qualité avec promptitude (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000 ; OIIQ, 2002). Dans leur quête d'une meilleure reconnaissance sociale à l'intérieur de leur propre réseau institutionnel, plusieurs hôpitaux ont été incités à enrober d'actions symboliques l'adoption et l'application des principes de leur démarche qualité. Pour ce faire, l'enjeu devint presque inmanquablement l'obtention d'un certificat d'agrément émis périodiquement par les évaluateurs du CCASS. L'ampleur des rituels administratifs qui s'en est suivi s'explique en ce que dans les sites étudiés, la mise en œuvre de cette approche s'est butée sur l'inertie d'acteurs clés qui ont rarement trouvé leur intérêt dans un tel exercice. La majorité des autres acteurs (dont beaucoup de gestionnaires de premier niveau) à qui incombait de participer à la démarche qualité – souvent perçue comme une corvée – se sont concentrés sur la production de documents rencontrant des normes de conformité susceptibles d'être l'objet d'un examen externe. Il en a résulté des programmes de GQ «cyclothymiques» dont le niveau d'activité a systématiquement varié en phase avec la fréquence des visites effectuées par les évaluateurs du CCASS. À n'en point douter, ce scénario de «couplage ritualisé» a constitué un contexte défavorable à l'intégration des principes de la GQ dans un milieu organisationnel a priori réfractaire à la remise en cause de ses bases à la fois professionnelles et bureaucratiques.

Or, depuis quelques années, les principes de la GQ semblent s'enraciner dans au moins un des sites de notre étude la plus récente. Pour saisir ce qui a différencié cette démarche qualité de celles des autres sites, nous avons porté notre regard sur l'ensemble de cette organisation et non seulement sur son programme de GQ. Nous avons ainsi découvert qu'après avoir apparemment fait du surplace pendant quelques années (à l'instar de ce qui s'est produit dans d'autres hôpitaux en matière de GQ), la démarche qualité de cet hôpital s'est amalgamée à une refonte structurelle avec laquelle elle est devenue l'un des éléments fondamentaux d'un changement organisationnel de premier plan. Ce changement s'est également accompli sur une trame de fond particulière, puisqu'un projet de réorganisation du réseau des hôpitaux universitaires de la région de Montréal (planifié par le ministère de la santé et des services sociaux du

Québec) avait pendant un temps soulevé la possibilité de soustraire le statut universitaire de cet hôpital. Cela aurait entraîné une perte d'activités d'enseignement et de recherche ainsi que le retrait partiel ou total de ses services médicaux ultra-spécialisés. La menace eut l'effet d'un électrochoc auprès des administrateurs et des médecins de l'établissement, ce qui les amena à se serrer les coudes de manière inaccoutumée. Sans doute, ce fut l'amorce d'une phase de «dégel» (Lewin, 1951), c'est-à-dire d'une période charnière dans l'histoire de l'hôpital, propice à l'acceptation par les acteurs d'un changement majeur à venir. La GQ de ce site serait donc l'aboutissement de circonstances exceptionnellement favorables faisant de la démarche qualité, pour plusieurs gestionnaires et cliniciens, l'une des pièces maîtresses d'un processus de changement organisationnel qu'il leur fallait franchir.

Le «malaise de la GQ» : une démarche au-delà d'une simple technique de gestion mais en-deçà d'une stratégie de changement organisationnel. L'analyse de nos résultats nous amène à faire l'hypothèse du «malaise de la GQ» en ce que si cette approche ne peut pas se réduire à la simple introduction d'une technique de gestion exempte d'impact sur les dimensions profondes d'une organisation, celle-ci ne constitue pas davantage une stratégie autonome pouvant mener à son terme un changement organisationnel important. Autrement formulé, nous soutenons que l'impulsion induite par la GQ en faveur du changement est à la fois trop forte pour ne pas activer des mécanismes de résistance culturelle et trop faible pour en venir à bout à elle seule.

Ainsi, l'approche qualité ne serait pas assimilable à une technique de gestion sans impact sur les éléments profonds d'une organisation. Évoquant les notions développées par Argyris d'apprentissages en simple boucle et en double boucle, Vasu, Stewart et Garson (1998) concluent que l'approche de la qualité totale requiert un changement dans la philosophie de gestion qui oblige une organisation (dont la gestion est de type classique) à dépasser les actions d'accommodation ou d'ajustement. S'engager sur une telle voie c'est forcément effectuer un apprentissage en double boucle impliquant des remises en question fondamentales quant à la nature et la dynamique de l'organisation. Pour des acteurs habitués à œuvrer dans une bureaucratie professionnelle, l'adoption de comportements compatibles avec certains concepts de la GQ – telle l'amélioration continue – implique un réalignement des zones de pouvoir mais aussi un recadrage mental de la réalité du fonctionnement de l'organisation. Par exemple, l'introduction de processus transversaux de production de services est difficilement réalisable sans altérer le caractère compartimenté du milieu hospitalier traditionnel, mais surtout sans ébranler les croyances et les attentes des médecins sur le devenir de leur autonomie professionnelle tout comme celles des administrateurs

concernant ce que devrait être l'évolution des pratiques de contrôle de gestion (représentations que ces deux groupes tendent à développer parallèlement dans leur milieu respectif). Chez les médecins, l'introduction de la GQ dans ces organisations est susceptible de provoquer de la résistance, car plusieurs parmi eux sont habitués et s'attendent à jouir d'une grande autonomie individuelle (bien que l'argument commode qu'ils invoquent publiquement pour limiter leur participation à des activités de GQ porte d'abord sur le peu de temps qu'ils ont à y consacrer). Par ailleurs, les systèmes centralisés de contrôle bureaucratique qui caractérisent habituellement la gestion des hôpitaux risquent d'entrer en conflit avec les nouvelles pratiques d'amélioration continue de la qualité, car celles-ci impliquent une plus grande appropriation des processus de travail et de gestion par les employés de la base (notamment par ceux qui fournissent directement les services aux usagers). Si la lourdeur des processus de GQ ou le manque de ressources sont souvent évoqués explicitement par les administrateurs pour justifier leur peu d'implication, un examen attentif du discours et des comportements de certains répondants a montré que leurs réserves envers la GQ peut aussi découler de leur hésitation (moins avouable) à adopter un style de gestion plus participatif reposant sur un nouveau partage du pouvoir ainsi que sur une nouvelle conception de leur propre rôle de gestionnaire. Par exemple, l'établissement d'un cercle de qualité qui viserait à améliorer l'efficacité et l'efficience des processus de gestion d'une unité donnée a toutes les chances d'affronter la résistance des cadres si l'application de cette technique oblige le supérieur à modifier en substance non seulement ses habitudes de gestion mais surtout sa conception fondamentale du degré d'autonomie que ses subalternes sont en mesure d'assumer au travail.

D'autre part, bien que la GQ touche à des éléments profonds de l'organisation, elle tend à s'y buter plutôt qu'à les modifier selon le scénario de «transformation» (notamment quand il est question de redistribution du pouvoir). En effet, lorsque la GQ suscite des réactions adverses, elle tend à être absorbée par ces éléments de l'organisation. Soit que la démarche qualité est isolée du reste de l'organisation (stratégie du corps médical et de plusieurs gestionnaires correspondant au scénario de «couplage ritualisé»), soit qu'elle est effectivement utilisée, mais pour être récupérée politiquement (stratégie couramment employée par le nursing qui correspond au scénario de «corruption»). Cet «effet boomerang» (Est absorbé ce qui devait absorber) résume l'aboutissement du problème majeur auquel les RGQ ont été confrontées : devoir mettre en œuvre une démarche de laquelle l'on s'attendait à ce qu'elle induise des changements importants dans une organisation alors qu'en réalité, la bonne marche de cette approche de gestion aurait requis que de tels changements soient déjà en bonne voie de s'accomplir. Le

fait que la GQ ait été l'objet d'une «mode managériale» (au sens qu'accorde Abrahamson à cette expression) qui a précipité sa diffusion dans de nombreux hôpitaux mal préparés à appliquer ses principes, a probablement été pour beaucoup dans l'ampleur du dérapage de cette démarche.

L'enracinement d'une démarche qualité : maturation et adaptation mutuelle. En principe, l'intérêt d'exposer un «cas de réussite» réside dans la capacité de reproduire avec suffisamment de fidélité le modèle en vue d'obtenir des résultats comparables. Or, notre intention est ici plus modeste. D'abord, à défaut de recul, seul l'avenir nous dira si l'enracinement de la démarche qualité de l'un des sites de notre dernière étude s'avérera à long terme. Enfin, la nature incrémentale qui a caractérisé ce processus de GQ combinée à la spécificité du contexte organisationnel dans lequel cette approche a évolué, sont autant de facteurs susceptibles d'en limiter la reproductibilité. Retenons de ce cas que l'enracinement de la démarche qualité s'est essentiellement appuyé sur deux piliers : (1) un processus de maturation et (2) un contexte organisationnel particulièrement favorable à cette démarche.

Le premier pilier concerne donc la maturation de la démarche qualité, consécutive au simple écoulement du temps (le rythme du changement a été, en soi, un facteur d'évolution du processus) ainsi qu'à l'enchaînement – logique ou fortuit – d'expériences investies de significations puis réorganisées par les acteurs à l'intérieur de cette période de temps. La modification des habitudes comme celle du cadre mental des acteurs a nécessité ce processus de maturation afin que puissent prendre forme les nouveaux repères communs de la mémoire organisationnelle. Ainsi, pendant les premières années, le parcours tortueux du programme de GQ dans ce site ne s'est guère démarqué des démarches analogues alors stagnantes dans les autres hôpitaux : approches largement ponctuées par de récurrents retours en arrière et recommencements. Mais en rétrospective, on constate que certaines tentatives effectuées à droite et à gauche dans le cadre de la démarche qualité auraient acquis une valeur d'apprentissage, du moins chez certains participants, au point de déboucher graduellement sur des modèles d'action qui ont finalement trouvé un ancrage dans d'autres «zones molles» de l'organisation prédisposées à une mouvance. C'est à cette étape de son cheminement que le programme de GQ de ce site se serait dégagé du cercle vicieux d'ententes tacites et de ritualisation de ses activités (Situation qui a perduré dans les autres sites).

Le deuxième pilier de l'enracinement de cette démarche a trait à l'existence d'un contexte organisationnel qui lui a été favorable. Dans ce site, nous avons vu que cela s'est notamment traduit par l'installation d'une structure trans-fonctionnelle par programme clientèle qui, dès lors, partagea plusieurs principes de gestion avec ceux que proposait la démarche qualité. C'est en bonne partie avec

l'introduction de cette nouvelle structure que l'approche de la GQ est devenue un repère crédible perçu comme pouvant répondre aux besoins de l'hôpital. Dès lors, cessant de n'être qu'une initiative isolée à l'intérieur d'une bureaucratie cloisonnée et hostile, la GQ s'est fondue dans un courant de changement plus vaste supporté par un grand nombre de cadres et de cliniciens. En contre-partie, la démarche qualité a subi diverses adaptations qui l'ont rendue plus acceptable auprès des acteurs dominants dans l'organisation.

En résumé, deux éléments – la maturation de la démarche qualité et un contexte organisationnel favorable – ont généré une situation d'«adaptation mutuelle» (jusqu'à maintenant unique parmi les sites de notre étude) entre la dynamique de l'organisation et la démarche qualité. Ce sont ces éléments qui, conjointement, ont fait basculer le statu quo. L'un sans l'autre, chacun de ces piliers aurait connu un destin incertain, mais ensemble, ils sont devenus les leviers d'un processus majeur de changement organisationnel.

L'enracinement d'un archétype. Nous avons exposé les insuffisances d'une approche de gestion, telle que la GQ, lorsqu'elle est utilisée comme fer de lance d'un changement en profondeur dans un milieu organisationnel édifié sur des principes et des pratiques fortement divergents. Ainsi, à l'intérieur d'une situation de «double contrainte» où des administrateurs s'efforcent d'introduire une approche orientée vers le client et valorisant l'initiative managériale dans un milieu bureaucratique axé sur une logique de producteurs-cliniciens, il ne semble y avoir de place que pour des processus de changement inachevés suscitant beaucoup de confusion, de résistance en sourdine et de comportements ritualisés chez une majorité d'acteurs. Pourtant, dans un des sites étudiés, l'enracinement de la démarche qualité semble en voie de réussir. Que nous enseigne donc ce cas ?

Notre argument est que le phénomène en question concernerait moins l'ancrage d'une approche de gestion que celui d'un «paradigme» ou d'un «archétype» organisationnel. Depuis Kuhn (1970), la notion de paradigme s'est révélée utile pour expliquer la continuité ou, au contraire, la révolution des systèmes de pensée dans les diverses disciplines scientifiques. D'ailleurs, en cela, le management ne fait sûrement pas exception. Par exemple, Mintzberg, Ahlstrand et Lampel (1999) nous fournissent une excellente illustration de la récurrence d'un même paradigme en stratégie de gestion, lorsqu'ils montrent la parenté des principes de base que partagent les écoles de la conception, de la planification et du positionnement. Poursuivant sur cette idée de paradigme, un examen sommaire des principes sous-jacents à la GQ montre que cette démarche est apparentée à un large courant de pensée qui regroupe plusieurs autres approches

et techniques de gestion apparues dans la seconde moitié du XX^e siècle. De ce point de vue, la GQ ne serait qu'un des nombreux véhicules d'un unique paradigme en émergence depuis quelques décennies. Ce paradigme proposerait un modèle générique d'organisation se présentant schématiquement comme moins bureaucratique, moins centralisée, moins cloisonnée et plus à même de faire face aux forces capricieuses d'un marché concurrentiel turbulent. Un tel paradigme, qualifié par certains d'«archétype managérialiste» (Greenwood et Hinings, 1996 ; Brock, Powell et Hinings, 1999) et originellement conceptualisé pour les entreprises privées à but lucratif, est depuis quelques années proposé aux organisations du secteur public sous une version à peine retouchée comme étant le courant du «nouveau management public» (Ferlie, 2002).

Puisque la démarche qualité appartiendrait à l'archétype managérialiste et prenant pour acquis l'intérêt d'introduire cette approche dans les hôpitaux publics (nous reviendrons sur ce postulat plus loin), ne serait-il pas indiqué de viser globalement l'enracinement de cet archétype – en abordant l'organisation sur plusieurs fronts simultanément – plutôt que de ne chercher qu'à ancrer la GQ isolément ? Cette stratégie aurait l'avantage de multiplier les initiatives reliées à ce paradigme afin qu'elles se renforcent les unes les autres dans toutes les sphères de l'organisation, augmentant les chances de provoquer un changement en profondeur, c'est-à-dire en faisant en sorte que l'ancrage se réalise au niveau des «principes générateurs» communs à l'archétype plutôt que, de manière étroite et fragmentée, au niveau des modalités et du vocabulaire propres à l'une ou l'autre des approches de gestion.

D'ailleurs, rappelons que dans les sites où l'enracinement des principes de la GQ ne s'est jamais réalisé, les acteurs étaient centrés sur la discontinuité d'activités qualité spécifiques et non pas sur la continuité des principes qui les sous-tendaient et les rattachaient à un courant de pensée cohérent. Par exemple, le passage du concept d'«appréciation de la qualité» à celui d'«amélioration continue de la qualité» a été vécu par plusieurs comme un retour à la case zéro ou une «succession de modes éphémères» plutôt que comme un enrichissement ou une évolution des fondements de la démarche qualité (Lozeau, 1996, 1997). Par ailleurs, la stratégie qui a consisté à introduire la GQ de manière indépendante a engendré un hiatus entre cette approche et le fonctionnement du reste de l'organisation, ce qui a largement contribué à soumettre cette démarche à diverses réactions venant du milieu organisationnel – inertie, isolement, etc. – selon le scénario de «couplage ritualisé». Bref, bien que l'environnement institutionnel ait apparemment favorisé la diffusion de la démarche qualité dans les hôpitaux, ces établissements de santé en ont fait le plus souvent un gigantesque exercice bureaucratique dépourvu de

sens pour plusieurs acteurs internes. Et pour cause : l'écart engendré était archétypal ! Comment alors s'étonner que ces programmes formels de GQ aient dérivé vers des pratiques administratives superficielles ?

Au contraire, dans le site où la GQ semble s'enraciner, il est remarquable que l'attention des acteurs ne porte pas tant sur les approches de gestion utilisées ou sur leur diversité ou encore sur l'orthodoxie des techniques considérées individuellement, mais bien sur la cohérence des principes sous-jacents qui en justifient et en légitiment la pratique (par exemple, le principe de l'intégration des soins selon les clientèles desservies). Ces principes sont constamment renforcés sous de multiples formes à travers plusieurs initiatives complémentaires.

Conclusion

Une démarche qualité fondée sur l'adaptation mutuelle. Une deuxième étude en cinq ans portant sur la GQ en milieu hospitalier québécois a permis de découvrir un premier site dans lequel une démarche qualité semble en cours d'enracinement. Dans les autres sites où la GQ tarde à s'ancrer, nous avons constaté que la démarche qualité a été introduite comme si elle n'était qu'une simple technique de gestion à insérer dans une dynamique organisationnelle qui, pour l'essentiel, lui est demeurée imperméable. Or, nos résultats montrent que pour qu'une telle démarche devienne fonctionnelle dans des bureaucraties professionnelles, celle-ci commande de profonds changements organisationnels (changements archétypaux).

Lorsque la dynamique d'une organisation et les principes de la démarche qualité accusent un décalage, cela donne lieu à des stratégies visant la réduction de l'écart ainsi créé. Dans les sites où les activités qualité ont été plutôt superficielles, il y a eu fréquemment (a) «couplage ritualisé» en ce que la démarche qualité a été, de fait, isolée des principaux lieux de pouvoir et d'influence de l'organisation. D'ailleurs, ce procédé est occulté par nombre de manifestations symboliques (rituels) annonçant faussement la réduction de l'«écart». Plus rarement, il y a eu (b) «corruption» en ce que cette démarche a été accessoirement utilisée à d'autres fins que celles pour lesquelles elle avait été formellement introduite dans l'organisation. En revanche, dans le site où la GQ semble s'installer en profondeur, cette approche a été accompagnée de la mise sur pied d'initiatives convergentes (structurelles et autres) qui, conjointement, ont renforcé les acteurs de l'organisation à s'investir davantage et avec constance dans la démarche

qualité. Les circonstances particulières qui ont façonné l'enracinement de la démarche dans ce site indiquent que l'«adaptation mutuelle» a été le scénario privilégié de sa mise en œuvre.

Puisque l'«adaptation mutuelle» a été au centre de cet unique cas d'enracinement, cela ne milite-t-il pas en faveur de la mise sur pied de processus non standards de GQ se démarquant, ne serait-ce que partiellement, de l'orthodoxie des principes de cette approche (surtout lorsqu'il s'agit de combler un écart archétypal entre l'approche concernée et le milieu organisationnel) ? De toute façon, ne devrait-on pas admettre que les modalités d'application d'une démarche qualité sont appelées à varier sensiblement selon les organisations concernées, les circonstances dans lesquelles elles opèrent et le degré de maturation de la démarche qualité elle-même ? Dans le prolongement de cette idée, la transposition directe d'un modèle spécifique de GQ d'une organisation à une autre par mimétisme (tactique favorisée par l'attrait d'acquérir rapidement un savoir-faire organisationnel) nous est apparu également conduire le plus souvent à des impasses. Rappelons que l'imposition d'un modèle standard de GQ (en l'occurrence, celui du CCASS) et le mimétisme inter-organisationnel ont été les deux modes prépondérants de diffusion de la démarche qualité dans le secteur hospitalier au Québec.

L'enracinement d'un archétype plutôt que d'une approche de gestion spécifique. Puisque la pratique de la GQ en milieu hospitalier suppose actuellement l'enracinement de principes de gestion rattachés à l'archétype managérialiste dans un milieu bureaucratique dont les fondements paradigmatiques lui sont divergents, ne serait-il pas plus approprié de chercher à ancrer non pas une démarche isolée (qui a pour effet, nous l'avons constaté, de créer de l'incohérence et de la résistance), mais plutôt les principes génériques qui la sous-tendent et qu'elle partage avec nombre d'autres approches de gestion associées à cet archétype managérialiste ? La stratégie consisterait alors à «attaquer» l'archétype bureaucratique de l'organisation sur plusieurs fronts de manière simultanée, c'est-à-dire en utilisant une combinaison de plusieurs approches de gestion convergentes. C'est précisément ce qui s'est produit dans le site où la démarche qualité semble en voie de s'enraciner (instauration, entre autres, d'une structure par programme clientèle amalgamée à une démarche qualité). C'est en se renforçant mutuellement que toutes ces actions ont été en mesure d'envoyer le signal clair qu'un profond processus de changement interne était désormais enclenché.

Deux logiques d'utilisation de la GQ. Dans ce texte, nous avons postulé l'introduction de la démarche qualité dans des hôpitaux comme étant souhaitable et la ritualisation de ses activités comme étant un problème à résoudre, car cela correspond au discours normatif des responsables du dossier de la

GQ (bien évidemment) mais aussi d'une partie importante des auteurs en gestion. Pourtant, nous avons montré que malgré le lieu commun qui consiste à affirmer que «personne ne peut être contre la qualité», encore faut-il que les conditions favorisant la GQ soient réunies. Or, le fait que tant d'acteurs aient tacitement gardé leurs distances par rapport à la démarche qualité de leur hôpital nous incite à penser qu'une telle manifestation est le symptôme de l'existence d'une situation systématiquement défavorable à la pratique de la GQ plutôt que le fruit de la dérive des comportements individuels de gestionnaires ou de cliniciens mal avisés. Partant de là, nous exposerons deux «logiques d'utilisation» de la GQ qui schématisent les circonstances ayant fait en sorte que si quelques-uns ont soutenu cette démarche, la plupart l'ont ignorée ou combattue (quoique discrètement). De même, ce qui peut être interprété comme l'échec de l'introduction de la GQ dans le secteur hospitalier, peut être aussi compris en quelque sorte comme un succès selon les enjeux considérés.

La première logique d'utilisation de la GQ (dominante dans plusieurs sites) a été employée en bonne partie pour améliorer une image organisationnelle externe auprès d'un environnement fournisseur de ressources. Le moyen pour y parvenir a consisté à mettre sur pied un programme de GQ selon les exigences formelles d'un organisme d'évaluation dans le but d'obtenir un agrément. La démarche qualité n'a donc pas répondu en priorité à une fonction interne de gestion mais bien à une pression politique externe, ce qui explique que la GQ ait été façonnée en conformité avec une norme standardisée prescrite par l'environnement institutionnel plutôt que selon les besoins particuliers de l'organisation. Quoiqu'en principe souhaité (personne ne peut être contre la qualité...), l'ancrage de la GQ dans l'organisation est demeuré un enjeu secondaire, d'où l'émergence de démarches qualité «coquilles» plus remarquables pour leur allure formelle que pour leur contenu et leurs réalisations sur le terrain. Notons que cette situation n'empêcha pas quelques acteurs d'y accomplir localement de véritables projets qualité, mais dans la mesure où ils n'ont pas perturbé l'inertie ambiante de leur organisation ni les enjeux politiques dominants.

Quant à la deuxième logique d'utilisation de la GQ (dominante dans un site), cette démarche s'est alors arrimée à la mise sur pied d'un ensemble d'approches de gestion se rattachant à un archétype managérialiste clairement affiché pour en actualiser de manière cohérente les principes générateurs en milieu organisationnel. L'enjeu premier a consisté à modifier en profondeur l'organisation dans ses diverses dimensions (structure, systèmes de récompense, distribution du pouvoir, organisation du travail, culture, etc.), bref, à procéder à un changement organisationnel archétypal. La démarche qualité s'est alors intégrée dans un processus de changement organisationnel dont l'ampleur et la complexité – malgré

la cohérence de l'archétype sous-jacent – ont obligé les acteurs à poser diverses initiatives ad hoc tout en appliquant avec souplesse la GQ comme les autres composantes du changement. Par exemple, rappelons les concessions accordées au corps médical qui se sont soldées par la nomination de deux co-directeurs par programme clientèle dont obligatoirement un médecin. Ce sont donc les principes générateurs d'un nouvel archétype, configuré de manière singulière selon une logique d'«adaptation mutuelle», qui ont été au cœur du processus d'enracinement par rapport auquel la pratique de la GQ ne fut que l'un des nombreux points intermédiaires d'ancrage.

En résumé, il s'avère que de fortes pressions de l'environnement institutionnel en faveur de l'instauration de GQ standardisées à l'échelle du réseau hospitalier, tendent à nuire à l'édification de démarches qualité spécifiquement adaptées pour s'intégrer à un processus complexe de changement organisationnel en profondeur nécessitée par la réduction d'un écart archétypal opposant les bureaucraties professionnelles que sont actuellement les hôpitaux et les fondements managérialistes de la démarche qualité. Cela expliquerait le caractère exceptionnel de la réalisation de la «deuxième logique» d'utilisation de la GQ et, donc, de la rareté du phénomène d'ancrage d'une démarche qualité dans ce type d'organisation.

Le mot de la fin : la démarche qualité, ses fondements archétypaux et la finalité des organisations publiques. Considérée comme l'un des vecteurs de l'archétype managérialiste auquel se rattache d'ailleurs le «nouveau management public», la démarche qualité n'est pas économiquement ni socialement neutre en ce qu'elle est échauffée sur des présupposés qui ne convergent pas tous avec la réalité et la finalité de plusieurs organisations publiques. C'est pourquoi tout projet visant à instaurer un programme de GQ dans ce genre d'organisation devrait soulever les interrogations suivantes au préalable. D'abord, est-ce que le but recherché consiste simplement à obtenir une meilleure reconnaissance externe (première logique d'utilisation de la GQ) ou bien à enraciner véritablement une démarche qualité dans l'organisation (deuxième logique d'utilisation de la GQ)? Dès lors que l'enjeu est d'ancrer véritablement cette approche au sein d'une organisation telle qu'un hôpital public, nous avons montré que cela oblige presque à coup sûr l'amorce d'un changement organisationnel archétypal. Du coup, la question est alors de savoir si l'organisation possède les ressources et la volonté nécessaires pour accomplir un changement de cette ampleur. Puis, d'autres questions doivent encore être posées. Par exemple, il convient de questionner non seulement la faisabilité mais aussi la pertinence ou la finalité d'une telle transformation. Ainsi, concernant les hôpitaux publics, à quel point les principes de gestion sur lesquels est érigé

l'archétype managérialiste sont compatibles avec la fonction sociale que les citoyens désirent réserver à ces établissements de santé ? D'autre part, est-ce que la volonté de satisfaire d'abord et avant tout des «clients» (principe cardinal de la GQ) ne risque-t-elle pas d'induire une conception atomisée du citoyen qui pourrait éventuellement aller à l'encontre des besoins collectifs et à long terme d'une communauté en matière de santé publique ? Etc.

Selon les réponses que les décideurs apporteront à ces questions (et à d'autres encore), cela devrait les éclairer sur l'opportunité de s'engager dans une démarche qualité – orthodoxe ou adaptée – en vue d'enraciner les principes de l'archétype managérialiste dans leur organisation.

Bibliographie

- Abrahamson, E. (1991). «Managerial Fads and Fashions : the Diffusion and Rejection of Innovations». Academy of Management Review, 16 (3), 586-612.
- Abrahamson, E. et Rosenkopf, L. (1993). «Institutional and Competitive Bandwagon : Using Mathematical Modeling as a Tool to explore Innovation Diffusion». Academy of Management Review, 18 (3), 487-517.
- Backoff, R.W. et Nutt, P.C. (1990). Organizational Publicness and its Implications for Strategic Management. Division du secteur public de l'Academy of Management (communication personnelle).
- Benson, J.K. (1973). The Analysis of Bureaucratic-Professional Conflict : Functional Versus Dialectical Approaches. Sociological Quarterly, 14, 376-394.
- Braybrooke, D., Lindblom, C. (1970). A strategy of decision New York : The Free Press.
- Brock, D., Powell, M., Hinings, C.R. (1999). «The Restructured Professional Organization: Corporates, Cobwebs and Cowboys». In Restructuring the Professional Organizations: Accounting, Health Care and Law. London : Routledge.
- CCAÉS (1986). Guide aux fins d'agrément des établissements de santé au Canada. Ottawa : Conseil canadien d'agrément des établissements de santé.
- CCASS (2001). Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation (MIRE). *Programme d'agrément*. Ottawa : Conseil canadien d'agrément des services de santé.
- Cole, R.E., Scott, W.R. (2000). The Quality Movement & Organization Theory. Thousand Oaks : Sage.

- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). Les solutions émergentes : rapport et recommandations. Ministère de la santé et des services sociaux. Québec : Gouvernement du Québec.
- De Ketele, J.-M. et Roegiers, X. (1993). Méthodologie du recueil d'informations. Bruxelles : De Boeck.
- Derber, C. et Schwartz, W. (1988). Des hiérarchies à l'intérieur de hiérarchies : Le pouvoir professionnel à l'oeuvre. Sociologie et sociétés, XX (2), 55-76.
- Farquhar, C.R. (1993). Focussing on the Customer : A Catalyst for Change in the Public Sector. Ottawa : Conference Board of Canada.
- Ferlie, E. (2002). «Quasi Strategy: Strategic Management in the Contemporary Public Sector». In A. Pettigrew, H. Thomas, R. Whittington. Handbook of Strategy and Management. London: Sage.
- Freidson, E. (1986). Professional Powers : A study of Institutionalization of Formal Knowledge. Chicago : University of Chicago Press.
- Greenwood, R., Hinings, C.R. (1996). «Understanding radical organizational change: Bringing together new and old institutionalism». Academy of Management Review, 21 (4), 1022-1055.
- Hall, R.H. (1967). Some Organizational Considerations in the Professional-Organizational Relationship, Administrative Science Quarterly, 12, 462-477.
- Huberman, A.M. et Miles, M.B. (1991). Analyse des données qualitatives. Bruxelles : De Boeck.
- Kélada, J. (2000). Qualité totale, amélioration continue et réingénierie. Pierrefonds (Québec) : Quafec.
- Kuhn, T. (1970). La structure des révolutions scientifiques. Paris : Flammarion.
- Lengnick-Hall, C.A. (1995). «The Patient as the Pivot Point for Quality in Health Care Delivery». Hospital & Health Services Administration, 40 (1), 25-39.
- Lewin, K. (1951). Field Theory in Social Science. New York: Harper Brothers.
- Lozeau, D. (1996). «L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité : résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec», Ruptures, 3 (2), 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 : UQAM.
- Lozeau, D. (1999). «Des rituels et des hommes : la gestion de la qualité en milieu hospitalier au Québec», Administration publique du Canada, 42 (4), 542-565.
- Lozeau, D. (2002). «Les chemins tortueux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics au Québec», Revue internationale de gestion, 27 (3), 113-122.

- Lozeau, D., Langley, A. et Denis, J.-L. (2002). «The Corruption of Managerial Techniques by Organizations». *Human Relations*, 55 (5), 537-564.
- Meyer, J.W., Rowan. B. (1977). «Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony». *American Journal of Sociology*, 83, 340-363.
- Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations. Paris : Éditions d'Organisation.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B., Lampel, J. (1999). Safari en pays stratégie. L'exploration des grands courants de la pensée stratégique. Paris : Village mondial.
- OIIQ (2002). Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A. (1997). La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal : Gaëtan Morin.
- Quinn, J.B. (1980). Strategies for Change: Logical Incrementalism. Homewood (Illinois): Irwin.
- Radin, B.A. et Coffee, J.N. (1993). «A Critic of TQM : Problems of Implementation in the Public Sector». *Public Administration Quaterly*, 17 (1), 42-54.
- Rago, W.V. (1994). «Adapting Total Quality Management (TQM) to Government : Another Point of View». *Public Administration Review*, 54 (1), 61-64.
- Reeves, C.A. et Bednar, D.A. (1993). «What Prevents TQM Implementation in Health Care Organizations?». *Quality Progress*, 41-44.
- Reeves, C.A. et Bednar, D.A. (1994). «Defining Quality : Alternatives and Implications». *Academy of Management Review*, 19 (3), 419-445.
- Stupak, R.J. et Leitner, P.M. (2001). Handbook of Public Quality Management. New York: Marcel Dekker.
- Swiss, J.E. (1992). Adapting Total Quality Management (TQM) to Government. *Public Administration Review*, 52 (4), 356-362.
- Vasu, M.L., Stewart, D.W., Garson, G.D. (1998). «Organizational Change». In Organizational Behavior and Public Management. New York : Marcel Dekker.
- Westphal J.D., Gulati, R. et Shortell, S.M. (1997). «Customization or Conformity? An Institutional and Network Perspective on the Content and Consequences of TQM». Adoption. *Administrative Science Quarterly*, 42, 366-394.

Younis, T., Bailey, S.J. et Davidson, T.C. (1996). «L'application au secteur public de la gestion de la qualité totale». RISA, 3, 445-461.