

**Les membres du jury qui ont évalué
ce mémoire ont demandé des
corrections mineures.**

**PENSER LA RÉSILIENCE AUTREMENT, UNE LECTURE ASYMÉTRIQUE DES
CRISES DANS LE SYSTÈME DE LA SANTÉ**

Par Sophie-Rose Beaulieu-Patry

Marine Agogué
HEC Montréal
Directrice de recherche

*Mémoire présenté dans le cadre de la
Maîtrise en gestion (M. Sc.) – stratégie*

HEC MONTRÉAL
Septembre 2025

RÉSUMÉ

Au départ centré sur la gestion de crise en soins intensifs pédiatriques, ce mémoire a évolué vers l'exploration d'une dissonance frappante : la capacité remarquable de certaines équipes à affronter des crises médicales aiguës contraste avec leur plus grande vulnérabilité face aux crises organisationnelles. Cette distinction, mise en lumière par les résultats de l'étude, conduit à poser un regard nuancé sur la résilience, non pas comme une compétence homogène, mais comme un phénomène asymétrique.

La recherche s'appuie sur une démarche qualitative, menée au sein d'une unité de soins intensifs, combinant entretiens semi-dirigés et analyse thématique. Les constats révèlent que les savoir-faire, réflexes et coordinations efficaces mobilisés lors des urgences cliniques ne sont pas spontanément transposés aux perturbations organisationnelles, souvent perçues comme plus floues et moins maîtrisables.

Cette asymétrie ouvre la voie à une réflexion sur les leviers permettant de renforcer la résilience organisationnelle à partir des forces déjà présentes dans le champ clinique. Le mémoire propose ainsi des pistes concrètes, inspirées des pratiques cliniques, pour améliorer l'anticipation, l'absorption et l'ajustement face aux crises non médicales.

Au-delà du contexte hospitalier, les enseignements tirés peuvent éclairer d'autres environnements où des équipes hautement spécialisées gèrent des urgences techniques au quotidien, mais peinent à transférer ces compétences à des enjeux organisationnels.

Mots clés : Résilience collective, soins intensifs pédiatriques, crises médicales, crises organisationnelles, gestion de crise, adaptation organisationnelle, leadership, systèmes complexes, santé, coordination interprofessionnelle

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
CHAPITRE 1 – ANCRAGES THÉORIQUES	11
1.1 Crises	12
1.2 Résilience	14
1.3 Limites de la littérature	23
CHAPITRE 2 – CADRE CONCEPTUEL	26
2.1 Le paradoxe central : l'asymétrie des réponses aux crises	27
2.2 Les axes d'analyses	28
2.3 Le cadre d'analyse combiné	30
CHAPITRE 3 – MÉTHODOLOGIE	33
3.1 Terrain de recherche	34
3.2 Approche méthodologie préconisée	42
3.3 Collecte de données	44
3.4 Analyse	51
3.5 Limites et biais de la méthodologie	53
CHAPITRE 4 – RÉSULTATS	55
4.1 Anticiper	57
4.2 Absorber	63
4.3 Se rétablir	69
4.4 S'ajuster localement	75
4.5 Apprendre collectivement	80
4.6 En résumé	84
4.7 L'asymétrie des réponses aux crises	89
4.8 Les conditions inégales de la résilience	90
CHAPITRE 5 – DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS MANAGÉRIALES	94
5.1 Retour sur les résultats	95
5.2 Les ancrages théoriques pour penser une transposition	97
5.3 Recommandations managériales pour améliorer la résilience organisationnelle de l'USI du CHUSJ	100
CONCLUSION	106
RÉFÉRENCES	110
ANNEXE A – Approbation du CER – CHU Sainte-Justine	113

LISTE DES FIGURES

Figure 1	<i>Représentation visuelle simplifiée de la résilience cellulaire</i>	16
Figure 2	<i>« 7 C's of resilience » (Ginsburg, 2018)</i>	18
Figure 3	<i>Les trois leviers de la résilience organisationnelle dans les organisations à haute fiabilité (Weick, Sutcliffe et Obstfeld (2005))</i>	19
Figure 4	<i>Les 4 compétences fondamentales de la résilience (Hollnagel, 2011)</i>	20
Figure 5	<i>Représentation visuelle de l'asymétrie de la réponse aux crises et définitions des termes</i>	27
Figure 6	<i>Représentation visuelle des 5 compétences de la résilience selon le Resilient Health Care</i>	29
Figure 7	<i>Cadre d'analyse combiné</i>	32
Figure 8	<i>Calendrier de réalisation</i>	34
Figure 9	<i>Représentation visuelle de la composition de l'équipe des soins intensifs du CHU Sainte-Justine en date de l'automne 2024</i>	37
Figure 10	<i>Rôles de l'équipe des soins infirmiers</i>	37
Figure 11	<i>Représentation des interactions principales de l'USI</i>	41
Figure 12	<i>Critères des échantillons</i>	45
Figure 13	<i>Caractéristiques des participants aux entretiens</i>	47
Figure 14	<i>Critères de succès de l'échantillonnage</i>	48
Figure 15	<i>Thématiques abordées dans les entretiens semi-dirigés</i>	49
Figure 16	<i>Résumé des modalités de collecte</i>	50
Figure 17	<i>Grille de codage simplifiée</i>	52
Figure 18	<i>Résumer de l'analyse de l'anticipation - Clinique</i>	60
Figure 19	<i>Résumer de l'analyse de l'anticipation - organisationnelle</i>	63
Figure 20	<i>Résumer de l'analyse de l'absorption - Clinique</i>	66
Figure 21	<i>Résumer de l'analyse de l'absorption - organisationnelle</i>	69
Figure 22	<i>Résumer de l'analyse du rétablissement - Clinique</i>	72
Figure 23	<i>Résumer de l'analyse du rétablissement - organisationnelle</i>	75
Figure 24	<i>Résumer de l'analyse de l'adaptabilité - Clinique</i>	76
Figure 25	<i>Résumer de l'analyse de l'adaptabilité - organisationnelle</i>	80
Figure 26	<i>Résumer de l'analyse de l'apprentissage - Clinique</i>	82
Figure 27	<i>Résumer de l'analyse de l'apprentissage - organisationnelle</i>	84
Figure 28	<i>Résumé de la résilience clinique</i>	86
Figure 29	<i>Résumé de la résilience organisationnelle</i>	88
Figure 30	<i>Résumé des principales caractéristiques des deux types de crise</i>	90
Figure 31	<i>Résumé des quatre axes d'asymétrie</i>	93

INTRODUCTION

“Resilience is the capacity of a system to adapt to changing conditions, to absorb disruptions, and to sustain operations despite the unexpected. It is not about resisting change, it’s about reconfiguring resources in the face of challenge.”

– David D. Woods, *Essential Characteristics of Resilience* (2006)

La résilience est la capacité qu'a un système à absorber une perturbation, à maintenir ses fonctions essentielles et à s'adapter aux changements. Le concept de la résilience appartient au départ aux sphères scientifiques techniques, comme la physique, désignant les caractéristiques d'un matériau ou d'un système mécanique. Or, le concept s'est rapidement étendu à d'autres sphères d'études où les « systèmes », bien que différents par nature, requièrent aussi les caractéristiques décrites par la résilience. On commence à en parler dans le discours organisationnel et managérial dès les années 1980, mais le concept prend vraiment son essor comme concept de management structuré dans les années 2000. Depuis quelques années, la notion de résilience s'impose dans les discours organisationnels, les politiques publiques et la littérature scientifique. Nos organisations sont soumises à des perturbations externes de plus en plus nombreuses et doivent s'adapter de plus en plus rapidement. Popularisée, notamment, à la suite de la pandémie de COVID-19, la notion de résilience est mobilisée pour penser la capacité des systèmes à absorber les chocs, à maintenir leurs fonctions critiques et à évoluer dans l'incertitude (Hollnagel, Woods & Leveson, 2006; Weick & Sutcliffe, 2007). Dans certains types d'organisation, où la mission est hautement spécifique et où la qualité de l'intervention a un impact énorme, cette notion prend une tournure particulière : comment maintenir la qualité des services ou des produits dans des réseaux souvent fragilisés, confrontés à des crises systémiques répétées comme des pénuries de personnel et des transformations rapides de l'environnement?

Cette question devient d'autant plus pressante et pertinente dans le domaine de la santé où l'on travaille quotidiennement à l'interface entre la vie et la mort. Un hôpital, par exemple, un milieu hautement spécialisé, marqué par la technicité, l'urgence et la coordination fine, est souvent décrit comme un endroit résilient par nature (Vincent, Amalberti, 2016). En effet, les équipes y gèrent une succession de perturbations cliniques complexes avec une efficacité plutôt remarquable. Elles démontrent une capacité à s'adapter, à anticiper, à maintenir la performance malgré l'imprévu, toutes des dimensions au cœur de ce que le courant du *resilience engineering* (concept sur lequel nous reviendrons plus tard) désigne comme des signes de résilience intégrée (Hollnagel, 2011; Woods, 2006).

Or, ce constat pose un paradoxe : si les équipes de soins savent réagir avec précision et cohérence face à des crises médicales aiguës, pourquoi semblent-elles plus vulnérables face aux crises organisationnelles? Pourquoi l'expertise accumulée dans la gestion du risque clinique ne se transpose-t-elle pas automatiquement à la gestion des perturbations systémiques telles que les réorganisations internes, le manque de personnel ou les directives changeantes?

Dans ce mémoire, je prends appui sur ce paradoxe pour explorer la nature différenciée des réponses à la crise au sein d'une unité de soins. Cette recherche s'inscrit dans un contexte postpandémique caractérisé par une intensification du recours au temps supplémentaire obligatoire (TSO), une instabilité managériale croissante à l'échelle du réseau de santé québécois et un sentiment d'usure collective signalé par de nombreux professionnels de la santé. Ces conditions remettent en question non seulement la capacité d'adaptation des équipes, mais également la soutenabilité des formes de résilience mobilisées au quotidien.

L'intérêt pour ce sujet s'inscrit à la fois dans un contexte institutionnel critique pour le réseau de la santé québécois (***Aparté 1***) et dans un parcours personnel et professionnel marqué par l'interdisciplinarité. L'exploration de la résilience des équipes de soins intensifs, en particulier dans leur rapport différencié aux crises cliniques et organisationnelles, répond à un enjeu collectif bien documenté dans la littérature post-pandémique : celui de la soutenabilité des pratiques de soin dans un système sous pression et en changement constant. Mais ce choix de sujet relève aussi d'une trajectoire personnelle, où se croisent l'ingénierie, la gestion et un intérêt profond pour les dynamiques du monde médical.

Issue d'une formation en ingénierie biomédicale, j'ai par la suite évolué pendant six ans dans le secteur de la consultation en management, accompagnant diverses organisations dans des contextes de transformation. En parallèle, j'ai entrepris une maîtrise en management afin de consolider ma compréhension des systèmes organisationnels complexes. Ce double ancrage disciplinaire, technique et managérial, se reflète inévitablement dans le regard que je porte sur le terrain hospitalier. Il m'amène à aborder les organisations de santé comme des systèmes interconnectés, à la fois techniques, humains et politiques, au sein desquels la performance ne peut être dissociée des conditions de travail, de l'autonomie des équipes et de leur capacité à s'adapter aux perturbations.

Ce regard est bien entendu assumé. Il s'appuie sur une posture analytique largement influencée par l'ingénierie, où les mécanismes organisationnels sont pensés comme des configurations de variables interreliées, susceptibles d'être observées, modélisées et, dans une certaine mesure, optimisées. Cette perspective est enrichie par les apports des sciences de gestion, notamment en ce qui concerne les logiques professionnelles, la gouvernance partagée et les capacités collectives d'adaptation en contexte d'incertitude. Ainsi, l'analyse que je propose dans ce mémoire mobilisera des outils conceptuels issus de ces deux univers pour rendre compte, avec rigueur, mais aussi sensibilité, des dynamiques observées au sein d'une unité de soins intensifs pédiatrique.

En ce sens, l'étude des mécanismes de résilience, qu'ils soient cliniques ou organisationnels, représente non seulement un objet de recherche pertinent, mais aussi un espace de convergence entre mes intérêts académiques, personnels et professionnel. Elle offre l'opportunité de faire dialoguer des cadres d'analyse souvent cloisonnés et d'apporter, je l'espère, une contribution à la fois pratique et réflexive à la compréhension de la résilience dans les systèmes de soins critiques.

APARTÉ - Comprendre quelques bases du système de santé québécoise et son contexte actuel.

Le système de santé québécois constitue un réseau public vaste, complexe et en constante évolution. Au moment de la rédaction de ce mémoire, une réforme majeure est en cours de mise en œuvre avec la création de la société d'État Santé Québec, officialisée le 9 décembre 2023 par l'adoption du projet de loi 15. Cette nouvelle entité vise à améliorer l'efficacité du réseau en

centralisant la coordination des opérations et en devenant l'employeur unique de l'ensemble du personnel du système de santé et de services sociaux québécois. Bien que ce mémoire ne porte pas directement sur cette réforme, il est essentiel d'en tenir compte comme toile de fond, puisque ses effets, encore en émergence, influencent déjà les dynamiques organisationnelles du terrain étudié. Cette réforme représente une variable latente importante à considérer dans l'interprétation des données et dans l'élaboration de recommandations futures.

Dans ce contexte, il est utile de rappeler brièvement la structure actuelle du réseau afin de poser les bases d'une compréhension partagée des rôles et responsabilités des établissements hospitaliers au Québec. Le système est piloté par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), auquel Santé Québec viendra dorénavant prêter main-forte dans l'opérationnalisation. Le territoire est divisé en 22 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), ainsi qu'en 7 établissements non fusionnés qui forment les centres hospitaliers universitaires (CHU). Ces derniers, bien que rattachés au MSSS, bénéficient d'une autonomie juridique et administrative relative. Ils disposent de leurs propres conseils d'administration, d'une autonomie de gestion, et se distinguent par une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Leur portée dépasse leur région sociosanitaire, puisque leur expertise spécialisée et surspécialisée leur confère un rôle provincial.

Ce mémoire porte spécifiquement sur une unité du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine), un hôpital pédiatrique de troisième ligne situé à Montréal. Ce centre joue un rôle central dans la prise en charge de la santé infantile au Québec, recevant des patients référés par d'autres établissements à travers la province. Le CHUSJ assure ainsi une mission suprarégionale dans des domaines de haute spécialisation, comme les soins aux grands brûlés pédiatriques, la chirurgie complexe ou les soins intensifs néonataux et pédiatriques.

Les établissements de santé au Québec doivent composer avec des logiques d'autonomie et d'interdépendance. D'une part, les CHU disposent de certaines marges de manœuvre dans leur gouvernance interne, mais restent soumis aux orientations stratégiques du MSSS. D'autre part, ils s'insèrent dans un système fondé sur des flux constants de patients entre les unités et entre les établissements, ce qui impose une coordination étroite à plusieurs niveaux.

Pourquoi l'hôpital constitue un milieu complexe

Avant d'aller plus loin, précisons ce que l'on entend par milieu complexe dans le cadre de ce mémoire. La définition retenue ici s'appuie sur les travaux issus de la théorie des systèmes et du management en contexte d'incertitude, et sera formulée comme suit :

Définition - Milieu complexe

Un milieu complexe peut être défini comme un environnement caractérisé par un grand nombre d'éléments en interaction, dont les comportements ne sont ni entièrement prévisibles ni linéaires (Morin, 1990 ; Perrow, 1984). Contrairement à un système compliqué, qui peut être décomposé en sous-éléments analysables de manière

séquentielle, un système complexe est marqué par l'interdépendance et l'émergence de dynamiques imprévues. En gestion des organisations, on associe les milieux complexes à des contextes où les décisions doivent être prises en situation d'incertitude, avec des ressources limitées et des objectifs parfois contradictoires (Weick, 1995 ; Hollnagel, 2011). Ces environnements exigent des capacités d'adaptation constantes, tant au niveau individuel que collectif.

En s'appuyant sur cette définition, l'hôpital constitue, par excellence, un milieu complexe, à la fois du point de vue organisationnel que systémique. Il s'agit d'un système composé d'une multitude d'unités spécialisées, chacune dotée d'une certaine autonomie, mais interdépendantes des autres pour assurer la continuité et la fluidité des soins. Cette complexité tient autant à la diversité des missions cliniques qu'à la nécessité de coordonner des acteurs multiples dans un environnement soumis à des pressions constantes, à la fois internes qu'externes. Au-delà de sa structure interne, l'hôpital s'inscrit dans un écosystème plus vaste. Il agit à la fois comme prestataire de soins, comme maillon d'un réseau régional, comme partenaire d'autres établissements et comme acteur redevable envers les instances gouvernementales. Il doit composer avec des logiques institutionnelles parfois contradictoires, incluant celles liées à la gouvernance, au financement, à la performance et à la qualité des soins, ce qui accentue sa complexité.

L'un des points névralgiques de cette architecture est sans conteste l'unité des soins intensifs (USI), qui concentre plusieurs dimensions critiques du fonctionnement hospitalier. Les soins intensifs prennent en charge les patients les plus instables et les plus à risque de détérioration rapide. Le caractère imprévisible de l'évolution clinique de ces patients impose une vigilance constante, une réactivité immédiate et une coordination étroite entre les membres de l'équipe. Le rythme de travail y est particulièrement soutenu, les décisions doivent être prises en temps réel, et les marges d'erreur sont extrêmement réduites.

D'un point de vue organisationnel, les soins intensifs se situent au carrefour des flux hospitaliers. Ils accueillent des patients en provenance de l'urgence, du bloc opératoire, d'autres unités spécialisées ou d'hôpitaux périphériques, et en transfèrent vers une diversité d'unités, incluant la chirurgie, les soins généraux, la psychiatrie ou d'autres départements spécialisés. Cette dynamique d'entrées et de sorties, largement imprévisible, exige une coordination interservices soutenue, renforcée par la rareté des ressources disponibles. L'USI devient ainsi un espace de régulation opérationnelle stratégique, dont l'efficacité ou la saturation influence directement l'ensemble du système hospitalier.

À cette complexité organisationnelle s'ajoute une complexité médicale intrinsèque. Les patients admis aux soins intensifs présentent des états critiques, souvent sujets à des décompensations rapides ou à des trajectoires cliniques instables. Cette forte instabilité fait des soins intensifs un milieu à haute fréquence de crise clinique, où les situations urgentes se succèdent de manière soutenue. L'unité fonctionne dans une temporalité particulière, marquée par la simultanéité et la continuité des perturbations.

Enfin, les soins intensifs adoptent un modèle dit fermé, dans lequel le médecin intensiviste devient le responsable principal du patient pour toute la durée de son séjour. Ce modèle confère une autonomie décisionnelle importante à l'équipe locale, notamment dans les orientations cliniques. Toutefois, cette autonomie coexiste avec une interdépendance forte envers les autres unités de l'hôpital, qu'il s'agisse des admissions, des transferts, du partage de personnel ou des ressources techniques. Cette tension constante entre une autonomie clinique élevée et une dépendance organisationnelle réelle constitue un enjeu central pour comprendre les dynamiques de résilience à l'intérieur de ces unités et c'est entre autres ce qui m'a poussé à en faire le cas central de ce mémoire.

Intention de recherche et démarche méthodologique

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche visant à mieux comprendre les mécanismes de résilience collective dans un environnement hospitalier à haute intensité de crise. Plus précisément, l'analyse porte sur une unité de soins intensifs pédiatriques, considérée comme un milieu particulièrement efficace en matière de gestion de l'incertitude et de coordination en situation critique. L'intérêt principal de ce mémoire repose sur une tension forte : ces équipes démontrent une capacité remarquable à faire face à des crises médicales aiguës, mais semblent plus vulnérables lorsqu'elles sont confrontées à des crises organisationnelles prolongées ou structurelles. Cette observation soulève une série de questions fondamentales, au cœur de la problématique de ce mémoire : pourquoi certaines crises donnent-elles lieu à des réponses collectives efficaces, alors que d'autres, souvent moins urgentes sur le plan clinique, provoquent désorganisation, tensions et sentiment d'impuissance ? Comment expliquer que des équipes si bien préparées à gérer l'imprévu au chevet du patient semblent démunies face à des perturbations institutionnelles, comme des changements de directives, des pénuries de personnel ou des restructurations internes ?

La question de recherche peut se formuler ainsi : **pourquoi les équipes à vocation hautement spécialisées sont-elles capables de faire preuve d'une grande résilience face aux crises spécifiques, mais apparaissent vulnérables lorsqu'il s'agit de crises organisationnelles ?**

Afin de répondre à cette question, une série d'entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès des membres d'une équipe de soins intensifs pédiatriques afin de comprendre les dynamiques internes à partir des récits, des perceptions et de l'expérience de ceux-ci. Ce mémoire poursuit trois objectifs principaux. Il s'agit, d'abord, de mieux comprendre l'asymétrie apparente entre la résilience clinique, bien ancrée et opérationnelle, et la résilience organisationnelle, souvent instable et difficile à mobiliser. Ensuite, l'objectif est de proposer un cadre d'analyse permettant d'articuler cette asymétrie en intégrant les apports des théories de la résilience, des systèmes complexes et du management en contexte incertain. Enfin, ce mémoire vise à dégager des pistes concrètes à partir du terrain, en vue d'alimenter une réflexion sur la manière dont les organisations de santé pourraient mieux apprendre des environnements qui gèrent la crise au quotidien pour renforcer leur propre capacité à faire face à des crises de nature organisationnelles.

Sur ce, bonne lecture ;

CHAPITRE 1

ANCRAGES THÉORIQUES

"La recherche est toujours conduite par un problème. Et il n'y a pas de problème sans construction théorique."

- Pierre Bourdieu, sociologue français

1.1 CRISES

Commençons par la base, déjà, il n'y a pas consensus dans la littérature scientifique sur ce qu'est une crise, ce qui la caractérise et quels en sont les paramètres. Si nous souhaitons traiter de la capacité d'adaptation d'une équipe dans un contexte de crise, il en conviendrait déjà de s'entendre sur la nature du phénomène. J'ai retenu deux manières de conceptualiser la crise, elles sont en apparence opposées et pourtant, les deux me semblent justes dans le cadre du sujet que nous traiterons, vous comprendrez pourquoi.

« La crise est une interruption du sens. »

Karl Weick, 1995, Sensemaking in Organizations

Pour Weick, une crise n'est pas définie par sa gravité objective, mais par le trou noir de compréhension qu'elle crée. Lorsque les repères habituels et les routines cessent de fonctionner, les individus vivent un effondrement du cadre interprétatif, ce qui paralyse l'action. La crise devient donc une expérience profondément subjective, aggravée par l'urgence, la complexité ou l'ambiguïté. La capacité collective à avoir du sens devient une ressource essentielle et donc la reconstruction collective du sens (sensemaking) est la clé de la reprise.

Ce qui me rejoint particulièrement dans cette définition, ce sont trois éléments. D'abord, l'idée que la crise surgit quand les routines et les repères ne suffisent plus à s'ajuster. Dans le contexte des soins intensifs, c'est quelque chose de très parlant. Tous les imprévus ne deviennent pas des crises, bien souvent, les protocoles en place ou les réflexes développés par les équipes soignantes permettent de reprendre le contrôle. Mais c'est précisément quand ces repères échouent, quand l'action devient momentanément impossible, que la crise se manifeste vraiment.

Ensuite, l'aspect subjectif de la crise : selon Weick, une situation ne devient crise que si elle est vécue comme telle par ceux qui la traversent. Il n'y a pas de crise sans désorientation ressentie. C'est une perspective qui me semble particulièrement pertinente dans un milieu aussi sensible aux perceptions et aux signaux faibles que celui des soins intensifs.

Enfin, c'est la dimension collective de la réponse qui résonne le plus avec mon mémoire. Ici, je m'intéresse à la résilience non pas comme une qualité individuelle, mais comme une dynamique partagée. C'est pourquoi l'approche du *sensemaking collectif* me paraît particulièrement pertinente pour comprendre comment les équipes parviennent, ou non, à retrouver un sens commun face à la perte de repères.

« La complexité interactive et le couplage serré rendent les accidents normaux inévitables. »

Charles Perrow, 1984, Normal Accidents

Perrow soutient que certaines organisations sont conçues de telle manière (complexité + couplage serré) qu'elles produisent inévitablement des crises. Il ne s'agit pas d'erreurs humaines isolées, mais de défaillances systémiques logiques. La crise devient alors structurelle, « normale

», et non un événement exceptionnel. Cela change radicalement la manière de penser la prévention ou la responsabilité.

Cette définition de Perrow met en lumière un aspect beaucoup plus systémique et structurel des crises. Dans le contexte qui nous intéresse, c'est une perspective particulièrement utile. Il ne faut pas oublier que l'unité de soins intensifs est imbriquée dans un système beaucoup plus vaste et complexe. Pour bien comprendre ce que Perrow propose et pourquoi ça nous parle ici, prenons un moment pour définir deux concepts clés : la complexité et le couplage serré.

- i. **Complexité** : Plusieurs éléments du système peuvent interagir de manière imprévisible et non linéaire. (On peut se référer à la définition présentée en introduction, qui s'appuie notamment sur les travaux de Perrow.)
- ii. **Couplage serré** : Les différentes composantes du système sont fortement interdépendantes, sans délai ni flexibilité pour absorber une erreur ou l'isoler.

Bref, pour Perrow, la crise n'est pas un événement exceptionnel, mais le produit même de la structure du système. Elle est « normale ». Et c'est précisément cette idée qui devient intéressante dans notre contexte.

Deux types de crises

Toutes les crises ne se manifestent pas de la même manière et c'est pourquoi les définitions proposées par Weick et Perrow sont toutes deux intéressantes. Certaines crises sont brutales, visibles, et forcent une réaction immédiate. D'autres sont plus sourdes, plus diffuses. Elles s'installent lentement, relevant plutôt de dynamiques structurelles, comme des restructurations, des changements de direction, des pénuries de personnel, etc. Pourtant, elles peuvent être tout aussi déstabilisantes pour les équipes (Barasa et al., 2018). Il en convient donc de poser les bases théoriques de ces deux types de crises : les crises aiguës et les crises structurelles. Les typologies et temporalités de résolution permettent de distinguer ces deux dynamiques : la première est épisodique et brève, la seconde processuelle et étalée, avec des outils et rythmes de décision différents (Plottu, 1998).

Crise aiguë. Événement soudain, fortement saillant et temporellement circonscrit, qui perturbe rapidement les routines et exige une décision coordonnée dans un horizon court (p. ex., rupture de service, défaillance critique, afflux massif). En management, ces épisodes sont typés par leur haute intensité, leur forte visibilité et une séquence classique « précrise / crise / post-crise ». Ils mobilisent surtout le sensemaking rapide, la communication et la stabilisation des opérations (Bundy, Pfarrer, Short & Coombs, 2017).

Crise structurelle (aussi dite lente, rampe ou creeping/slow-burning crisis). Processus graduel et cumulatif nourri par des signaux faibles, des tensions organisationnelles et des couplages systémiques ; ses frontières sont floues et la responsabilité diffuse, ce qui favorise la sous-détection et l'inaction (p. ex., pénuries persistantes, réformes inabouties, dérives de processus). La littérature décrit ces crises comme des menaces qui mûrissent dans le temps et l'espace et

qui restent « à la vue de tous » sans réponse suffisante, nécessitant détection précoce, gouvernance adaptative et réformes de fond (Boin, 2020 ; Vincent & Amalberti, 2016).

Ce sont souvent ces dernières qui passent sous le radar. Certaines situations pourtant critiques ne sont tout simplement pas perçues ni nommées comme des crises, surtout lorsque les signaux faibles sont ignorés ou banalisés (Khan et al., 2022). Ce flou peut s'expliquer par une certaine accoutumance à l'instabilité, ou encore par une culture organisationnelle qui valorise la capacité à tenir, à improviser, à gérer sans faire de vagues. Dans les hôpitaux, cette ambiguïté est presque structurelle, la frontière entre perturbation « normale » et véritable crise est particulièrement difficile à tracer (Vincent et Amalberti, 2016). Le fonctionnement est souvent tendu, même en l'absence d'événement majeur. L'accumulation de tensions, de décalages, de décisions prises en réaction à court terme, peut devenir invisible, intégrée au quotidien.

C'est justement le fait que ces deux types de crises cohabitent, des urgences médicales aiguës et des tensions structurelles plus diffuses. C'est précisément cette coexistence qui rend pertinente la lecture « asymétrique » des réponses et des capacités de résilience. **Cette idée est centrale dans ce mémoire; cette notion qu'il existe des crises aiguës, souvent de nature médicale, et des crises structurelles, souvent organisationnelles.**

1.2 RÉSILIENCE

La résilience, tel que je l'aborde ici, ne renvoie pas simplement à la capacité de "rebondir" après une difficulté. Dans le contexte des soins intensifs, elle prend une forme plus nuancée, plus collective. La distinction entre crises aiguës et crises structurelles me semble essentielle pour penser la résilience des équipes. Elle permet de ne pas réduire la résilience à une simple capacité de réponse à l'urgence, mais de l'envisager aussi comme une manière de tenir, de s'adapter, et parfois de s'ajuster silencieusement à des turbulences prolongées pour créer un « nouveau normal ». Ce n'est pas forcément "aller mieux", ni "ressortir grandi", mais souvent tenir, faire face, s'adapter, parfois de manière invisible, parfois au prix d'une grande énergie.

La littérature distingue plusieurs angles pour aborder la résilience. Certains la voient comme une propriété des individus, d'autres comme une dynamique organisationnelle, ou encore comme une capacité des systèmes à absorber les chocs et à s'adapter aux changements. Dans ce mémoire, c'est la **résilience collective** qui m'intéresse : celle qui émerge dans l'action partagée, dans les ajustements silencieux, dans les formes de coordination improvisée, dans ce qui permet de continuer à soigner, même quand tout vacille autour.

1.2.1 LA RÉSILIENCE, UN CONCEPT PLURIEL

Le mot résilience puise ses origines du verbe latin « resilire »

re- : « en arrière » ; salire : « sauter »

À l'origine, il désigne un mouvement de recul brusque ou de rebond après un choc.

Cette racine étymologique démontre déjà de l'idée centrale du concept, soit celle d'un retour après un choc, d'un mouvement de reprise face à une perturbation. D'abord utilisé dans des

disciplines scientifiques comme la physique et la biologie, le terme a ensuite circulé dans d'autres champs, notamment en psychologie, en écologie et en sciences de la gestion.

Le terme est d'abord repris au XIX^e siècle en physique dans le cadre d'essais de résistance des matériaux pour désigner la capacité d'un matériau à absorber un choc sans se rompre et à retrouver sa forme initiale après la déformation. On parle alors d'énergie de résilience, soit la capacité du matériau à absorber de l'énergie avant de rompre (Charpy, 1901). Dans cette approche à la résistance, on conçoit donc qu'un système peut absorber une quantité finie de chocs et de déformation avant de rompre et que cette quantité est plus ou moins grande en fonction de la résilience innée ou acquise du système, un concept intéressant et transposable à une organisation.

En psychologie, la résilience désigne la capacité d'un individu à surmonter un trauma, une adversité ou un stress majeur, et à retrouver un certain équilibre psychologique. On y voit apparaître une autre dimension de la résilience qui nous intéresse beaucoup ; la résilience est vue comme une capacité à faire face, à se reconstruire, voire à évoluer à travers l'épreuve (Werner, 1970 ; Cyrulnik, 1990). Cette idée, qui n'existant pas en physique pure, c'est qu'après une rupture, si le système est capable de se reconstruire, il peut évoluer, devenir meilleur, plus résistant.

Ce concept d'évolution est repris dans la sphère de l'écologie, où la résilience est introduite dans les années 1970 par C.S. Holling. Ici, on fait référence à la capacité d'un écosystème à absorber des perturbations (feux, sécheresses, intrusions humaines, etc.) tout en maintenant ses fonctions essentielles et sa structure globale. On reconnaît ici qu'un système peut changer d'état tout en restant fonctionnel, ce qui introduit l'idée de stabilité dynamique et de multiples états d'équilibre (Gunderson, 2000). L'enjeu est moins de « revenir comme avant » que de préserver une forme de cohérence dans le changement. Nous emprunterons cette idée au mouvement de science écologique dans notre conceptualisation de la résilience. En se référant à la crise telle que décrite par Perrow, si celle-ci est un événement normal voir inévitable, ne serait-il pas judicieux de développer en tant qu'équipe plusieurs états d'équilibre ?

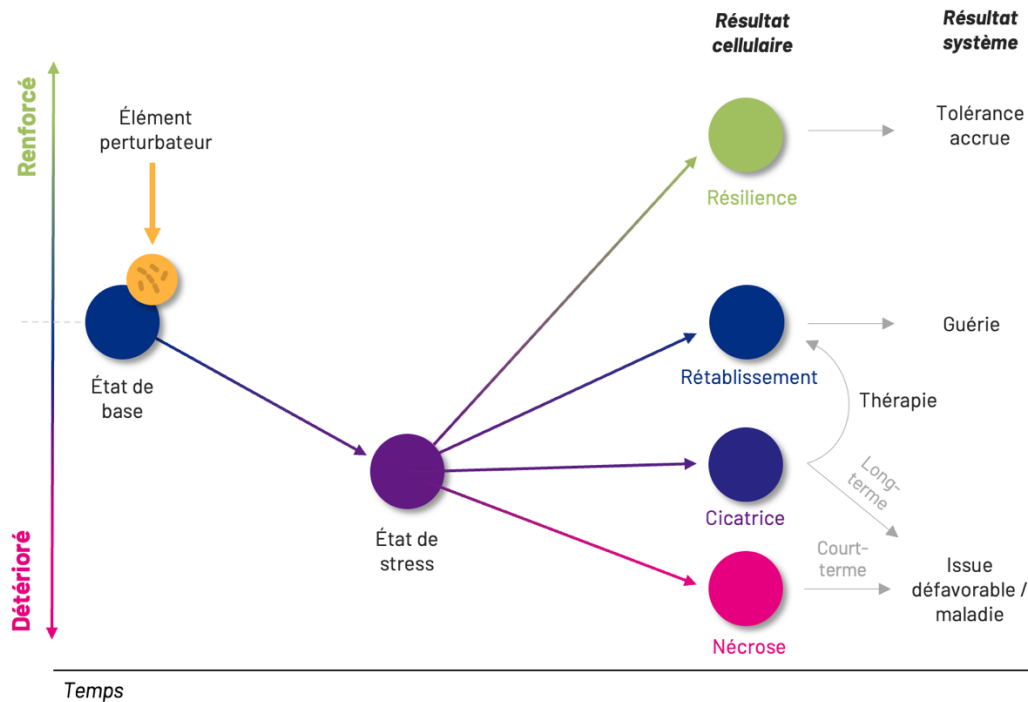
Le dernier champ auquel nous emprunterons des concepts est celui de la biologie, plutôt d'adon étant notre cadre de recherche ancrée dans l'univers des soins. Le fondement de la pensée résiliente en biologie est basé sur le mécanisme d'auto-régulation, le corps humain cherche constamment à revenir à un état d'équilibre interne après une perturbation (Canon, 1932).

« Resilience is not always just the return to the prior state »

(Smirnova et al., 2015)

En résilience cellulaire, on réfère à des cellules qui sortent d'un choc avec une robustesse ajoutée et une tolérance plus grande acquise durant la perturbation. De manière extrêmement simplifiée, le concept de la résilience cellulaire se produit tel que décrit dans la figure 1. Ce qui est intéressant c'est justement ce concept que la finalité, s'il y a résilience, c'est un système qui en ressort renforcé et dans un état changé.

Figure 1 — Représentation visuelle simplifiée de la résilience cellulaire (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health)



Des niveaux de toxines dans la cellule induisent un stress cellulaire (premier choc ou perturbation) ; certaines voies de défense peuvent permettre aux cellules de retrouver un état normal (réaction face à une perturbation). Toutefois, ce travail laisse souvent la cellule dans un état altéré, ce qui peut soit, contribuer à des effets nuisibles à long terme ou à une résistance accrue lors de futures agressions. Les « réponses adaptatives » désignent l'ensemble des modifications des paramètres cellulaires qui ne sont pas directement liées à des effets négatifs à court terme. Le concept de résilience décrit donc un spectre spécifique de réponses cellulaires visant, en général, une meilleure gestion du stress. L'image suivante illustre cette chaîne de réaction. **(Smirnova et al., 2015)**

Malgré leurs différences d'objets, de langage et de méthodes, les disciplines qui ont mobilisé le concept de résilience partagent plusieurs intuitions fondamentales qui se transposeront nécessairement lorsqu'on parlera de résilience organisationnelle.

- i. **La résilience est toujours pensée en lien avec une perturbation.** Que ce soit une déformation physique, un trauma psychologique, un stress cellulaire ou un déséquilibre écologique, il y a toujours l'idée d'un choc, d'un désordre, ou d'un événement externe qui vient bousculer l'état initial d'un système. Sans perturbation, il n'y a pas de résilience, ou du moins, pas de mise à l'épreuve de cette capacité.

- ii. **La résilience implique une capacité de réponse.** Celle-ci peut prendre différentes formes : un retour à l'état antérieur (comme en physique), un ajustement ou une réparation (comme en psychologie ou en biologie), ou une transformation plus profonde du système (comme en écologie). Dans tous les cas, il ne s'agit pas seulement d'encaisser, mais de réagir d'une manière qui permet de continuer à fonctionner, parfois identiquement, parfois autrement.
- iii. **La résilience repose souvent sur la capacité d'un système à se modular, s'adapter ou se réorganiser sans se briser.** C'est ce qu'on retrouve dans la cellule qui développe une tolérance accrue au stress (biologie), dans l'humain qui rebondit après un trauma (psychologie), ou dans l'écosystème qui change d'état tout en conservant ses fonctions (écologie). Cette flexibilité structurelle ou fonctionnelle est une condition essentielle de la résilience.
- iv. **La résilience n'est pas nécessairement passive ou neutre.** Elle peut laisser des traces (cicatrices, réorganisations, mémoires), et elle peut préparer le système à mieux faire face à d'autres perturbations à venir. On voit apparaître ici une vision plus dynamique de la résilience.

1.2.2 LA RÉSILIENCE ORGANISATIONNELLE

Bien que les concepts présentés en section 1.2.1 soient pertinents et transposables en contexte managérial, la principale distinction réside dans l'unité d'analyse. Il ne s'agit plus d'un morceau d'acier, d'une cellule pulmonaire ou d'une forêt boréale, mais bien d'un groupe humain : une équipe, une organisation. C'est précisément à ce niveau que s'est posé mon premier questionnement : la résilience est-elle individuelle ou collective ?

La littérature scientifique ne propose pas de consensus univoque. Les deux approches sont explorées, chacune apportant un éclairage distinct sur les mécanismes d'adaptation face aux perturbations. Dans ce mémoire, nous adopterons une posture principalement collective, tout en reconnaissant que toute dynamique collective repose sur des individus. Certaines dimensions emprunteront donc aussi aux perspectives individuelles de la résilience.

La résilience individuelle (*resilient people*)

Les recherches sur la résilience ont longtemps été centrées sur l'individu. Les premiers travaux, notamment en psychologie du développement (Masten, Rutter, Werner), s'intéressaient aux capacités d'adaptation des personnes face à des traumatismes ou à des environnements hostiles. La résilience, sur le plan individuel, est envisagée comme une qualité personnelle, nourrie par des traits de caractère, des stratégies d'adaptation (*coping*), un réseau de soutien, et un environnement propice.

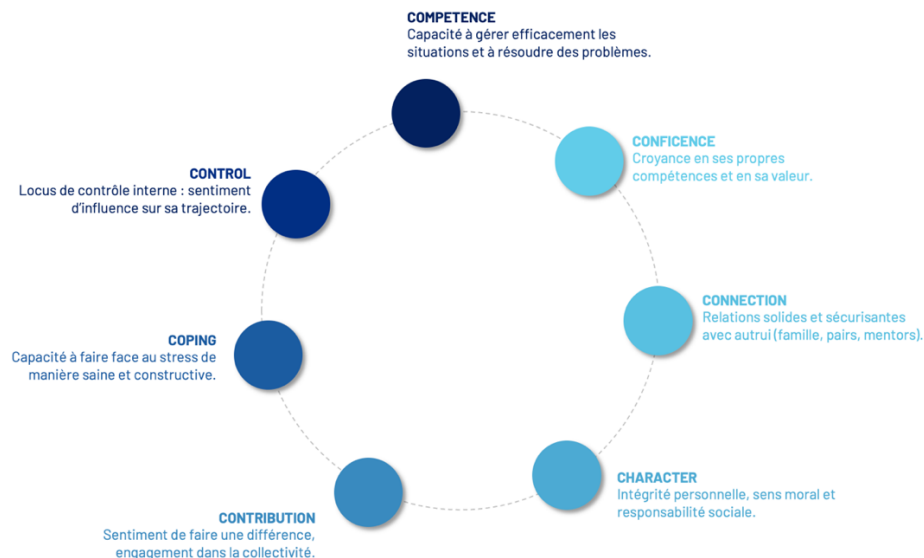
La littérature soutient que la résilience n'est ni une qualité stable de l'individu, ni uniquement déterminée par l'environnement, mais de l'interaction entre les deux. Elle émerge de, plus précisément, de l'interaction entre les vulnérabilités individuelles et les ressources de soutien

accessibles (Rutter, 1985). Ce n'est pas l'exposition au risque qui détermine les conséquences, mais la capacité à y faire face grâce à des ressources personnelles (ex. : estime de soi, capacité à résoudre des problèmes) et contextuelles (ex. : soutien social, cadre familial stable).

« Resilience is an interactive concept that refers to a relative resistance to environmental risk experiences, or the overcoming of stress or adversity. » (Rutter, 1985)

Le caractère dynamique de la résilience est très important, elle évolue dans le temps et varie selon les contextes. Cela dit, le concept de la « résilience ordinaire » soutient l'idée que la résilience n'est pas une qualité innée, rare ou exceptionnelle. Elle émerge naturellement lorsque les enfants (et les adultes) sont exposés à des environnements suffisamment soutenant, comme des relations sécurisantes, des opportunités d'apprentissage, et des repères sociaux positifs (Masten, 2001). Plusieurs modèles existent pour identifier les composantes clés du développement de la résilience chez les individus. L'un de ceux sur lesquels nous nous baserons dans le cadre de nos analyses est celui du Dr. Kenneth Ginsburg (Children's Hospital of Philadelphia), soit les « 7 C's of Resilience ».

Figure 2 – « 7 C's of resilience » (Ginsburg, 2018)



La résilience collective (*resilient systems*)

La vision de la résilience centrée sur l'individu, trouve ses limites dans les environnements complexes où la résilience ne dépend pas uniquement des qualités personnelles, mais aussi des dynamiques collectives. La résilience collective est souvent abordée comme une propriété émergente du système. Elle ne réside pas dans un seul individu, mais dans les interactions, les structures, les routines adaptatives et les capacités distribuées au sein d'une équipe ou d'une organisation (Weick & Sutcliffe, 2007 ; Hollnagel, 2011). Ainsi, la résilience collective s'inscrit dans une autre logique. Elle s'intéresse à la manière dont un groupe ou un système, une équipe,

une organisation, un réseau parviennent à absorber des chocs, à s'adapter, voire à se transformer en réponse à des turbulences.

Nous encreurons nos réflexions ici dans deux théories qui découlent des travaux de Karlene Roberts sur les *High Reliability Organizations (HRO)*, soit ces organisations opérant dans des environnements à haut risque (ex. centrales nucléaires, porte-avions, contrôle aérien, certains environnements de soins, etc.), mais qui réussissent à éviter les accidents majeurs grâce à des pratiques organisationnelles d'exception. Ces travaux ont porté sur les raisons expliquant pourquoi certaines organisations échouaient rarement, malgré un haut niveau d'incertitude, de complexité et de danger. Dans ces travaux, elle démontre notamment que la résilience ne dépend pas seulement des individus, mais de pratiques collectives ancrées dans la culture de sécurité et dans l'organisation du travail. Elle aura jeté les bases d'un courant de recherche qui influencera des chercheurs comme Weick et Sutcliffe puis Hollnagel et Woods dans les courants plus récents de la *resilience engineering*.

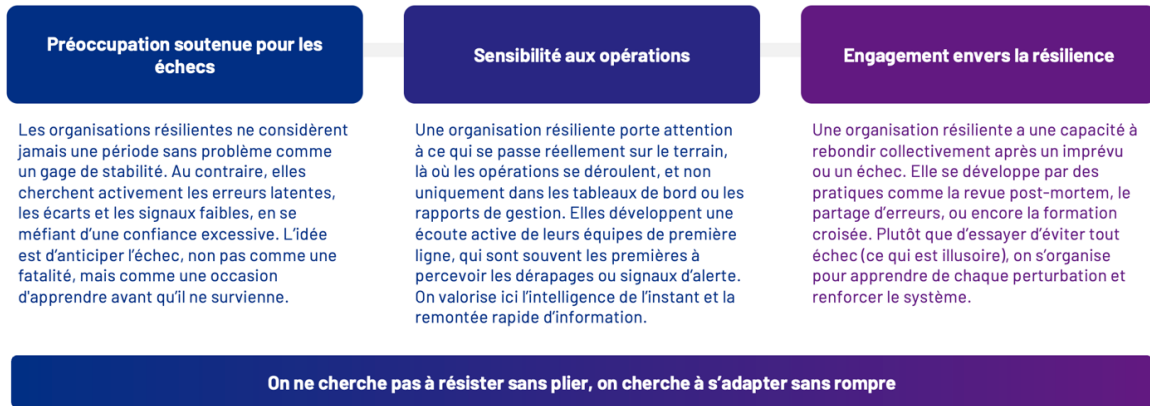
Théorie

La résilience organisationnelle dans les *High Reliability Organizations (HROs)*
(Weick, Sutcliffe et Obstfeld (2005))

Une *HRO*, c'est une organisation qui opère dans des environnements complexes, instables ou à haut risque, où les erreurs pourraient avoir des conséquences graves, mais qui parvient néanmoins à maintenir un haut niveau de performance et de sécurité de manière constante. Certains milieux hospitaliers, comme les unités de soins intensifs, sont considérées comme des *HRO*. Ceux-ci partagent une série de pratiques et de façons de penser qui leur permettent de prévenir les erreurs et de rester performantes, même en situation de forte pression.

Une *HRO* ne cherche pas à éliminer tous les risques, mais à développer une capacité organisationnelle à anticiper, détecter et réagir rapidement face à l'incertitude. Ainsi, dans cette approche, on parle de la résilience comme étant la capacité de l'organisation à absorber des chocs sans perdre sa cohérence ni ses fonctions critiques. Cette théorie identifie trois leviers qui soutiennent la capacité d'une organisation à absorber les perturbations sans s'effondrer.

Figure 3 — Les trois leviers de la résilience organisationnelle dans les organisations à haute fiabilité
(Weick, Sutcliffe et Obstfeld (2005))



Théorie

L'ingénierie de la résilience (Resilience Engineering)

Le *resilience engineering* est un courant de pensée né dans les années 2000. Inspiré par les HROs qui ont montré qu'il est possible d'avoir une performance fiable dans des environnements à haut risque, le *resilience engineering* prolonge cette réflexion, en modélisant la résilience comme une propriété dynamique d'un système sociotechnique, et en insistant davantage sur l'adaptation en situation (plutôt que la seule prévention). Ce modèle propose de repenser la sécurité non pas comme l'absence d'accidents (ce qui rejoint le concept de l'inévitabilité de la crise selon Perrow), mais comme la capacité d'un système à s'adapter de manière proactive et flexible aux perturbations, prévues ou non. Dans la littérature, il existe deux courants majeurs, portés par David Woods et Erik Hollnagel, qui partagent un même cadre conceptuel, mais proposent des perspectives différentes sur la résilience des systèmes.

i. Les 4 compétences fondamentales de la résilience (Hollnagel, 2011)

L'approche de Hollnagel est particulièrement utile pour comprendre comment les équipes gèrent l'instabilité en continu, et pas seulement dans les moments de crise aiguë. Ces travaux se basent sur 4 compétences essentielles et interdépendantes. Celles-ci doivent être cultivées de manière équilibrée pour qu'un système soit résilient :

Figure 4 — Les 4 compétences fondamentales de la résilience (Hollnagel, 2011)

Capacité à tirer des enseignements des expériences passées, qu'elles soient positives ou négatives. L'objectif est de s'ajuster à la lumière des apprentissages pour ne pas répéter les mêmes erreurs.

Capacité à agir rapidement et de manière appropriée face à un événement ou un changement, en mobilisant les bonnes ressources, compétences et structures. Cela suppose une certaine flexibilité et des mécanismes efficaces.



Capacité à prévoir les événements futurs, les menaces potentielles ou les évolutions du contexte. Cela ne signifie pas tout prédire, mais se préparer à l'inattendu en identifiant les signaux faibles, les incertitudes et les scénarios plausibles.

Capacité à observer ce qui se passe en temps réel, à repérer les écarts, les signes de dégradation ou les fragilités émergentes. Cela implique des mécanismes bien ancrés et un regard attentif sur les Indicateurs en place.

ii. Théorie de « graceful extensibility » (Woods, 2018)

Dans sa théorie de « Graceful Extensibility », Woods théorise deux concepts dans lesquels il oppose la résilience à la robustesse, cette dernière étant la capacité d'un système à faire face efficacement à des défis prévus à l'avance, ce qui n'est pas le cas dans les HRO.

Concept 1 : Graceful Extensibility

Capacité d'un système à étendre ses capacités adaptatives en réponse à une pression croissante ou à des événements inattendus. Un système résilient absorbe le stress sans franchir ses seuils critiques.

Concept 2 : Sustained Adaptability

Capacité à maintenir dans le temps une réponse adaptative sans s'épuiser. Cela suppose de reconnaître les limites des capacités adaptatives, et de savoir se régénérer (en ressources humaines, en attention, en énergie).

Dans cette même théorie, Woods suggère trois schémas fréquents d'échec dans les systèmes, nous pourrions les voir comme les limites de la résilience.

Décompensation

L'épuisement de la capacité lorsqu'une perturbation survient.

Travail à contre-courant

Lorsque les agents individuels d'un système poursuivent des objectifs locaux qui nuisent aux objectifs globaux.

Enfermement dans des comportements dépassés

Le recours à des stratégies qui étaient autrefois efficaces, mais qui ne le sont plus en raison des changements dans l'environnement.

Perspective complémentaire

Le concept de « *drift into failure* » (Dekker, 2011) désigne une dérive progressive vers l'échec qui se produit sans qu'aucune décision individuelle ne soit manifestement mauvaise. Il s'agit d'un glissement lent et imperceptible causé par des ajustements locaux, rationnels à court terme, mais qui, cumulés, affaiblissent un système. Cette perspective est complémentaire à celles de Hollnagel et Woods en ingénierie de la résilience, en ce qu'elle rappelle même que les systèmes les plus vigilants peuvent, par excès de confiance ou fatigue adaptative, glisser vers des vulnérabilités non perçues. Comprendre cette dynamique invite à renforcer la vigilance non seulement sur les opérations, mais aussi sur la manière dont les pratiques d'adaptation elles-mêmes évoluent au fil du temps, nous reviendrons à ce concept plus tard.

1.2.3 LA RÉSILIENCE ADAPTÉE AUX MILIEUX DE SOINS

En 2012, l'intérêt pour l'ingénierie de la résilience a donné naissance au sous-domaine du *Resilient Health Care* qui s'intéresse à la manière dont les professionnels de la santé, les équipes et les organisations s'adaptent en temps réel à des situations imprévues, tout en maintenant la sécurité et la qualité des soins. C'est d'ailleurs sur la théorie du *Resilient Health Care* que s'appuient les travaux de Wears, Vincent et Braithwaite sur la résilience clinique, définie comme étant « *la capacité des équipes et professionnels de la santé à maintenir ou adapter la qualité des soins dans des conditions de travail instables, contraintes ou perturbées* ». Leurs recherches s'intéressent particulièrement aux contextes à haute intensité et forte incertitude, comme les urgences, les soins intensifs ou les blocs opératoires.

La résilience comme intelligence située (Wears & Vincent, 2013)

Pour Wears et Vincent (2013), la résilience clinique ne peut être comprise sans prendre en compte l'intelligence située des équipes de soins. Cette notion, empruntée aux sciences cognitives et sociales, désigne la capacité des professionnels à ajuster leurs actions en temps réel, à partir des contraintes concrètes de leur environnement immédiat. Dans les milieux de soins critiques comme les urgences ou les soins intensifs, les situations sont souvent incertaines, instables et ambiguës : il n'existe pas toujours de réponse standard ou de protocole applicable tel quel. L'intelligence située se manifeste alors dans la capacité des équipes à interpréter des signaux faibles, à anticiper les défaillances potentielles, à combler les lacunes d'information et à coordonner rapidement leurs actions, souvent dans un climat de forte pression. Cette forme de résilience repose moins sur la conformité aux règles que sur la compétence collective à "penser dans l'action", à mobiliser l'expérience partagée et à improviser de manière sécuritaire. Elle révèle que, dans la pratique clinique, la sécurité et la performance ne dépendent pas uniquement de la conformité aux procédures, mais bien de la capacité des équipes à penser, sentir et décider ensemble, en contexte.

Le rôle des microajustements adaptatifs (Braithwaite, 2015 ; 2017)

Dans ses travaux sur la résilience en milieu clinique, Jeffrey Braithwaite (2015) insiste sur l'importance des microajustements adaptatifs comme mécanisme central de maintien de la performance en situation complexe. Plutôt que de reposer uniquement sur de grandes

réorganisations ou des décisions stratégiques, la résilience quotidienne des organisations – en particulier dans les soins critiques – se construit par une série de petites adaptations locales, souvent invisibles, que les équipes mettent en œuvre en continu pour compenser les écarts entre le prescrit et le réel. Ces ajustements peuvent prendre la forme de réallocations spontanées de tâches, d'initiatives individuelles non planifiées ou de coordinations informelles entre collègues. Braithwaite (2015) souligne que ce « travail d'ajustement » est fondamentalement distribué et dynamique, produit de l'expérience, de la confiance interpersonnelle et de l'intelligence collective. Ces microajustements permettent non seulement de stabiliser l'activité dans l'instant, mais également de générer des apprentissages qui renforcent la résilience future. Ils illustrent comment la robustesse d'un système repose autant sur ses marges de manœuvre locales que sur ses protocoles formels.

Deux approches complémentaires de la résilience en contexte clinique

Bien que formulées par des auteurs différents, les notions d'intelligence située (Wears & Vincent, 2013) et de microajustements adaptatifs (Braithwaite, 2017) décrivent une même dynamique de fond, soit celle par laquelle les équipes cliniques assurent la sécurité des patients et la performance des soins en s'adaptant finement à la réalité du travail réel. L'intelligence située insiste sur la dimension cognitive et collective de l'adaptation en contexte, soulignant la capacité des soignants à penser dans l'action, à interpréter des signaux faibles et à ajuster leurs décisions en continu. De son côté, Braithwaite (2015) insiste sur le fait que ces ajustements ne sont pas spectaculaires, mais discrets, quotidiens, et pourtant essentiels au bon fonctionnement du système. Les deux approches convergent sur un point central : ce n'est pas la rigidité des protocoles, mais la souplesse incarnée par les professionnels en contexte qui permet aux équipes de tenir le cap, même en situation d'incertitude élevée. Elles contribuent ainsi à une conception distribuée et systémique de la résilience, ancrée dans le réel du travail clinique.

1.2.4 LES ANCRAGES THÉORIQUES DE LA RÉSILIENCE DANS CE MÉMOIRE

La frontière entre résilience individuelle et collective est poreuse. Les individus comptent, bien sûr, mais ce qui importe, c'est leur capacité à s'inscrire dans un collectif agile, à collaborer, à partager l'information et à ajuster leurs actions en fonction du contexte. Comme le rappellent Lengnick-Hall et Beck (2005), « *les organisations résilientes ont besoin de personnes résilientes, mais une somme d'individus résilients ne garantit pas nécessairement une résilience collective* ». Notons quand même que ces deux approches convergent sur un point essentiel : la résilience est relationnelle. Elle se construit dans l'interaction, entre individus et leur contexte, entre membres d'un même système, entre routines et imprévus. Dans le cadre de ce mémoire, nous adopterons une posture principalement collective, considérant l'équipe comme unité d'analyse. Bien que nous emprunions des éléments théoriques à la résilience individuelle, le cadre théorique de ce mémoire prend principalement ancrage dans la théorie du *Resilience Engineering* et plus précisément sur certains concepts issus du *Resilient Health Care*.

1.3 LES LIMITES DE LA LITTÉRATURE

La revue de littérature met en lumière certaines limites qui méritent d'être discutées et considérées. D'abord, la majorité des notions centrales mobilisées, telles que « *résilience* », « *adaptation* », « *fiabilité* » ou même « *crise* », sont définies de façon hétérogène selon les auteurs, les disciplines et les contextes d'analyse. Cette variabilité des définitions complexifie la construction d'un cadre théorique unifié et rend difficile la comparaison des résultats d'une étude à l'autre. Une revue de 166 publications (Hillmann & Guenther, 2021) ayant pour but d'analyser comment la résilience est à définir et opérationnaliser a permis de dégager ce même constat en soulevant les incohérences et chevauchements dans les définitions existantes et en soulignant l'absence d'outil de mesure validé largement accepté.

Traditionnellement, la littérature sur la résilience dans les milieux médicaux et hospitaliers mettait l'accent sur la résilience individuelle des soignants (capacité d'un infirmier ou médecin à encaisser le stress, souvent via des interventions de bien-être personnel). Cependant, un mouvement s'est observé vers la pensée que renforcer uniquement la résilience individuelle est insuffisant si l'organisation n'agit pas sur l'environnement de travail. En effet, sans amélioration des facteurs organisationnels (charge de travail, soutien managérial, ressources), on risque de faire peser sur l'individu la responsabilité de "tenir bon", ce qui peut être contre-productif. Désormais, la résilience des systèmes de soins est appréhendée de manière plus globale, en cherchant comment les hôpitaux, unités et réseaux de santé anticipent, absorbent et s'adaptent aux stress aigus (épidémies, afflux massifs de patients) ou chroniques (pénurie de personnel, contraintes budgétaires) tout en maintenant la qualité des soins. Notre recherche s'inscrit dans ce mouvement, nous cherchons ici à comprendre des facteurs, de natures systémiques et ce en abordant la résilience d'un point de vue collectif et non d'un point de vue individuel.

En 2023, une revue sur la résilience des systèmes de santé a été publiée dans *BMC Health Services Research*. Cette recherche a comparé, à travers 87 études empiriques, la manière dont le concept de résilience est employé dans le domaine de la santé par rapport à d'autres domaines comme l'ingénierie, l'écologie, l'organisation ou la communauté (Copeland, 2023). Leurs travaux montrent que le paradigme de la "résilience engineering" est le plus influent dans la littérature santé récente. Effectivement, beaucoup d'études empruntent à Hollnagel, Woods et al. des concepts comme la capacité d'anticipation, de surveillance, d'apprentissage pour améliorer la résilience des soins, c'est d'ailleurs ce que nous faisons aussi dans le cadre de cette recherche. En revanche, les idées issues de la résilience socioécologique (notamment la transformation fondamentale des systèmes) sont peu reprises dans la santé ce qui est potentiellement un signe que le secteur sanitaire a surtout cherché à améliorer la robustesse et la réponse aux crises, plus qu'à repenser profondément ses structures. Les auteurs notent également un biais d'attention intéressant, la majorité des travaux se concentrent soit sur le niveau macro (systèmes de santé nationaux) face à des chocs, soit sur les hôpitaux et leurs opérations internes, mais peu sur les maillons intermédiaires (soins primaires, communautés locales) pourtant cruciaux dans la résilience globale. C'est un constat repris dans une revue sur la résilience organisationnelle des hôpitaux publiée dans le *Journal of Healthcare Management* (Ratliff, 2025) qui note que la plupart des travaux se sont concentrés soit sur le niveau du système de santé global, soit sur la résilience

des cliniciens individuellement, alors que le niveau intermédiaire (équipes, organisations prises isolément) était moins exploré. Cette limite de la littérature actuelle est d'autant plus importante à soulever étant donné que le présent mémoire se concentre spécifiquement sur ce niveau intermédiaire soit sur l'équipe et non sur les individus qui la composent ou encore sur l'institution duquel elle fait partie. Une part importante des travaux en *Resilience Health Care* s'intéresse à la résilience clinique, c'est-à-dire à la capacité des équipes à stabiliser des situations aiguës dans des environnements à haute intensité. Si ces recherches sont précieuses pour comprendre les dynamiques d'adaptation en contexte critique, elles restent peu transposées au champ organisationnel plus large. Les mécanismes à l'œuvre lors de perturbations cliniques, souvent brèves, ciblées et techniques, diffèrent de ceux impliqués dans des crises organisationnelles plus diffuses, comme un changement de gestion ou une instabilité structurelle prolongée. De fait, peu d'études s'intéressent aux zones grises entre résilience clinique et managériale. Il en résulte un angle mort théorique : celui des interactions entre les dynamiques de soin et les dynamiques organisationnelles dans la réponse aux perturbations. En effet, une revue de 34 études empiriques en santé publiées dans le *International Journal of Health Policy and Management* (Barasa, 2018), a exploré comment la résilience est conceptualisée et étudiée dans les systèmes de santé. Cette étude s'accorde avec la limite proposée ici, les auteurs y définissent la résilience des systèmes de santé comme "la capacité d'un système à continuer de remplir ses objectifs face à des challenges", mais notent quand même que les définitions ne se limitent plus à la résistance aux chocs, mais incluent l'adaptation et la transformation du système si nécessaire. Ils parlent de passer d'une résilience "ingénierie" (bouncer, revenir à l'état initial) à une résilience "adaptative" ou "évolutive". L'étude relève que la littérature à l'époque était encore majoritairement conceptuelle et manquait de preuves sur comment renforcer concrètement la résilience, notamment parce que la plupart des exemples provenaient de contextes de crises aiguës (Ebola, catastrophes naturelles) plutôt que de stress de long terme. Les auteurs appellent à davantage d'études empiriques pour comprendre comment ces facteurs se combinent dans la pratique et comment nourrir la résilience et suggèrent d'étudier la résilience "ordinaire" face aux défis quotidiens du système de santé (pénuries, fluctuations de demande), et pas seulement dans le contexte de catastrophes, afin de construire des stratégies globales de renforcement du système.

Finalement, plusieurs soulignent que la littérature actuelle n'adresse qu'une partie limitée du concept de résilience : les études se concentrent surtout sur les capacités absorptives (résister, maintenir les services) et adaptatives (ajuster les ressources, improviser des solutions) alors que des dimensions plus systémiques comme la résilience transformative (capacité à réformer le système en profondeur après une crise) ou la légitimité institutionnelle (confiance, soutien sociopolitique permettant au système de s'adapter) sont rarement abordées empiriquement (Biddle, 2020). Ainsi, si les travaux existants offrent des ancrages théoriques riches et multidisciplinaires, ils laissent entrevoir quelques lacunes. Ce mémoire tente de s'inscrire dans cette zone, peu couverte, mais soulevée comme étant importante dans la littérature. Notamment en abordant la résilience d'un point de vue collective et non individuelle et en s'intéressant à l'équipe comme unité de mesure, mais aussi en abordant des sujets tels que la légitimité organisationnelle. Finalement, la littérature suggère d'étudier la résilience "ordinaire" face aux défis quotidiens du système de santé (pénuries, fluctuations de demande) et ces sujets sont effectivement fortement repris dans ce mémoire.

CHAPITRE 2

CADRE CONCEPTUEL

"Before plunging into data collection, the researcher should carefully consider the theoretical and conceptual scaffolding from which the study will be launched."

- **Anselm Strauss, sociologue américain**

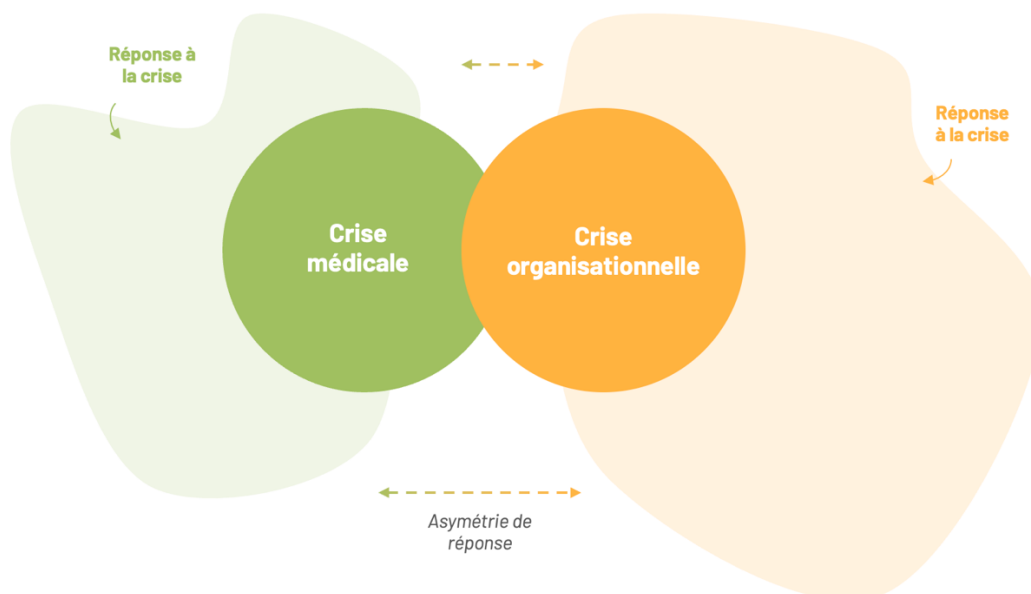
Dans ce cadre conceptuel, nous clarifions les notions mobilisées et définissons les repères théoriques qui soutiendront notre analyse et l'interprétation des résultats. Bien qu'il s'agisse d'une note méthodologique que nous approfondirons dans le chapitre 4, précisons que la posture adoptée pour cette recherche est inductive et s'inspire de la *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967), une approche particulièrement utile lorsque le phénomène étudié est mal théorisé ou en émergence. Notre point de départ repose sur un paradoxe observé sur le terrain : des réponses d'équipe très différentes selon qu'il s'agisse de crises cliniques ou organisationnelles. La *Grounded Theory* nous offre une posture à la fois rigoureuse et ouverte, qui permet de considérer les apports théoriques existants avec les éléments empiriques issus du terrain.

2.1 LE PARADOXE CENTRAL : L'ASYMÉTRIE DES RÉPONSES AUX CRISES

Les travaux sur la résilience en santé s'intéressent largement aux crises cliniques, où les équipes font preuve d'une remarquable capacité d'adaptation. Or, une asymétrie marquante émerge : ces mêmes équipes apparaissent souvent vulnérables face à des crises organisationnelles. Cela nous invitera à questionner la transférabilité des mécanismes de résilience clinique vers des situations managériales, et à explorer les conditions qui favorisent, ou au contraire qui entravent, une résilience collective durable dans les deux types de contextes.

Ce paradoxe constitue le point de départ inductif de notre recherche : **pourquoi des équipes si performantes dans les situations aiguës, cliniques et instables, semblent-elles désorganisées et vulnérables face à des perturbations organisationnelles ?**

Figure 5 — Représentation visuelle de l'asymétrie de la réponse aux crises et définitions des termes





Crise médicale

Une crise médicale désigne une situation aiguë et imprévisible affectant directement la santé ou la survie d'un patient, exigeant une réponse rapide, coordonnée et techniquement spécialisée de la part des professionnels de la santé. Elle se caractérise par un haut degré d'incertitude clinique, une intensité émotionnelle élevée, et une nécessité d'action immédiate.



Crise organisationnelle

Une crise organisationnelle désigne une rupture ou une perturbation affectant les structures, les processus ou la gouvernance d'un système organisationnel, entraînant un désalignement entre les ressources disponibles et les exigences du fonctionnement quotidien. Elle peut être liée à des facteurs internes ou externes et se distingue par sa temporalité souvent plus diffuse, sa portée systémique, et ses effets prolongés sur le moral, la cohésion et la capacité d'action des équipes.



Réponse à la crise

La réponse à une crise fait référence à l'ensemble des processus cognitifs, émotionnels, décisionnels, organisationnels et techniques mis en œuvre par une équipe ou une organisation pour faire face à une situation perçue comme déstabilisante, imprévue ou menaçante pour l'équilibre du système. Elle englobe les ajustements immédiats, la mobilisation des ressources disponibles, les dynamiques de coordination, ainsi que la capacité à maintenir ou rétablir la continuité des opérations essentielles.



Asymétrie de réponse

L'asymétrie de réponse désigne un écart significatif dans la manière dont un même collectif réagit à différents types de perturbations, révélant des contrastes dans les capacités d'adaptation, les marges de manœuvre, ou les ressources mobilisables. Dans ce mémoire, l'asymétrie de réponse réfère spécifiquement à la différence observée entre la robustesse des réponses en contexte clinique et la vulnérabilité apparente face aux perturbations organisationnelles, soulevant des questions sur la nature distribuée de la résilience et sur les leviers d'action différenciés selon les sphères du système.

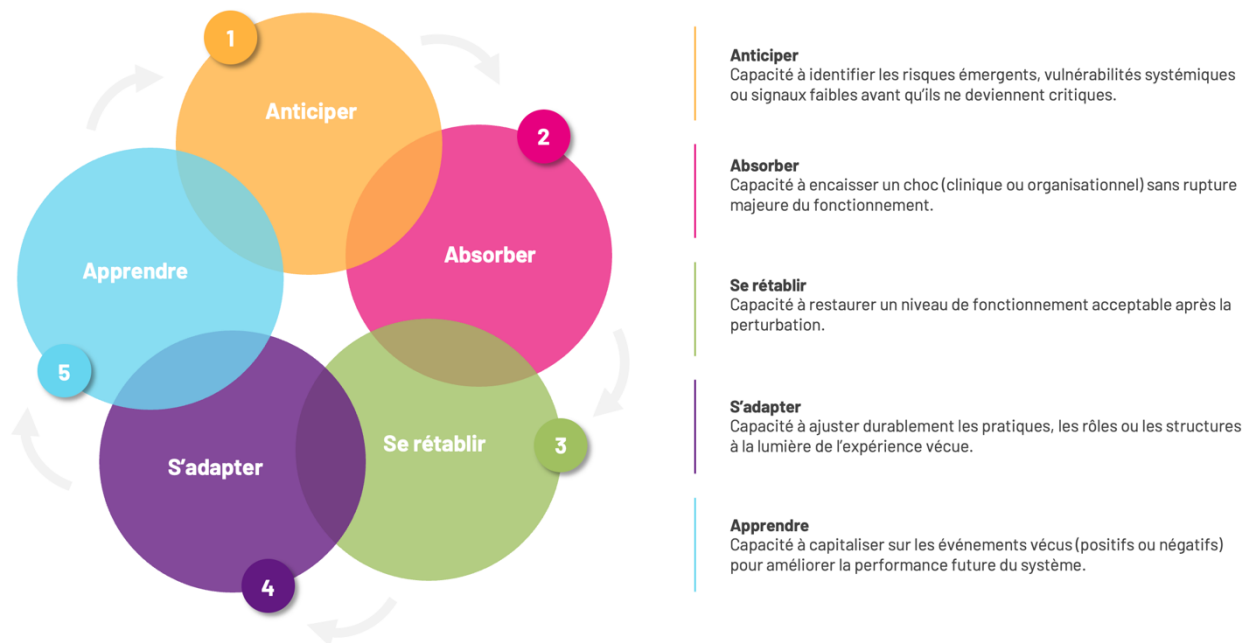
En croisant les axes d'analyses présentés dans les sections subséquentes, nous formulons l'hypothèse que cette asymétrie repose non pas sur un manque de compétence ou de volonté, mais sur la nature même du pouvoir d'agir en contexte organisationnel, limité par des facteurs structurels invisibles, ou considérés comme "hors contrôle". La littérature sur les défaillances latentes et le *drift into failure* (Dekker, 2011) alimente cette réflexion en soulignant que certaines vulnérabilités sont construites progressivement, par glissements successifs et absents de la surveillance formelle.

2.2 AXES D'ANALYSES

2.2.1 LES CINQ COMPÉTENCES DE LA RÉSILIENCE

En *Resilient Health Care* on propose 5 compétences collectives, inspirées des 4 compétences fondamentales de la résilience proposées en Resilient Engineering, que doivent avoir les équipes résilientes : anticiper, absorber, se rétablir, s'adapter, et apprendre. Ces capacités sont situées, contextuelles et activées différemment selon les structures, les rôles et les ressources d'un système de santé. L'analyse visera à identifier dans quelles conditions ces capacités sont mobilisées ou freinées, et comment elles se distribuent entre les acteurs, les niveaux hiérarchiques et les temporalités. Cet axe d'analyse nous permettra de mettre en lumière la résilience de l'unité selon les deux types de crises (médicales vs organisationnelles), en montrant que les capacités ne sont pas uniformément développées ni distribuées.

Figure 6 — Représentation visuelle des 5 compétences de la résilience selon le *Resilient Health Care*



Les questions qui guideront notre analyse de l'axe A

Quelles capacités (anticipation, absorption, rétablissement, adaptation, apprentissage) sont mobilisées ? Par qui ? Dans quels contextes ? Certaines sont-elles inhibées ou absentes dans certaines zones du système ?

2.2.2 LE TRAVAIL

Cet axe d'analyse porte sur les dimensions techniques et opérationnelles du travail en contexte critique, incluant les procédures, les processus, les protocoles ainsi que les savoirs mobilisés dans l'action. Il s'agit d'abord d'examiner dans quelle mesure ces mécanismes sont formellement mis en place et suivis, en distinguant les logiques propres au travail clinique (protocoles médicaux, pratiques de soins) et au travail organisationnel (processus décisionnels, directives de gestion). Par ailleurs, cet axe permet d'explorer la nature de l'expertise mobilisée : est-elle spécifiquement requise (par la fonction, la formation) ou acquise de manière informelle à travers l'expérience et les dynamiques de terrain ? Cette question renvoie aux compétences situées et aux savoirs pratiques souvent invisibles, mais déterminants dans les contextes d'incertitude.

Enfin, l'analyse du décalage entre le travail prescrit et le travail réel constitue une dimension centrale. Dans les environnements complexes comme les soins intensifs, le travail effectif repose sur des ajustements locaux constants, parfois en tension avec les normes officielles. Si ces écarts semblent tolérés, voire intégrés, dans la sphère clinique, ils apparaissent comme une source de fatigue et de vulnérabilité en contexte organisationnel. Cet axe est donc clé pour comprendre les formes d'adaptation discrètes, mais essentielles à la résilience des équipes.

2.2.3 LA CULTURE

Dans la continuité de la posture adoptée dans ce mémoire, cet axe s'appuie sur une conception collective de la résilience, entendue comme une propriété émergente des systèmes complexes. Plutôt que de s'attarder uniquement aux réactions individuelles face aux perturbations, il s'agit ici d'analyser les conditions qui favorisent, ou freinent, l'émergence d'une résilience collective, notamment à travers les interactions, la coordination informelle, la circulation d'information et les apprentissages partagés.

Concrètement, cet axe vise à observer les mécanismes d'entraide et de soutien mutuel entre collègues, ainsi que les formes de coordination implicites ou explicites qui s'installent dans l'action. Ces dynamiques, souvent invisibles ou non reconnues par l'organisation formelle, jouent un rôle clé dans la capacité des équipes à faire face à l'imprévu. Notre objectif est ainsi d'analyser dans quelle mesure la culture d'équipe soutient, ou non, la résilience et comment cette influence varie selon qu'il s'agisse d'une crise clinique ou d'une perturbation organisationnelle. Cet axe permet de mieux comprendre le rôle structurant, ou fragilisant, de la culture locale dans les différents types de situations critiques.

2.2.4 LA GOUVERNANCE

La capacité d'un système à faire face à des perturbations ne repose pas uniquement sur les individus ou les routines collectives, mais aussi sur les structures de pouvoir, les mécanismes de coordination et les marges de manœuvre disponibles à différents niveaux de l'organisation. Cet axe propose d'examiner les logiques de gouvernance qui encadrent, ou limitent, l'action locale en contexte de crise. Nous nous intéressons en particulier à la manière dont le leadership s'exerce concrètement au niveau local, en lien avec les rapports hiérarchiques formels et informels. La perception du pouvoir d'agir est ici un indicateur central : les équipes se sentent-elles autorisées à prendre des décisions, à adapter les pratiques, à contourner les règles au besoin ? Ou, au contraire, ressentent-elles un frein, une pression ou une forme d'impuissance organisationnelle ?

Nous analysons aussi le degré de clarté ou d'ambiguïté entourant les rôles décisionnels, notamment en situation critique. Dans certains cas, une certaine souplesse dans les règles peut favoriser l'adaptation rapide ; dans d'autres, elle peut générer confusion, tensions ou désengagement.

Les données empiriques ayant fait émerger de manière saillante les enjeux liés au leadership, à la légitimité décisionnelle et à la capacité d'agir, cet axe de gouvernance s'impose comme un levier déterminant pour comprendre les conditions systémiques de la résilience, tant en contexte clinique qu'organisationnel.

2.3 CADRE D'ANALYSE COMBINÉ

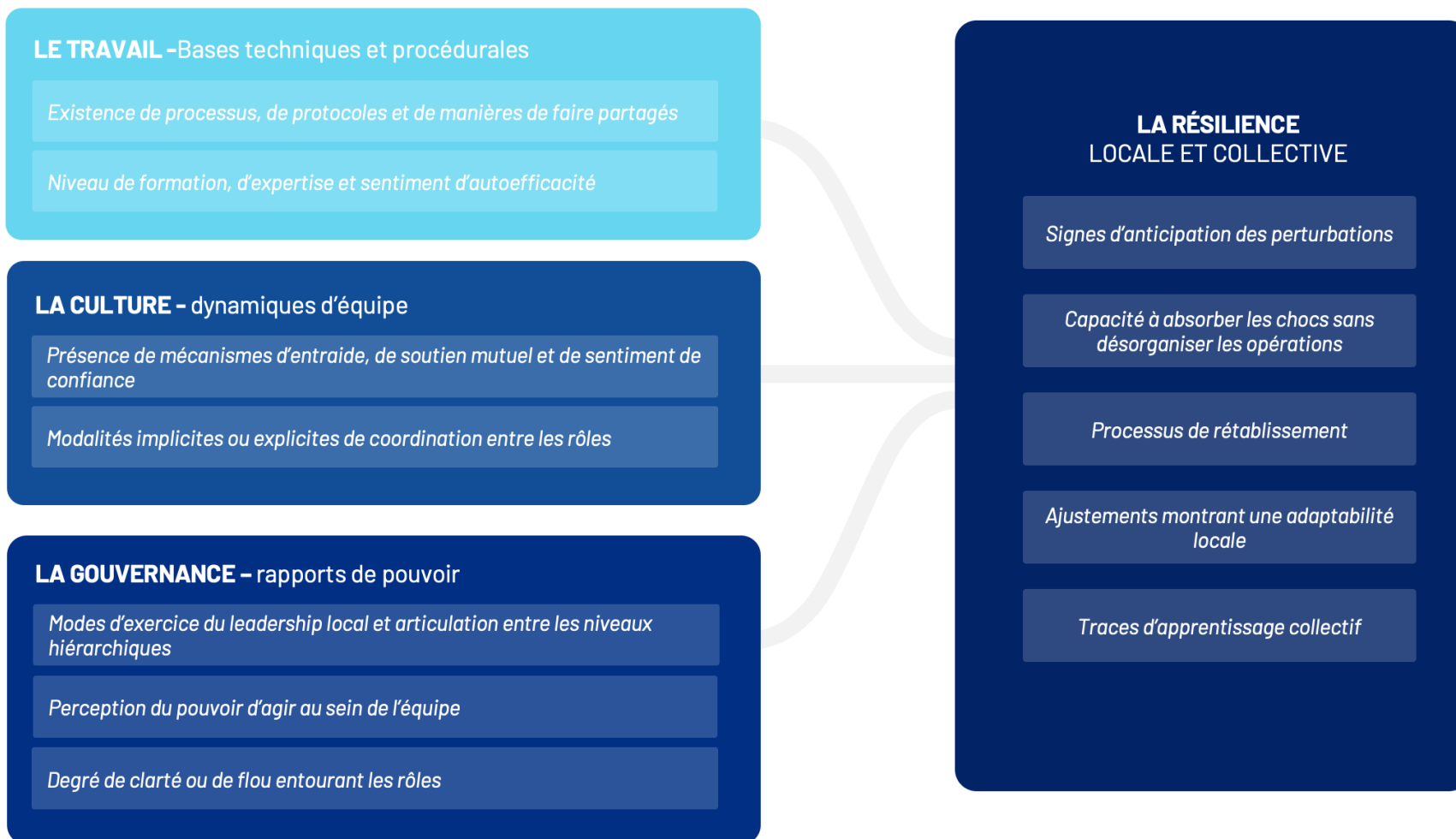
Les repères présentés dans ce cadre conceptuel visent à orienter l'analyse sans l'enfermer. Ils permettent de poser un regard structuré sur les dynamiques observées, tout en laissant place à

ce qui émerge du terrain. L'objectif n'est pas d'appliquer un modèle fermé, mais de se doter d'outils pour penser ce qui se joue dans les réponses aux perturbations, qu'elles soient cliniques ou organisationnelles.

Ce cadre offre plusieurs points d'entrée pour analyser comment les équipes s'adaptent, sur quelles bases elles prennent leurs décisions, et ce qui rend certaines zones du système plus vulnérables que d'autres. Il permet aussi de donner une assise théorique à l'asymétrie des réponses aux crises, qui constitue le paradoxe central de la question de ce mémoire ; « **Pourquoi les équipes de soins intensifs sont-elles capables de faire preuve d'une grande résilience face aux crises médicales, mais apparaissent vulnérables lorsqu'il s'agit de crises organisationnelles ?** ».

Ce sont donc ces axes d'analyse (le travail, la culture, la gouvernance et la résilience) appliqués sur les crises médicales et organisationnelles qui guideront la lecture des données. Ils serviront à faire émerger les tensions, les zones d'adaptation, mais aussi les blocages et les angles morts, en vue de mieux comprendre ce qui rend une équipe résiliente... ou au contraire, ce qui épuise sa capacité à le rester.

Figure 7 — Cadre d'analyse combiné



CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE

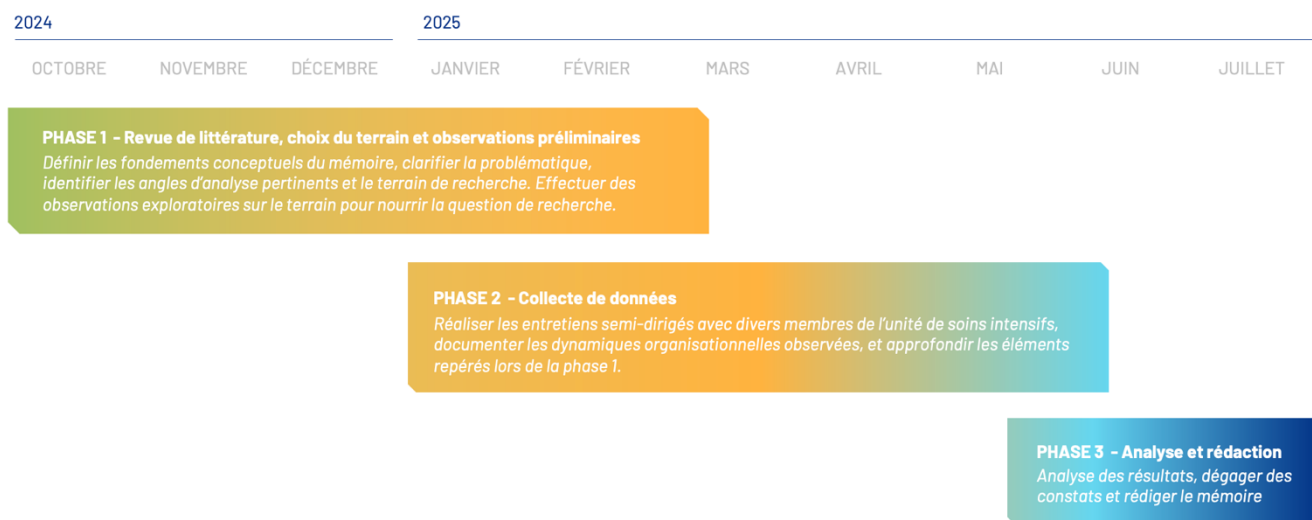
"La complexité n'autorise pas la paresse théorique. Elle exige au contraire une attention accrue aux cadres que nous mobilisons pour décrire ce que nous voyons."

- Michel Callon et ingénieur français

Cette section vise à poser les fondations méthodologiques du présent mémoire, en précisant le déroulement de la recherche, les choix méthodologiques effectués, ainsi que les limites et biais potentiels associés. Le chapitre se structure en quatre temps. D’abord, il présente la description du terrain de recherche et du cas à l’étude. Puis, les fondements ayant mené au choix d’une approche qualitative, jugée la plus pertinente pour explorer le phénomène étudié dans toute sa complexité. Ensuite, il détaille les modalités de collecte de données, incluant le recrutement des personnes participantes, la conduite des entretiens et les conditions de réalisation sur le terrain. Enfin, il expose la démarche d’analyse retenue et discute des enjeux liés à la rigueur et à la validité de l’interprétation.

La recherche s’est déroulée sur une période 10 mois s’étalant d’octobre 2024 à juillet 2025. Celle-ci s’est déroulée en trois phases présentées ci-bas.

Figure 8 – Calendrier de réalisation



3.1 TERRAIN DE RECHERCHE

Le sujet de recherche de ce mémoire, « Renforcer la capacité d’adaptation des équipes face aux situations de crises organisationnelles », m’a rapidement menée à une question sous-jacente : pourquoi les équipes de soins intensifs, reconnues pour leur résilience face aux crises médicales, semblent-elles plus vulnérables lorsqu’il s’agit de crises organisationnelles ? La pertinence d’un terrain en santé et plus précisément d’une unité de soins intensifs a déjà été exposée en introduction. J’ajouterais que les soins intensifs constituent non seulement un environnement à haute complexité, mais aussi un lieu où se multiplient, au quotidien, les situations critiques. Ce contexte fournit une richesse d’exemples concrets et d’expériences vécues, particulièrement propices à l’observation des dynamiques d’adaptation en contexte de crise.

« Il y a tellement de choses qui se passent en même temps, tout le temps. Chaque situation est différente, chaque patient amène un nouveau défi. »

- Citation d’une infirmière, unité des soins intensifs

Par ailleurs, l'unité des soins intensifs du CHU Sainte-Justine s'est imposée comme un terrain particulièrement pertinent pour mener cette recherche, et ce, pour plusieurs raisons. Le CHUSJ joue un rôle central dans l'écosystème pédiatrique québécois : il s'agit du plus grand centre mère-enfant au Canada et de l'un des quatre principaux centres pédiatriques en Amérique du Nord. Au profit de ce mémoire, ce statut se traduit concrètement, pour les équipes cliniques, par une pression constante provenant de l'extérieur de l'établissement. En tant que centre d'expertise reconnu, le CHUSJ accueille un grand nombre de patients transférés d'hôpitaux situés hors de l'île de Montréal, une réalité qui se vit intensément à l'unité des soins intensifs. Ceci dit, bien que la vélocité des événements puisse être plus élevée sur cette unité, cette réalité ne leur est pas propre pour autant. Toutes les unités de soins intensifs vivent ces réalités dans des forces plus ou moins grandes. Bref, bien que ce terrain représente une source riche d'information pour explorer ma question de recherche, il ne s'agit pas non plus d'une réalité déconnectée de celle d'autres unités de soins.

Sur un plan plus personnel, j'ai également un attachement à cet établissement, y ayant travaillé pendant un an dans le cadre de mes études en ingénierie biomédicale. Cette expérience, bien que brève, m'a permis d'appréhender de l'intérieur la machine organisationnelle qu'est le CHUSJ. J'y ai tout de suite ressenti un fort sentiment d'appartenance, partagé par les équipes que j'ai croisées. Être employé à Sainte-Justine, c'est souvent porter avec fierté la mission et les valeurs de l'établissement. Cette impression, je l'ai vécue moi-même, et elle continue d'habiter mon regard. C'est cette double perspective, une familiarité organisationnelle et un attachement à la mission, qui m'a naturellement amenée à envisager Sainte-Justine comme terrain de recherche.

Ma première rencontre avec l'équipe de gestion de l'unité des soins intensifs du CHU m'a tout de suite confirmé que ce terrain était le bon pour mener cette recherche, et ce, pour deux raisons : l'ouverture de l'équipe de management et l'historique organisationnel, tout de même récent, riche de l'unité.

Première rencontre – septembre 2024

J'ai rendez-vous à l'unité des soins intensifs du CHU Sainte-Justine pour une première rencontre avec l'intensiviste en chef et l'une des deux co-cheffes de l'unité infirmière. Je monte au 3^e étage du bloc 11. À l'accueil, une agente me salue d'un grand sourire. Le corridor est calme. Je me lave les mains, comme le veut la procédure, puis j'entre sur l'unité.

Je m'attendais à une fourmilière. Tu sais, un genre de chaos qui fonctionne, comme dans les séries médicales. Mais non. Ce que je retrouve, c'est une unité étonnamment calme. Tout le monde semble à sa place, en contrôle. Chacun sait exactement ce qu'il a à faire. L'Assistance infirmière-chef (AIC) discute avec l'intensiviste de garde d'un transfert imminent du bloc opératoire.

L'unité forme une sorte de grand U, avec 22 lits. Chaque paire de chambres est desservie par une alcôve centrale d'où l'infirmière peut surveiller ses deux patients. Les parents circulent

librement. Certains échangent avec les soignants. Bref, un calme... efficace. Rigoureux. En apparence.

Je me rends au bureau de la cheffe d'unité. J'ai préparé mon argumentaire, je m'attends à devoir convaincre. Montrer que mon projet de recherche peut avoir un intérêt pour eux. Je m'assois. Et là, le médecin me regarde et me dit simplement : « Tu veux commencer quand? De quoi t'as besoin? On est là pour t'aider. »

On m'avait prévenu que c'était un médecin très impliqué, ouvert, engagé dans la vie de l'unité. Mais je ne pensais pas à ce point. Je le comprendrai un peu plus tard : cette unité, c'est une équipe qui réfléchit beaucoup à ce qu'elle vit. Une équipe qui cherche à faire mieux, tout le temps. Qui sait à quel point la qualité des soins dépend de sa propre cohésion, de sa capacité à tenir ensemble.

Et puis, au fil des semaines, j'ai aussi compris une autre raison derrière cette ouverture. L'équipe se relevait et se relève encore, d'une période particulièrement difficile. Des secousses organisationnelles qui ont laissé des traces. Un terrain à haute intensité, humainement chargé... mais aussi d'une richesse inouïe pour comprendre ce que signifie, concrètement, s'adapter.

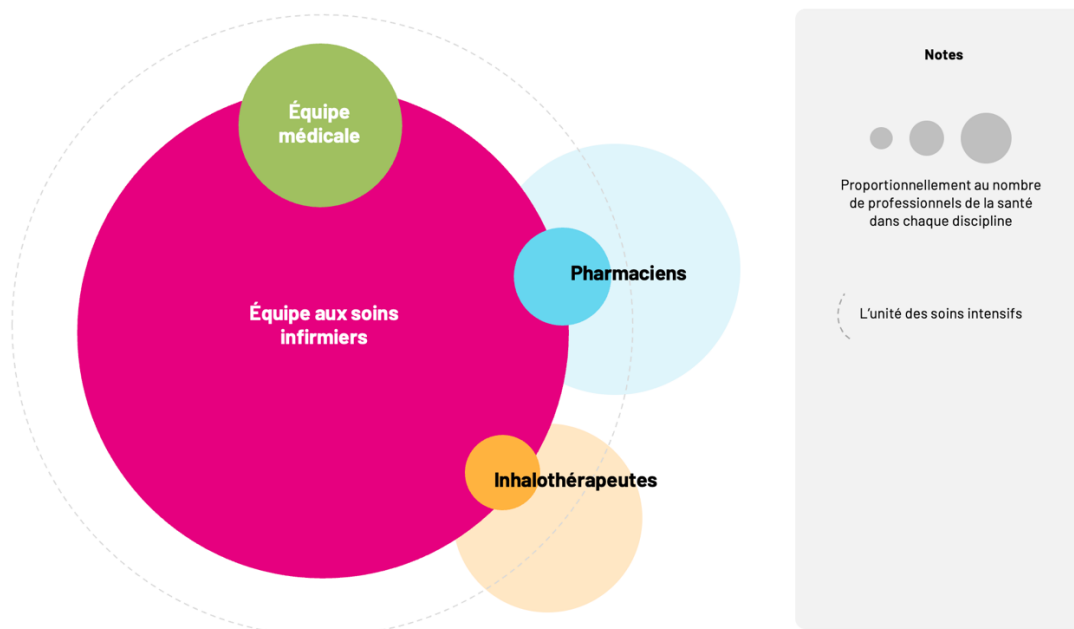
Bref, à l'automne 2024, j'entame donc les procédures pour obtenir les approbations nécessaires, tant auprès des HEC, qu'auprès du CHU. Les documents en question sont disponibles en annexe.

3.1.1 L'UNITÉ DES SOINS INTENSIFS PÉDIATRIQUES DU CHU SAINTE-JUSTINE

Comme nous l'avons vu, l'unité des soins intensifs prend en charge une grande diversité de cas cliniques, souvent d'une complexité exceptionnelle. L'USI, en date de l'automne 2024, compte 22 lits actifs pour des patients. Cette diversité se reflète également dans la composition de l'équipe soignante, qui rassemble des expertises complémentaires pour répondre aux multiples besoins de la patientèle. Au sens propre de l'équipe qui la compose, l'unité des soins intensifs regroupe 4 grandes équipes. Cela dit, dans la gestion quotidienne des soins, d'autres spécialités peuvent être impliquées.

- A. Équipe des **soins infirmiers**
- B. **Équipe médicale**, composée des intensivistes
- C. **Inhalothérapeutes**
- D. **Pharmaciens**

Figure 9 - Représentation visuelle de la composition de l'équipe des soins intensifs du CHU Sainte-Justine en date de l'automne 2024



Note : Dans le cadre de ce mémoire, les efforts de consultation et l'ensemble des travaux portent principalement sur les équipes médicales et infirmières. Celles-ci représentent non seulement la majorité des effectifs, mais assument également l'essentiel de l'opérationnalisation de l'unité au quotidien. Les dynamiques qui les unissent s'avèrent particulièrement pertinentes pour le sujet traité. J'ai donc pris la décision de ne pas inclure, dans mes analyses, les perspectives des inhalothérapeutes (bien que deux aient été rencontrés) et des pharmaciens. Ainsi, lorsque je ferai référence à « l'équipe des soins intensifs » dans ce mémoire, cela désignera exclusivement les équipes médicales et infirmières.

A. Équipe des **soins infirmiers**

L'équipe qui assure les soins infirmiers est la plus grande en nombre. C'est cette équipe qui assure la surveillance constante et l'opérationnalisation quotidienne de l'unité. En date de l'automne 2024, l'équipe des soins infirmiers, sous le leadership des chefs d'unités, se décomposait comme suit :

Figure 10 — Rôles de l'équipe des soins infirmiers



Co-Chef.fe de l'unité

L'USI fonctionne sous un leadership de cogestion. L'unité a donc deux chefs d'unité qui assument tous deux le rôle. Entre eux, il existe des mécanismes de coordination pour assurer le bon fonctionnement.



Assistant.e Infirmier.ère Chef.fe (AIC)

L'unité compte 4 AIC (2 de jour, 1 de soir et 1 de nuit). Les AIC agissent en quelque sorte comme les yeux des chefs sur le plancher. Elles assurent la gestion quotidienne de l'unité.



Infirmier.ère

L'USI compte 110 infirmières qui prennent en charge les patients.
Note : cela correspond environ à 70% des effectifs nécessaire



Conseiller.ère en soins infirmiers

L'USI compte 1 conseillère, celle-ci joue un rôle clé en soutien à la pratique clinique, notamment dans la veille à l'actualisation des pratiques, ainsi que dans la formation.



Infirmier.ère auxiliaires

L'unité compte 5 infirmières auxiliaires. Elles assurent plusieurs aspects des soins de base aux patients, contribuant ainsi à alléger la charge des soins directs.



Préposé.e aux bénéficiaires (PAB)

L'USI compte 15 PAB, elles soutiennent les soins d'hygiène et de confort des patients, assistent les infirmières au quotidien et assurent diverses tâches logistiques.

B. Équipe médicale, composée des intensivistes

L'équipe médicale de l'unité est composée de 14 médecins spécialistes en soins intensifs pédiatriques, aussi appelés intensivistes. Contrairement à l'équipe infirmière, les intensivistes œuvrent comme travailleurs autonomes au sein de l'unité. Ils ne sont pas employés de l'hôpital, et la dynamique qui structure leur collaboration diffère de celle des autres corps professionnels. Alors que l'équipe infirmière fonctionne selon une hiérarchie liée à l'expérience, à l'expertise clinique et à la structure organisationnelle formelle, l'équipe médicale adopte une structure dite « plate », sans hiérarchie décisionnelle. Le chef médical de l'unité joue un rôle additionnel, notamment de représentation et de coordination, mais ne détient ni autorité clinique ni pouvoir hiérarchique sur ses collègues. Les décisions sont prises de manière collégiale, dans une logique de collaboration et de consensus.

« Au niveau médical on a un système qui n'est pas du tout hiérarchique, X est chef depuis quelques années maintenant, mais pour que tu comprennes la structure, on est, on partage tous les médecins. Toutes les décisions sont prises ensemble à tous les comités »
- Citation d'une intensiviste, unité des soins intensifs

Cela dit, plusieurs membres de l'équipe médicale assument des rôles complémentaires en dehors des heures de garde et de la prise en charge clinique. Environ la moitié des intensivistes sont également impliqués en recherche, certains se consacrent à l'enseignement, et près du quart sont considérés comme des généralistes.

Le rôle du chef médical consiste à assurer le bon fonctionnement de l'unité sur le plan médical : veiller à ce que la liste de garde soit complète, s'assurer de la présence des effectifs requis et maintenir la fluidité des opérations cliniques. Il agit également comme courroie de transmission entre l'organisation et les intensivistes, tout en assurant un lien constant avec l'équipe des soins infirmiers. Avec les deux chefs au niveau infirmiers, ils forment un noyau de gouvernance à trois, reconnu pour sa collaboration étroite. Le chef médical actuellement en poste est d'ailleurs perçu comme une figure bienveillante et protectrice, tant pour son équipe que pour l'unité dans son ensemble. Nous y reviendrons plus loin.

« Quand je pense à du leadership, je sais que je pense à lui. Oui, c'est ça son rôle, mais c'est aussi sa personnalité, il y a son titre, mais aussi qui il est comme individu. Depuis que je travaille ici, c'est une présence continue, un repère pour tout le monde. »

- Citation d'une intensiviste, unité des soins intensifs

Cela dit, la responsabilité médicale des patients est partagée entre l'ensemble des intensivistes, puisque l'unité des soins intensifs fonctionne selon un modèle dit "fermé" sur le plan clinique : ce sont exclusivement les intensivistes qui assurent la prise en charge complète des patients admis à l'unité.

- **Unité ouverte :** Le médecin traitant du patient est responsable de l'admission, du traitement et du suivi, avec l'aide des intensivistes en consultation. L'équipe d'intensivistes est consultée pour des avis et des interventions spécifiques, mais n'est pas responsable des décisions cliniques globales.
- **Unité fermée :** L'équipe d'intensivistes est responsable de tous les aspects des soins du patient, y compris l'admission, le traitement et le suivi. Le médecin traitant du patient peut être consulté pour des avis ou des soins spécifiques, mais l'intensiviste reste le principal responsable.

À Sainte-Justine, l'USI est devenue une unité fermée en 2010, à la suite d'une demande formulée par l'équipe médicale afin d'assurer « une unité fonctionnelle, moderne et alignée avec les recommandations de l'INESSS (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux). » Cette transition est loin d'être anodine, elle influence en profondeur l'approche clinique actuelle de l'unité, nous y reviendrons.

« Nous sommes une unité fermée, ce qui signifie que toutes les décisions cliniques passent par nous. Personne d'autre ne peut prendre une décision à propos d'un patient sans passer par l'équipe médicale des soins intensifs. C'est notre rôle, comme intensivistes : rassembler toute l'information disponible, entendre tous les points de vue, et construire un consensus autour de ce qui nous semble le plus raisonnable. Notre nature, et notre approche aussi, c'est celle de l'intégration. Lorsqu'on évalue un patient, on a accès à une multitude d'informations : les moniteurs, l'état du patient, les avis des autres spécialistes. On recueille tout cela pour se faire une image globale, cohérente, puis on élabore un plan d'action. Notre rôle est de distinguer ce qui est essentiel de ce qui l'est moins, d'organiser l'information, et de formuler un plan qui reflète, dans la majorité des cas, un consensus d'équipe. »

- Citation du chef médical, unité des soins intensifs

C. Inhalothérapeutes

Les inhalothérapeutes fonctionnent selon une dynamique différente de celle des équipes de soins mentionnée plus haut. Ils opèrent comme une équipe volante, intervenant dans plusieurs unités de l'hôpital. Ainsi, même s'il y a toujours des inhalothérapeutes présents sur l'unité, leur présence varie. Cela dit, l'USI compte tout de même trois ressources dédiées à temps plein dans son équipe. Aux soins intensifs, les inhalothérapeutes prennent en charge tout ce qui touche au support respiratoire : ventilation, oxygénation, sevrage. Ils interviennent aux côtés des médecins et des infirmières, souvent dans les moments les plus critiques.

Or, dans le contexte du CHU, les inhalothérapeutes ne relèvent pas de l'unité des soins intensifs directement.

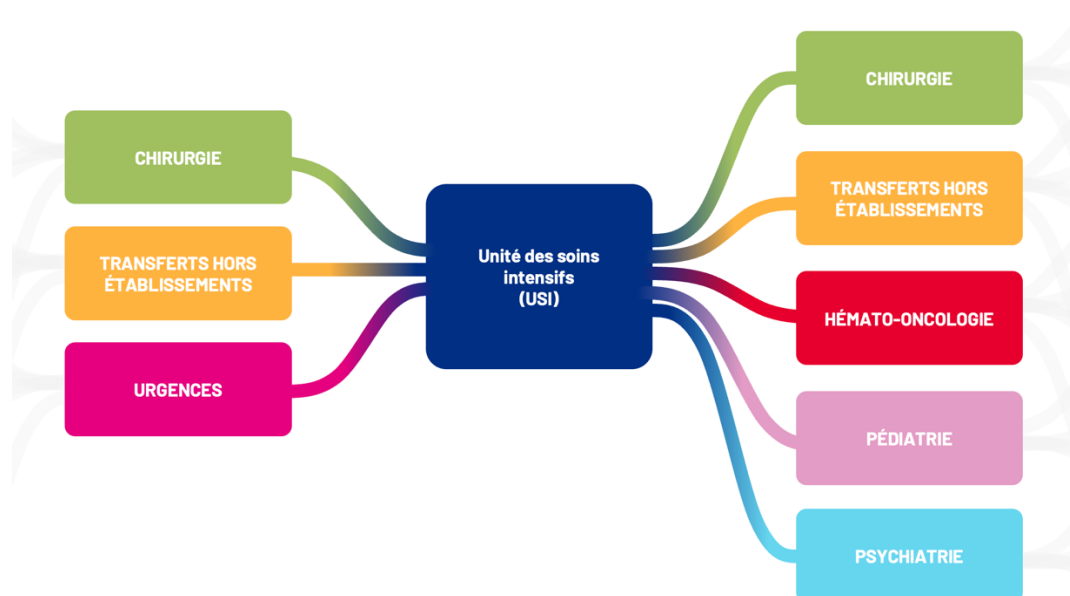
D. Pharmaciens

Les pharmaciens jouent également un rôle clé au sein de l'unité des soins intensifs. Ils soutiennent l'équipe soignante dans l'optimisation des prescriptions, la prévention des interactions médicamenteuses et l'ajustement des doses en fonction de l'état clinique des patients. L'unité peut compter sur cinq ressources dédiées, bien qu'elles relèvent administrativement du département de pharmacie, et non de l'unité elle-même.

Comprendre d'où proviennent et où vont les patients des soins intensifs

L'unité de soins intensifs (USI), comme mentionné précédemment, est dite « fermée » sur le plan médical. Toutefois, cela ne signifie aucunement qu'elle fonctionne en vase clos. Sur le plan opérationnel, l'USI est au cœur d'un réseau d'interactions interunités et agit comme une véritable plaque tournante dans l'hôpital. Elle accueille des patients en provenance de multiples secteurs et transfère à son tour des patients vers d'autres unités ou vers l'extérieur de l'établissement une fois leur condition stabilisée. En ce sens, l'USI est en constante tension, souvent proche voire au-delà de sa pleine capacité, évoluant dans un équilibre précaire. Toute variation dans le fonctionnement de l'unité, surcharge, crise, transfert retardé, peut avoir un effet domino sur l'ensemble de l'hôpital, tout comme l'inverse est aussi vrai. Retards chirurgicaux, congestion des urgences, séjours prolongés, ces éléments illustrent bien l'interdépendance du système. Cette dynamique, complexe et fluide, mérite d'être bien comprise puisqu'elle façonne concrètement le quotidien de l'unité et de ceux qui y travaillent.

Figure 11 — Représentation des interactions principales de l'USI



Brève histoire organisationnelle de l'unité

L'unité des soins intensifs a traversé, au cours de la dernière décennie, plusieurs transformations ou perturbations organisationnelles qui ont teinté qui elle est aujourd'hui. Ceci ne se veut pas une description exhaustive, bien au contraire, mais un portrait rapide de quelques éléments ayant façonné l'unité aujourd'hui.

Il y a environ neuf ans, l'unité a connu une transition du dossier papier vers le dossier clinique informatisé. Ce changement a demandé un important travail d'adaptation de la part des équipes : nouvelles procédures, reconfiguration des rôles, ajustement des réflexes cliniques. Bien que cette transition ne soit pas propre à l'USI du CHUSJ, il n'en demeure pas moins que cette transition fut majeure pour bien des gens et que plusieurs s'en rappellent encore. Deux ans plus tard, l'équipe n'avait pas encore complètement absorbé cette transition qu'un autre tournant s'est amorcée.

Il y a sept ans, l'unité a été relocalisée dans ses locaux actuels. Ce déménagement a modifié en profondeur l'environnement de travail. Le passage de chambres partagées à des chambres individuelles a eu un impact important sur la dynamique de soins, la proximité entre collègues, les opportunités d'apprentissages informelles et bien d'autres. Aujourd'hui encore, plusieurs membres se réfèrent à « l'ancienne unité » comme à un espace plus cohésif, où certaines pratiques étaient facilitées par la configuration des lieux. Bien que la « nouvelle génération » n'ait pas connu cette unité et que ce sentiment tend à s'effriter avec les années, certains parlent encore de cette transition comme en étant une majeure dans l'histoire de l'unité.

Puis est venue la pandémie de COVID-19. Si les soins intensifs pédiatriques ont été relativement épargnés au regard des hospitalisations, la pression sur le réseau était considérable. L'unité a été mobilisée en amont, notamment dans les réflexions de préparation, et a traversé la crise sans interruption majeure. Toutefois, à la réouverture de la société, une hausse importante des admissions pédiatriques s'est fait sentir. Les enfants, peu exposés aux virus durant la pandémie, ont commencé à tomber malades en plus grand nombre, forçant les équipes à maintenir un haut niveau de vigilance sur une période prolongée.

C'est dans ce contexte déjà fragile qu'a émergé, entre 2020 et 2022, une crise pédiatrique plus large dans le réseau. L'unité a été particulièrement touchée par un exode infirmier important : environ 45 infirmières ont quitté en deux ans, sur un bassin de 110. Cette vague de départs a révélé les limites d'un modèle organisationnel mis à rude épreuve. Bien qu'elle ait été alimentée par une multitude de facteurs, cette période a laissé l'équipe sous-effectif, épuisée, et confrontée à des choix difficiles. Il a fallu refuser temporairement certaines admissions, redistribuer les lits, et revoir les pratiques pour éviter les TSO.

À partir de 2023, un effort collectif s'est amorcé pour « remonter la pente ». De nouvelles stratégies ont été mises en place, une mobilisation interne s'est organisée, et un esprit d'équipe renouvelé a commencé à émerger. Mais les tensions sont restées présentes. Le printemps 2024 a été marqué par une période particulièrement éprouvante émotionnellement, avec plusieurs décès survenus en peu de temps. Puis, à l'été 2024, trois sit-in d'infirmières ont eu lieu en trois semaines, malgré une couverture maximisée à l'aide de divers mécanismes (TSO, jumelages, redéploiements internes). Ce geste a mis en lumière une fatigue plus profonde : pas uniquement clinique, mais aussi organisationnelle. Notons aussi que cette période a été marquée par une instabilité importante au sein de l'équipe de gestion infirmière, cinq chefs d'unité se sont succédé en l'espace de six ans,

Bref, à travers ces multiples perturbations, l'équipe est demeurée résiliente sur le plan clinique, maintenant un haut niveau de qualité des soins. Toutefois, on observe une forme d'essoufflement sur le plan organisationnel, une érosion progressive des mécanismes collectifs de soutien, d'adaptation et de stabilité. C'est précisément cette tension entre résilience clinique et fragilité organisationnelle qui rend ce terrain de recherche si riche et pertinent.

3.2 APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE PRÉCONISÉE

3.2.1 UNE APPROCHE QUALITATIVE

L'approche qualitative s'est rapidement imposée comme la plus appropriée pour cette recherche, notamment parce qu'elle permet de mieux comprendre un phénomène dans toute sa complexité, en tenant compte de son enracinement dans un contexte donné (Denzin & Lincoln, 2011). Ici, l'objectif n'est pas de mesurer ou de comparer, mais plutôt de donner la voix aux professionnels de l'USI, de comprendre leur expérience vécue, et d'observer comment se construisent les dynamiques dans l'équipe lorsqu'elle est confrontée à des situations de crises.

La posture adoptée est inductive : l'idée ici était de partir des données du terrain pour faire émerger des thèmes, des concepts, des régularités ou des points de tensions. Dans le cadre de ce mémoire, je ne cherche pas à valider ou invalider une hypothèse de base, mais plutôt à faire émerger des interprétations, une démarche qui s'inscrit dans une logique inspirée de la *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967). Ainsi, bien que la revue de littérature et le cadre conceptuel viennent, de par votre lecture, en amont, sachez que ceux-ci furent coconstruits en parallèle de l'analyse et de la collecte de données, approche ayant beaucoup guidé et orienté les résultats de ce mémoire.

Je tiens aussi à préciser que je ne viens pas des sciences sociales, je n'ai pas de formation en sociologie ou en psychologie, ce qui peut limiter certaines lectures ou interprétations des dynamiques sociales à l'œuvre. Ceci dit, le sujet même de la résilience collective m'a amenée à emprunter des éléments réflexifs issus de ces disciplines, en complément d'une lecture plus ancrée en management organisationnel (Weick & Sutcliffe, 2001 ; Lengnick-Hall et al., 2011). Finalement, bien que ma formation initiale en ingénierie m'ait plutôt habituée à des approches quantitatives et à des raisonnements plus linéaires, j'ai choisi une méthode qui me semblait cohérente avec le terrain et le sujet étudié. Et aujourd'hui, je suis très à l'aise avec ce choix et convaincue que c'est ce qu'il fallait pour bien faire les choses.

3.2.2 LE CHOIX DES ENTRETIENS

Pour amorcer la collecte de données, j'ai d'abord réalisé trois séances d'observation sur l'unité des soins intensifs (1er novembre, 27 novembre et 6 décembre 2024). L'objectif était de m'imprégner de la réalité des soins et de mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre, en particulier lors de situations critiques. J'étais curieuse de voir comment les équipes réagissaient « en temps réel » à certains événements, et ces observations, combinées à quelques entretiens exploratoires, m'ont permis d'ajuster ma posture de recherche et d'orienter mes choix méthodologiques vers les entretiens.

Ces premiers échanges m'ont notamment aidée à construire un guide d'entretien plus adapté, tant sur le plan du vocabulaire que de la structure, et à choisir un format d'entretiens pertinent pour le terrain.

J'ai finalement opté pour une collecte de données entièrement fondée sur des entretiens, car il me semblait essentiel de comprendre le sens que chacun et chacune attribuait aux événements vécus, et de saisir les ressentis et les réflexes mis en œuvre dans certaines situations précises.

Deux formats d'entretiens ont été utilisés, complémentaires dans leur forme et leur visée (note : certains participants ont participé aux deux types d'entrevues). Le besoin pour les entrevues flash a émergé du terrain et dans le but de répondre à un enjeu de disponibilité de la part des infirmières. En effet, de par la nature des horaires, des entretiens « classiques » tels que décrits dans les entretiens semi-dirigés étaient difficiles à intégrer dans l'horaire :

- i. **Des entretiens « flash »**, non directifs, menés directement sur l'unité pendant les quarts de travail, d'une durée variant entre 2 et 20 minutes selon la disponibilité des personnes rencontrées. Ces échanges démarraient simplement par : « Je mène un projet de recherche sur la gestion de crise à l'USI, as-tu quelques minutes, est-ce qu'il y a quelque chose dont tu aurais envie de parler ? » ;
- ii. **des entretiens semi-dirigés**, plus structurés, menés à partir d'un guide, planifiés à l'avance dans un lieu calme, pour permettre une prise de recul plus grande.

Le recours à ces deux formats m'a permis de composer avec la réalité organisationnelle du service et les contraintes d'horaire des professionnels. Il m'a aussi permis d'assurer une diversité des profils, notamment entre les médecins (disponibles plus facilement à des moments précis) et les infirmières (dont la charge de travail et les horaires rendaient les échanges spontanés plus accessibles).

3.3 LA COLLECTE DES DONNÉES

3.3.1 ÉCHANTILLONNAGE

Mon objectif en commençant cette recherche était de maximiser les points de vue et les expériences vécues. Le critère de base unique pour une participation à l'entrevue était de faire partie de l'équipe soignante de l'unité des soins intensifs du CHU Sainte-Justine (présentée en section 3.1.1).

Après une première discussion avec l'une des cheffes de l'unité, celle-ci m'a dressé une liste des profils qu'elle croyait être intéressante dans le cadre de cette recherche, cela m'a permis d'affiner les paramètres d'échantillonnage dans le but d'avoir éventuellement une grille me permettant de valider ou d'invalidier la transférabilité de mon échantillon.

Figure 12 – Critères des échantillons

LES CRITÈRES À CONSIDÉRER POUR MAXIMISER LA RICHESSE DE L'ÉCHANTILLON	CRITÈRES POUR UN ÉCHANTILLON TRANSFÉRABLE
• L'équipe d'appartenance (médicale, infirmière, autre) • Rôle et/ou rôle(s) antérieur(s) • Nombre d'années d'ancienneté Critères volontairement non considérés : • Le sexe des participants n'était pas utile dans le cadre de cette recherche • Quarts de travail (ex. Infirmière de nuit, de jour ou de soir)	• Un minimum de 20 participants (Représente plus de 10% de l'ensemble des participants possibles et permet d'avoir une représentativité des profils) sans distinction pour le type d'entretiens. • Une proportionnalité entre médecin et infirmière (les infirmières représentent 90% en nombre de l'équipe de l'USI. Sans nécessairement respectée cette proportion, j'aspire à ce que l'équipe infirmière représente plus de la moitié de l'échantillon (>50%)) • Une diversité en termes d'années d'expériences (ex. moins de 2 ans d'expérience, ayant vécu le déménagement d'unité) • Une diversité des rôles au sein de l'équipe infirmières (ex. Chefs, AIC, Infirmières) et médicale (ex. Chef, Intensiviste) • Tous les participants devront le faire de façon volontaire et dans l'anonymat Critères volontairement non considérés : • Avec une représentativité des inhalothérapeutes, des pharmaciens, de la conseillère en soins, des PAB et/ou des infirmières auxiliaires ne sont pas nécessaire pour assurer un bon échantillon. S'ils souhaitent participer, leurs perspectives seront appréciées, mais non conditionnelle à la validité de l'échantillon.

3.3.2 RECRUTEMENT

Entretiens semi-dirigés

Seules les personnes faisant partie des équipes médicales et infirmières ont été directement sollicitées pour participer aux entretiens. Pour les entretiens semi-dirigés, le recrutement s'est effectué avec l'appui des chefs d'unité, tant du côté médical que du côté infirmier. Ceux-ci ont transmis à leurs équipes respectives, par courriel, une brève description du projet de recherche (voir annexe) accompagnée d'une invitation à me contacter directement s'ils souhaitaient participer. Les personnes intéressées m'ont ensuite écrit pour convenir d'un moment d'entretien qui cadrerait avec leur horaire. Les chefs d'unité n'ont eu aucun retour sur les personnes ayant répondu à l'invitation et ne connaissent pas l'identité des participants ayant participé.

Entretiens Flashs

Pour les entrevues flash, trois moments ont été ciblés et communiqués à l'ensemble des équipes en poste sur l'unité (9 janvier 2025, 27 février 2025 et 21 mars 2025). L'information a été transmise à la fois par courriel par les chefs d'unité en amont des quarts et sur place par ceux-ci lors des rencontres de début de quart. À chaque fois, les objectifs du projet ont été brièvement présentés aux équipes. Avec l'accord de la cheffe d'unité présente, il avait été convenu que j'aborderais les membres de l'équipe de la même manière : « Je mène un projet de recherche sur la gestion de crise à l'USI, est-ce que tu as quelques minutes ? Y a-t-il quelque chose dont tu aimerais me parler ? »

Aucune obligation de participation n'était imposée. Il était clairement mentionné que les personnes pouvaient simplement me dire qu'elles n'avaient pas le temps ou qu'elles ne

souhaitaient pas participer, sans avoir à se justifier. Lors de ces échanges, je ne récoltais aucun nom, uniquement le rôle professionnel de la personne et son nombre d'années d'ancienneté.

Note : Il est à noter que deux participants aux entrevues flash m'ont demandé de poursuivre la discussion vers une entrevue semi-dirigée planifiée dans la semaine suivante.

Note : Il est aussi fort probable que les entrevues flash et/ou les premières vagues d'entrevues semi-dirigées aient eu un effet boule de neige. En effet, j'ai reçu plusieurs demandes spontanées de participation aux entrevues semi-dirigées bien après l'envoi du courriel de recrutement initial (et du rappel), et ce, alors que les deux types d'entrevues étaient déjà commencés.

3.3.3 PROFIL DES PARTICIPANTS

À l'issue de la période de collecte, j'ai obtenu un total de 26 entretiens issus de l'unité des soins intensifs, sans distinctions pour le type. Par souci de confidentialité, les rôles précis des participants ne seront pas mentionnés. Les personnes seront plutôt regroupées selon leur équipe d'appartenance (équipe des soins infirmiers, équipe médicale, équipe d'inhalothérapie), puisque certains rôles sont occupés par très peu de personnes, ce qui rendrait leur identification trop facile.

Figure 13 – Caractéristiques des participants aux entretiens

#	Équipe d'appartenance	Expérience	Type d'entrevue
1	Soins infirmiers	●	● ●
2	Médicale	●	●
3	Médicale	●	●
4	Médicale	●	●
5	Soins infirmiers	●	●
6	Soins infirmiers	●	●
7	Médicale	●	●
8	Soins infirmiers	●	●
9	Soins infirmiers	●	●
10	Soins infirmiers	●	●
11	Soins infirmiers	●	●
12	Soins infirmiers	●	●
13	Soins infirmiers	●	●
14	Soins infirmiers	●	●
15	Soins infirmiers	●	●
16	Soins infirmiers	●	●
17	Soins infirmiers	●	●
18	Soins infirmiers	●	● ●
19	Soins infirmiers	●	●
20	Soins infirmiers	●	●
21	Inhalothérapie	●	●
22	Soins infirmiers	●	●
23	Soins infirmiers	●	●
24	Inhalothérapie	●	●
25	Soins infirmiers	●	●
26	Soins infirmiers	●	●

● 0-2 ans

● 2-7 ans

● > 7 ans

● Entretiens flashs

● Entretiens semi-dirigés

Ultimement, j'ai réussi à obtenir un échantillon respectant les critères de succès préétabli tel que l'indique le tableau ci-dessous

Figure 14 – Critères de succès de l'échantillonnage

CRITÈRES	DONNÉES EMPIRIQUES	VALIDITÉ	oui	Facultatif
Nombre de participants > 20	Participants issus de l'USI : 26	-		
	Participants non issus de l'USI : 1	-		
L'équipe infirmière représente > 50% de l'échantillon	Équipe infirmière : 20 participants	77%		
	Équipe médicale : 4 participants	15.3%		
	Équipe Inhalothérapie : 2 participants	7.7%		
Diversité en termes d'années d'expériences	0 – 2 ans : 8 participants	30.7%		
	2 – 7 ans : 6 participants	23.1%		
	> 7 ans : 12 participants	46.2%		
Diversité des rôles sur l'USI	Chef d'unité – Équipe médicale : 1	3.8 %		
	Chef d'unité – Équipe des soins infirmiers : 2	7.7 %		
	AIC – Équipe des soins infirmiers : 1	3.8 %		
	Infirmières et infirmiers – Équipe des soins infirmiers : 16	61.5 %		
	Intensivistes – Équipe médicale : 3	11.5 %		
	Conseillère en soins – Équipe des soins infirmiers : 1	3.8 %		
	Inhalothérapeutes – Équipe Inhalothérapie : 2	7.7 %		
	Pharmaciens – Équipe de la pharmacie : 0	0 %		
	Infirmières auxiliaires – Équipe des soins infirmiers : 0	0 %		
	PAB – Équipe des soins infirmiers : 0	0 %		

Finalement, j'ai aussi mené une entrevue semi-dirigée sur un sujet précis avec une participante ne répondant pas aux critères initiaux de l'échantillonnage, puisqu'elle n'est pas issue de l'unité de soins intensifs. Au fil des entrevues, un thème revenait régulièrement, soit celui de la formation de base en sciences infirmières et/ou en médecine. Nous y reviendrons plus loin, mais plusieurs personnes associaient leur sentiment d'auto-efficacité en situation de crise clinique aux acquis issus de leur formation académique, d'une part, et de leur expérience sur l'unité, d'autre part.

Sur le second aspect, j'avais le matériel nécessaire pour approfondir grâce aux discussions menées avec les participants. En revanche, n'ayant moi-même suivi ni la formation en sciences infirmières ni celle en médecine, il me manquait certaines clés de compréhension pour bien cerner la portion académique. J'ai donc tendu une perche à la Faculté de médecine et à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Bien que je n'aie pas reçu de réponse du côté médecine, j'ai pu effectuer une entrevue avec une enseignante en soins intensifs et palliatifs à la Faculté des sciences infirmières. Elle sera identifiée plus loin comme la participante 27.

3.3.4 MÉTHODE DE COLLECTE

Les entretiens semi-dirigés

L'objectif des entretiens semi-dirigés était de permettre aux participants une certaine liberté dans les sujets explorés, mais dans le cadre d'une certaine structure me permettant d'aller récolter de l'information sur certaines thématiques nécessaires. Mon guide d'entretien, de par nature, était extrêmement flexible. Bâti autour de certaines thématiques et sous thématiques l'objectif était d'avoir une discussion fluide autour de la gestion des crises sur l'unité, mais surtout de comprendre la manière dont celles-ci avaient été vécues et gérées.

Figure 15 – Thématiques abordées dans les entretiens semi-dirigés

THÉMATIQUES	SOUS-THÉMATIQUES	QUESTIONS
LE FONCTIONNEMENT DE L'UNITÉ AU QUOTIDIEN <i>Objectif : Comprendre la culture, les dynamiques internes et les rôles perçus dans l'équipe.</i>	<i>Rôle et posture professionnelle</i> <i>Culture d'équipe et fonctionnement</i> <i>Portraits humains de l'unité</i> <i>Leadership</i> <i>Interactions hors unité</i>	- Peux-tu me parler de ton rôle dans l'unité ? - Comment décrirais-tu la dynamique de l'unité ? - Comment ça se passe, le travail en équipe ? - Qu'est-ce qui rend votre travail collectif efficace ou plus difficile ? À - Comment décrirais-tu les gens avec qui tu travailles ? - Comment perçois-tu le leadership dans l'unité ? À l'échelle de l'hôpital ? - Comment se passent les interactions avec les autres services ou acteurs externes à l'unité ?
LES CRISES VÉCUES <i>Objectif : Explorer les réponses aux crises, les impacts vécus, et la lecture collective de ces événements.</i>	<i>Types de crise</i> <i>Expérience concrète d'une crise (si le temps le permet, répéter cette section)</i>	- Selon toi, est-ce qu'il y a une différence entre une crise de nature médicale et une crise de nature organisationnelle ? Si oui quelle est-elle ? - Est-ce que vous y réagissez différemment ? - Peux-tu me parler d'une crise que tu as vécue ici ? - Est-ce que vous l'aviez vue venir ? - Comment ça s'est déroulé concrètement ? Impacts sur le fonctionnement de l'unité (reprendre des questions de la thématique 1 au besoin) - Peux-tu me parler du « post-crise » ? - Qu'est-ce que vous avez appris de cette crise ?
ADAPTABILITÉ INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE <i>Objectif : Explorer comment les participants perçoivent leur capacité d'adaptation face aux changements et perturbations.</i>	<i>Définition personnelle</i> <i>Adaptabilité de l'équipe</i> <i>Facteurs d'influence</i>	- Pour toi, c'est quoi l'adaptabilité dans ton travail ? - Est-ce que tu dirais que votre équipe est adaptable ? Pourquoi ? - Est-ce que c'est quelque chose qui s'apprend ou qui dépend des personnes ? - Qu'est-ce qui vous aide, selon toi, à bien vous adapter ? (Par exemple dans les crises que nous avons discutées)
RÉSILIENCE ORGANISATIONNELLE <i>Objectif : Comprendre les représentations de la résilience en contexte de soins critiques.</i>	<i>Définition personnelle</i> <i>Manifestations concrètes</i> <i>Facteurs de résilience</i>	- Pour toi, ça veut dire quoi une équipe résiliente ? - As-tu des exemples où tu as senti que l'équipe a su rebondir malgré une difficulté ? - Qu'est-ce qui, selon toi, rend votre unité résiliente (ou pas) ?

Pour la plupart, ces entretiens se sont conduits en ligne (Teams), mise à part 3 entretiens effectués en personne dans des bureaux fermés au CHU et ce, selon la préférence des participants. Ces entretiens ont duré entre 45 et 60 minutes et ont tous été enregistrés et retranscrits par la suite pour fin d'analyse. Le consentement a été pris à l'oral pour l'ensemble des entretiens, bien que la documentation fût envoyée en amont par courriel à chacun des participants.

Les entretiens flash

L'objectif principal de ce type d'entretiens était d'accommoder l'horaire du personnel de l'unité et, par le fait même, de maximiser la diversité des points de vue recueillis. Les choix méthodologiques liés à ces entrevues ont donc été faits dans l'optique de simplifier l'expérience pour les participants. La formule proposée, tout comme le choix des moments et des dates, a été définie en collaboration avec les chefs de l'unité, afin de favoriser la participation tout en respectant les impératifs cliniques de l'unité.

Ces entrevues se sont déroulées à trois occasions (les 9 janvier, 27 février et 21 mars 2025), des dates choisies pour maximiser la variété des personnes croisées sur l'unité. Lors de chacune de ces périodes, je suis restée entre deux et trois heures sur place, circulant dans l'unité et abordant les membres du personnel au fil des opportunités. Ces entretiens ont duré entre 2 et 20 minutes et ont pris plusieurs formes et sujets différents.

Aucun enregistrement n'a été fait et aucun nom n'a été noté durant ces échanges. Je consignais à la main certains extraits ou idées évoquées lors des conversations, puis, après chaque passage, je prenais un temps seul pour compléter mes notes et organiser mes observations.

Bien entendu, compte tenu du format et du lieu de réalisation de ces entrevues, il n'était pas possible de garantir la confidentialité de la participation. Cela dit, tous les propos ont été traités de manière à préserver l'anonymat des personnes concernées, et aucune citation ne permet d'identifier un participant.

Bref, les modalités de collectes de l'information ont différé en fonction du type d'entretiens réalisés. Le tableau suivant en fait le résumé.

Figure 16 – Résumé des modalités de collecte

	Entretiens semi-dirigés	Entretiens flashs
Lieu	Via Teams ou en personne dans un bureau fermé, à la discrétion du participant	Sur l'unité des soins intensifs : dans les alcôves respectives des infirmières interrogées ; dans la salle repas ; dans certaines salles vides
Durée	45 à 60 minutes	2 à 20 minutes
Type	Entretiens semi-structurés avec un guide d'entretiens	Entretiens non directifs avec une questions d'amorce « Je mène un projet de recherche sur la gestion de crise à l'USI, est-ce que tu as quelques minutes ? Y a-t-il quelque chose dont tu aimerais me parler ? »
Modalité de la collecte d'information	Pour les entrevue Teams : Enregistrement (son et vidéo) via la plateforme et retranscription du verbatim de l'entrevue. Pour les entrevues en personne : Enregistrement (son) via téléphone cellulaire et retranscription du verbatim de l'entrevue.	Prise de notes manuscrites sur place lors des entretiens et prises de notes manuscrites de certaines réflexions ou réactions pour donner suite à l'entretiens.
Modalité de consentement	Formulaire de consentement envoyé par courriel en amont de l'entrevue et relue en début d'entrevue et vue d'obtention d'un consentement oral.	Consentement demandé à l'oral.

3.4 ANALYSE

L'analyse des données s'est appuyée sur une approche de codage thématique, combinant une logique déductive et inductive. D'une part, une première structure de grille de codage a été construite à partir des concepts théoriques explorés aux chapitres 2 et 3. D'autre part, un codage ouvert (inductif) a été fait de façon itérative. Cette phase exploratoire, inspirée des étapes que propose Cresswell (2007) dans son ouvrage *Research Design*, visait à faire émerger de nouveaux thèmes à partir des propos des participants eux-mêmes, en laissant place à l'imprévu et à la singularité des expériences. Les catégories ont ensuite été revues, regroupées ou raffinées à la lumière des lectures et des comparaisons entre entretiens, selon une logique d'ancrage empirique (Boeije, 2002), où la comparaison joue un rôle central dans la consolidation des thèmes et l'identification de contradictions ou de nuances. Cette démarche a donné lieu au cadre d'analyse présenté dans la section Cadre conceptuel. Celui-ci a permis de guider les lectures et d'assurer une certaine cohérence dans l'analyse. Bref, cette démarche s'inscrit dans une posture d'analyse « *semi-formatée* » (Romelaer, 2005), où certains éléments théoriques sont posés en amont, tout en laissant la place à l'émergence de nouvelles dimensions au fil de l'analyse. Elle repose également sur une combinaison des étapes classiques du codage décrites par Cresswell, soit le codage ouvert (pour faire émerger les grandes catégories), le codage axial (pour mettre en relation les dimensions centrales d'un phénomène), puis le codage sélectif (pour construire des hypothèses interprétatives). Ces étapes ont été réalisées de manière rigoureuse, en affinant les codes progressivement et en confrontant les interprétations aux données brutes.

La liste finale des codes, basée sur le cadre d'analyse et présentée dans le tableau ci-dessous, est donc le produit de cette démarche hybride, à la fois ancrée dans la littérature et sensible à ce qui émerge du terrain. Le cadre d'analyse reflète autant les éléments attendus à partir du cadre théorique que les préoccupations exprimées directement par les participants.

L'analyse est présentée dans ce rapport en mettant en lumière les résultats selon deux regards : la résilience clinique et la vulnérabilité organisationnelle. Ces résultats sont présentés en chapitre 4 et permettent une lecture comparative des deux types de résilience selon les 5 compétences de la résilience. La discussion, en chapitre 5 permet un retour sur cette comparaison.

Figure 17 – Grille de codage simplifiée

CATÉGORIES D'ANALYSE		ÉLÉMENTS D'ANALYSE	CITATIONS		
SOUS-CATÉGORIES			CRISES MED.	CRISES ORG.	TRANSVERSALE
RÉSILIENCE	Anticipation	- Préparation, veille, planification, anticipation du risque - Capacité à encaisser un choc sans désorganisation, à tenir bon - Retour à l'équilibre, stabilisation, récupération post-crise - Ajustements, flexibilité, changement de pratique, adaptation locale - Post-mortem, réflexivité, amélioration continue, ajustements systémiques			
	Absorption				
	Rétablissement				
	Adaptabilité				
	Apprentissage				
TRAVAIL	Processus et protocoles partagés	- Existence formelle / Absence / Contournement / Application partielle - Expertise formelle / Savoirs expérientiels / Autoefficacité perçue - Ajustements locaux / Tensions / Zones grises			
	Formation et expertise				
	Décalage prescrit-réel				
CULTURE	Entraide et soutien mutuel	- Sentiment de sécurité / Soutien émotionnel - Ententes non verbalisées / Coordination spontanée / Répartition des rôles			
	Coordination implicite ou explicite				
GOVERNANCE	Leadership local	- Leadership distribué / Leadership absent / Leadership reconnu ou contesté - Latitude décisionnelle / Initiative bloquée / sentiment d'autonomie / pouvoir décisionnel - Flou / Conflit d'autorité / Responsabilités diffuses			
	Pouvoir d'agir				
	Clarté des rôles décisionnels				

A REMPLIR LORS DE L'ANALYSE

Mise en application

Par les choix méthodologiques qui ont été faits dans le cadre de ce projet de recherche, ce ne sont pas toutes les entrevues qui ont été enregistrées. Ainsi pour l'ensemble des participants ayant fait une entrevue semi-dirigée (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P18) une retranscription complète du verbatim a été effectuée permettant d'en tirer un nombre beaucoup plus grand d'extraits que pour les autres participants où certains verbatims furent pris en note, mais où les majeures parties sont des notes manuscrites que j'ai réalisées. Ainsi, les extraits tirés directement des participants en entrevues flash ont été intégrés dans le verbatim analysé, mais la plupart des données tirées de ces entrevues sont plutôt du matériel permettant de bonifier l'analyse et ma compréhension du sujet. Une fois les verbatim nettoyés, j'ai pu les codifier à l'aide d'une liste de code présentée au tableau 4.4. Les enregistrements ont été écoutés plus d'une fois pour assurer une représentation fidèle des propos et de leur interprétation lors de l'assignation des codes aux données brutes.

3.5 LIMITES ET BIAIS DE LA MÉTHODOLOGIE

Notre question de recherche s'ancre dans un contexte complexe et pour y répondre, certains choix méthodologiques ont dû être faits. Malgré le fait que je porte une confiance envers ces choix, je suis consciente de certaines limites de ceux-ci. L'idée ici est de les exposer pour que vous puissiez, vous aussi, lire la suite de ce mémoire en les ayant en tête et ainsi pouvoir, jugez, vous aussi, d'un œil critique les analyses et les conclusions qui s'y trouvent.

Validité externe

Le tableau 4.3.3.2 vise à répondre à la question de la validité de l'échantillon en illustrant la représentativité de l'échantillon. Je suis d'avis que celui-ci reflète de manière fidèle la diversité professionnelle de l'unité des soins intensifs pédiatriques du CHU Sainte-Justine. Cela dit, une limite importante réside dans la faible présence du point de vue des assistantes infirmières-chef (AIC). Je n'ai pu échanger qu'avec l'une d'entre elles, dans le cadre d'une entrevue flash. Or, leur perspective aurait été précieuse pour enrichir l'analyse, puisqu'elles occupent un rôle pivot et cumulent souvent une expérience organisationnelle significative sur l'unité.

Validité interne

La méthodologie décrite plus haut présente plusieurs avantages, tant pour répondre à la question de recherche que pour s'adapter aux contraintes du milieu de soins dans lequel l'étude a été menée. Ceci dit, les entrevues flash, bien que justifiées par le contexte, introduisent à mon avis une limite importante en ce qui concerne la profondeur des données recueillies. J'ai clairement ressenti, chez certaines personnes, une réticence à se livrer dans un entretien à la fois très court et mené dans un lieu public. Si c'était à refaire, je chercherais une façon de permettre à tous les participants de prendre part à des entrevues semi-dirigées, planifiées et anonymes, même si elles devaient être plus brèves, afin de favoriser un climat plus propice à la confiance. C'est en fait quelque chose que nous avons cherché à faire dans le cadre de ce projet, mais qui pour des raisons logistiques n'avait pas fonctionné. Si nous avions plus de temps pour la réalisation des entrevues, j'ai confiance que nous pourrions réussir à obtenir des entretiens semi-dirigés pour l'ensemble des participants.

Validité des mesures

Pour assurer la validité des analyses, j'ai mobilisé plusieurs stratégies tout au long du processus de codage et d'interprétation. Les résultats reposent sur une triangulation des sources et des méthodes. Les entretiens semi-dirigés ont été bonifiés avec les observations faites lors d'entrevues flash. Cette diversité de matériaux a permis de croiser des perspectives et de mieux ancrer les analyses dans les réalités de l'unité. La traçabilité entre les données brutes et les codes a été assurée à chaque étape. J'ai veillé à ce que les intitulés des codes soient à la fois clairs, concis, et fidèles à ce que les participants ont exprimé. Pour garantir une application cohérente des codes, chacun a été défini explicitement dans une grille de codage. Bien que le codage ait été réalisé seul, j'ai relu les extraits à plusieurs reprises et vérifié la cohérence des attributions au fil du temps. Le cadre d'analyse a émergé de manière progressive, dans une logique inspirée de la *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1965). Certaines catégories ont été ajustées, précisées ou regroupées à mesure que le matériel s'étoffait. Cette construction itérative a permis de faire évoluer les catégories en lien direct avec le terrain et ainsi d'en maximiser la validité.

J'ai pleinement conscience que mes interprétations sont impactées par ma propre compréhension du terrain. Plutôt que de le nier, cette subjectivité a été assumée comme faisant partie intégrante de l'analyse. Nous revisiterons tout de même la validité des résultats comme tel ainsi les limites et les biais de ceux-ci à la fin de ce mémoire.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

« *En crise médicale, on agit, on sait quoi faire. En crise organisationnelle, on patauge.* »
- **Infirmière de l'USI**

Dans cette section d'analyse des résultats, nous nous intéressons à ;

- i. La manière dont l'unité des soins intensifs du CHU répond aux crises de nature clinique, c'est-à-dire aux situations de détérioration rapide de l'état d'un patient, aux événements critiques imprévus ou encore aux dilemmes éthiques associés à la fin de vie. Ces situations, rappelons-le, font partie intégrante du quotidien des soins intensifs. Ils mobilisent des savoirs cliniques pointus, des dynamiques d'équipe rodées et une capacité à décider vite, souvent dans l'incertitude.
- ii. La manière dont l'unité de soins intensifs répond aux crises de nature organisationnelle, c'est-à-dire aux bouleversements qui affectent la structure, le fonctionnement ou la gouvernance du service. Il peut s'agir d'un déménagement majeur, de changements de direction, de pénuries chroniques, de personnel ou encore d'injonctions contradictoires provenant de l'organisation ou du système de santé. Ces crises, moins visibles que les urgences médicales, déstabilisent pourtant en profondeur le quotidien du travail, la cohésion des équipes et le sentiment d'avoir prise sur son environnement.

L'analyse repose ici sur les cinq compétences de la résilience locale et collective définies dans notre cadre d'analyse et inspiré du *Resilient Health Care* : anticiper, absorber, se rétablir, s'ajuster localement et apprendre collectivement. Chacune de ces compétences est explorée à travers nos trois axes d'analyse: le travail (protocoles, expertise, ajustements), la culture d'équipe (entraide, coordination, normes implicites) et la gouvernance (leadership, marges de manœuvre, légitimité décisionnelle).

Cette section vise à comprendre dans quelle mesure l'unité démontre une capacité de résilience clinique, mais aussi à poser un regard critique sur ses limites. Nous verrons dans cette section une équipe hautement compétente dans la gestion des crises médicales, capable de détecter précocement les signes de décompensation, de mobiliser rapidement des processus rodés, de prendre des décisions partagées et de maintenir une cohérence dans l'action. Cette résilience clinique s'appuie sur une combinaison efficace de protocoles bien maîtrisés, d'une culture d'équipe soudée, et d'un leadership médical reconnu. Toutefois, cette solidité apparente s'accompagne de zones de fragilité plus discrètes : une tendance à banaliser la crise, une faible attention à la dimension émotionnelle du travail, et une forme d'apprentissage centré sur l'efficacité technique plus que sur la réflexivité collective. Ces tensions, qui coexistent avec une grande maîtrise clinique, seront explorées tout au long de cette section. Gardons en tête qu'ultimement nous cherchons à comprendre en quoi l'USI se démarque dans sa gestion de crise médicale et en quoi ces réflexes et manières de faire peuvent être transférable sur le plan organisationnel puisqu'effectivement, nous cherchons parallèlement à comprendre comment une unité reconnue pour sa résilience clinique réagit lorsqu'elle est confrontée à des crises plus floues, plus lentes, et souvent imposées de l'extérieur. Contrairement aux crises médicales, les crises organisationnelles mettent en lumière une résilience plus défensive, fragmentée et usante. Elles révèlent la difficulté à anticiper collectivement, l'usure provoquée par l'adaptation constante, l'absence de véritables espaces de rétablissement, et la quasi-inexistence de mécanismes formels d'apprentissage organisationnel. Si l'unité démontre une grande créativité pour s'ajuster

localement, ces ajustements se font souvent dans un contexte de frustration, de sentiment d'impuissance, et de décrochage progressif de la culture d'entraide. En analysant ces réponses, nous chercherons à cerner les leviers et les blocages de la résilience organisationnelle, mais aussi à comprendre pourquoi les compétences si bien développées face aux crises cliniques peinent à se transposer dans la sphère organisationnelle. Cette tension — entre maîtrise médicale et vulnérabilité structurelle — sera explorée en profondeur dans la section suivante.

4.1 ANTICIPER

Objectif : Détecter les signaux faibles annonciateurs d'une détérioration clinique

4.1.1 AU NIVEAU CLINIQUE : UNE CULTURE DE VIGILANCE ANCRÉE DANS LA ROUTINE

La première compétence d'une équipe résiliente consiste à détecter de manière précoce les signaux faibles annonciateurs d'un déséquilibre ou d'une détérioration à venir. Dans le cas des crises de nature clinique, l'équipe des soins intensifs du CHUSJ semble démontrer une forte capacité à anticiper les situations critiques. Les personnes rencontrées évoquent à plusieurs reprises cette aptitude à « *voir venir* » les décompensations ou les situations médicalement difficiles. Qu'il s'agisse des observations infirmières, des évaluations médicales ou des échanges informels entre collègues, les crises de cette nature sont rarement perçues comme soudaines ou imprévisibles. L'USI sait reconnaître les signaux précurseurs d'une crise médicale, comme l'expriment plusieurs participants, « *on le sait que ça s'en vient* » (P2; P3; P4; P8; P12; P16) ou encore « *J'avais déjà un plan A, B, C et même D dans ma tête et j'en avais parlé avec le patron* » (P1). Ce sont des plans qui sont en constante évolution et qui demeurent très connectés avec la réalité du patient, une réalité qui change aux heures, voire aux minutes, une réalité que les professionnels connaissent très bien. Cette capacité d'anticipation est incarnée dans la pratique quotidienne, nourrie par la proximité constante avec les patients, mais aussi par une habileté collective à interpréter ensemble les signaux cliniques, explicites ou non. Ultimement, les résultats démontrent 3 éléments clés qui reviennent systématiquement lorsqu'on parle de cette *culture de vigilance clinique* ou de cette capacité d'anticipation des crises.

- i. Les routines collectives
- ii. La confiance envers les signaux
- iii. L'expertise de les reconnaître et de les prioriser

Les résultats nous poussent à croire que la présence de ces trois éléments est ce qui explique la capacité de l'USI à anticiper la crise. Les routines collectives bien rodées et ancrées dans le fonctionnement de l'unité contribuent à ce sentiment de confiance envers les signaux. L'aspect collectif des routines permet aussi une lecture commune, conjointe et « *cohérente* » des signaux. Alors que le volet de la confiance amène ce sentiment du collectif et d'être « *backé* » par ces collègues dans une prise de décision éventuelle, le volet formation et expertise est souvent soulevé pour parler du sentiment d'autoefficacité et de « *contrôle* » ultimement, l'ensemble de ces facteurs permet à l'USI, oui de détecter les signaux, mais je crois que les résultats relèvent

une capacité encore plus fondamentale dans la capacité d'anticipation ; la confiance envers ces signaux, une confiance construite à la fois individuellement et collectivement.

Les routines collectives

Une unité de soins est bâtie sur une série de routines et de protocoles médicaux qui permet ultimement, de maintenir les patients en vie, l'USI ne fait pas exception à ce niveau-là. Il existe plusieurs routines entourant chaque patient qui permet aux équipes d'observer les signaux du patient et ainsi contribue à cette anticipation du risque. Trois routines quotidiennes sont sorties quasi systématiquement dans les discussions : *la tournée médicale* ; *la réunion médicale quotidienne* ; *la prise des signes vitaux*.

- **La tournée médicale** : Routine quotidienne et multidisciplinaire qui implique de faire une tournée de tous les patients de l'unité avec l'équipe soignante. Suite à la tournée, un plan est établi pour les prochaines 24h pour chacun des patients. Cette routine permet la mise à jour constante de l'information et l'ajustement des scénarios. Elle permet aussi une circulation cohérente d'information et aide l'équipe dans la prise en charge collective du patient.
- **La réunion médicale** : Routine quotidienne qui implique l'équipe médicale (les intensivistes). Celle-ci permet une discussion sur chaque patient, souvent de nature plus complexe. Tous les intensivistes de l'équipe y sont invités, qu'ils soient de garde ou pas. Cette rencontre permet d'augmenter le sentiment de « *collégialité* » et ainsi la « *cohérence* » de la prise en charge.
- **La prise des signes vitaux** : Les infirmières, elles sont constamment au chevet du patient et ont une routine d'évaluation des signes vitaux à la chaque heure. Bien que cette routine soit de nature plus individuelle, elle permet de nourrir les autres rencontres.

« *Le processus est toujours le même* », nous partage une infirmière, « *c'est rassurant, tu sais qui vas-y avoir la tournée médicale, tous les jours peu importe* ». Ce sentiment semble partagé par plusieurs qui trouvent un certain réconfort dans l'idée d'avoir des processus collectifs qui soient si bien ancrés dans le quotidien de l'unité. Sur l'USI ont traite les patients comme les patients de l'unité « *on sait qu'éventuellement il y a un autre médecin qui va finir par être dans la prise en charge de ce patient-là, c'est pas juste mon patient* ». Cette manière de voir les patients a entre autres forgé les routines en place et par le fait même alimenté l'idée que les signaux sont une responsabilité collective. La nature même des rôles infirmiers versus médecin contribue aussi à cette responsabilisation. L'infirmier étant « *toujours au chevet du patient* » a accès à une quantité de signaux auquel le médecin n'a pas accès. C'est dans les processus en place et dans la routine attribuée à ceux-ci que ces informations sont échangées, analysées et intégrées.

La confiance envers les signaux

Le deuxième élément clé de notre trilogie est la capacité de « *faire confiance en ton intuition médicale, mais aussi en celles de tes collègues* ». Cette confiance envers « *l'intuition* » comme nous le disent les participants vient beaucoup de cette reconnaissance des signaux, de leur interprétation et du sentiment d'autoefficacité associés. Les infirmières interrogées affirment aussi que la qualité de leurs évaluations des signes vitaux est ce qui confère entre autres la capacité

d'anticipation de l'équipe ; « *La majorité du temps, on le voit venir parce que les évaluations qu'on fait c'est tellement sur la coche qu'habituellement, on le voit que ça va moins bien.* ». L'USI est aussi une unité fortement « *data oriented* » qui fait confiance en la donnée et la mobilise beaucoup dans la prise de décision et la prévention clinique. L'ensemble des données qui entourent le patient sont collectées et stockées (moniteurs, ventilateurs, etc.) et une certaine confiance collective en celle-ci s'est installée.

L'expertise de les reconnaître et de les prioriser

La formation reçue et la manière dont les membres de l'équipe ont été « *formé à faire des soins intensifs* » sont aussi un élément clé qui participe à la force d'anticipation de l'équipe. Plusieurs soulignent la capacité, développée avec le temps, qu'on les personnes aux soins intensifs de « *prioriser les enjeux* », « *voir les priorités, les besoins et identifier les urgences* » et de « *faire preuve d'esprit de synthèse* ». Ces compétences sont, selon plusieurs, inhérentes au travail effectué sur l'USI et contribue à la capacité d'anticipation, mais aussi à cette capacité qu'à l'équipe de demeurer dans un état constant de vigilance sans tomber dans l'hypervigilance, un état épuisant et non productif pour le travail qui doit être réalisé.

Une note importante à soulever est la banalisation même de ces crises. La capacité de l'USI à anticiper l'arrivée des crises médicale amène une certaine normalisation généralisée des crises de cette nature. Pour plusieurs, une crise est définie par un élément de « *surprise* » (P4) quelque chose qu'on « *n'a pas vu venir* » (P2) ou qui « *nous tombe de dessus* » (P11) et ainsi lorsque questionné sur une crise ou une situation de nature médicale, plusieurs se questionnent même sur l'appellation de « *crise* ». Le participant 4 résume bien les sentiments de plusieurs en disant « *Ce n'est pas vraiment une crise, c'est notre travail habituel* ». Ce sentiment semble en phase avec la littérature sur les HRO (*High reliability organisations*) qui opèrent effectivement dans cet état de pression constante et qui se doivent d'y demeurer stables. Cette « *banalisation* » généralisée, bien qu'elle vienne au prix d'une fatigue humaine certaine, est inhérente à la culture des soins intensifs qui ne pourraient pas fonctionner si chaque incident médical était traité comme un évènement hors de l'ordinaire en déstabilisant l'équipe. C'est d'ailleurs ce qui nous mène à la seconde compétence de l'équipe résilience, soit cette capacité à absorber la crise sans déstabiliser l'équipe.

EN BREF ...

Figure 18– Résumer de l'analyse de l'anticipation

ANTICIPER, UNE CULTURE DE VIGILANCE ANCRÉE DANS LA ROUTINE

FACTEURS DE RÉSILIENCE OBSERVÉS	EXTRAITS ILLUSTRATIFS	CE QU'IL FAUT EN RETENIR
Les routines collectives	« Le processus est toujours le même, c'est rassurant, tu sais qui va y avoir la tournée médicale, tous les jours peu importe » « on sait qu'éventuellement il y a un autre médecin qui va finir par être dans la prise en charge de ce patient-là, ce n'est pas juste mon patient ».	• Routines collectives solides (tournées, réunions médicales, signes vitaux). • Confiance individuelle et collective envers les signaux faibles. • Haut niveau d'expertise et de priorisation clinique. • Culture de vigilance qui repose sur une lecture collective des signaux et un sentiment de "contrôle partagé."
La confiance envers les signaux	« faire confiance en ton intuition médicale, mais aussi en celles de tes collègues » « La majorité du temps, on le voit venir parce que les évaluations qu'on fait c'est tellement sur la coche qu'habituellement, on le voit que ça va moins bien. ».	
L'expertise de les reconnaître et de les prioriser	« Évaluer et prioriser, c'est ça un peu ce qu'on fait, c'est peut-être pour ça qu'on est bon dans les situations de crise » « Dans notre formation ce qu'on a appris à développer, c'est notre façon de prioriser les enjeux, puis notre esprit de synthèse. C'est comme ça qu'on a été formés à faire des soins. »	

4.1.2 AU NIVEAU ORGANISATIONNEL : MANQUE DE CADRE POUR DÉTECTER ET AGIR SUR LES SIGNAUX

Plusieurs crises organisationnelles auraient pu être anticipées. C'est une idée qui revient fréquemment dans les entretiens : « *on l'a vu venir* », dit-on à propos de l'exode de personnel infirmier ou de la détérioration des conditions de travail, mais « *on n'a pas forcément réagi à temps* ». Ce constat, généralisé lorsqu'on parle des crises organisationnelles, nous démontre notamment que l'USI est capable de détecter les signaux, mais a plus de difficulté à réagir face à ceux-ci. Bref, le constat majeur c'est que l'anticipation est partiellement présente sur l'unité, souvent de manière intuitive ou réactive. Certaines crises étaient prévisibles, mais peu prises au sérieux à temps. Les signaux sont souvent perçus individuellement, mais ils ne remontent pas, ou trop tard. Il faut parfois atteindre un point de rupture, un sit-in, des vagues de départs, une crise ouverte, pour que l'organisation réagisse. Comme le résume une médecin : « *Ça me surprend quand on a des sit-in, je dis ouhh... on se comprend pas, on s'écoute pas. C'est quelque chose qui est dommage parce qu'on devrait le voir venir.* » Derrière cette phrase se dessine un constat assez clair, celui que l'unité n'est pas outillée pour faire émerger un regard collectif sur les signaux faibles. Le sentiment général est que l'intuition est là, mais qu'il manque un cadre pour transformer cette intuition en alerte partagée. Même lorsqu'un malaise est ressenti, il est difficile de savoir « *comment l'interpréter* » ou « *à quel moment ça devient grave* ». C'est encore plus vrai pour les tensions qui s'installent lentement, comme l'érosion de l'engagement ou la perte de sens. Ces signaux sont banalisés, normalisés ou simplement ignorés, non pas par manque d'intérêt ou par mauvaise volonté, mais par manque de cadre clair pour les interpréter et agir dessus.

La difficulté à interpréter les signaux

Ce n'est pas tant l'absence de signaux qui pose problème dans les crises organisationnelles, mais plutôt la difficulté à leur faire confiance et à bien les interpréter. Les tensions sont souvent

perceptibles à bas bruit : l'ambiance change, les gens décrochent, les silences s'installent, les discussions deviennent plus tendues. Pourtant, ces signaux ne sont pas facilement reconnus comme tels. Ils restent ambigus, diffus, souvent ressentis de manière individuelle sans être partagés ni discutés collectivement. Sur l'unité de soins intensifs, on est habitué à se fier à des données tangibles, à des indicateurs clairs comme les signes vitaux. C'est un environnement où les réflexes cliniques sont bien entraînés, où les indices subtils peuvent rapidement prendre un sens précis. Mais dans la sphère organisationnelle, les signaux sont d'une autre nature : ce sont des ressentis, des impressions de décrochage, des fatigues mal exprimées, des comportements qui changent sans que l'on sache s'ils annoncent un problème plus large. Ces signaux, bien qu'ils soient là, sont moins facilement interprétables, moins outillés, et souvent relégués à l'arrière-plan.

Ce contraste entre la gestion des crises médicales et celle des crises organisationnelles est frappant. Dans les situations cliniques, on accorde beaucoup de valeur à l'intuition professionnelle, à ce « *feeling* » que quelque chose ne va pas. L'intuition fait partie de l'expertise. En contexte organisationnel, c'est tout l'inverse : ces mêmes impressions, pourtant fondées sur l'expérience du terrain, peinent à être validées comme légitimes. Il n'existe pas de langage commun pour les nommer ni d'espace structuré pour les faire circuler.

Et même lorsqu'on tente d'objectiver ces signaux, le décalage entre les données disponibles et la réalité perçue reste important. Un exemple parlant est celui des indicateurs de ressources humaines, récemment intégrés dans les tableaux de bord de soins. Une personne raconte : « *On le sait d'avance combien de personnes il va y avoir demain, dans les chiffres, mais ça aide pas plus à savoir que ce week-end va être difficile.* » Les chiffres sont là, mais ils ne disent rien de l'ambiance, de la dynamique d'équipe, de l'état émotionnel des soignants. On continue à regarder les mauvais signaux, ou du moins à leur accorder trop de poids au détriment de ce qui se vit réellement. Ce problème d'interprétation peut persister même face à des signaux forts. Une médecin raconte à quel point l'exode massif d'infirmières a été mal compris par l'équipe médicale : « *Ça a été long avant qu'on comprenne, ou réalise que les gens quittaient. On ne comprenait pas pourquoi.* » Autrement dit, même des mouvements de fond visibles et répétés peuvent passer sous le radar ou être mal interprétés tant qu'il n'existe pas de lecture collective structurée de ce qui se joue. Au fond, l'unité ne manque pas de vigilance, elle manque de cadres pour nommer, discuter et donner du sens à ce qui est ressenti. Tant que ces ressentis resteront individuels, discrets ou invisibles dans les indicateurs formels, ils continueront d'échapper à l'anticipation.

Le manque de routines formel pour les identifier et prendre action

Même si certains signaux sont perçus et que, dans certains cas, leur interprétation s'affine, il manque une structure pour les faire exister collectivement. Ce n'est pas seulement une question de vigilance individuelle, mais bien de cadres de travail partagés qui permettraient d'identifier, de discuter, et d'agir sur ces signaux avant qu'ils ne dégénèrent. Actuellement, il n'existe pas vraiment de routine qui soit systématique et collective pour faire le point sur l'état organisationnel de l'unité. Aucun moment formel où l'on pourrait se demander : *Est-ce que ça va? Est-ce qu'on sent une tension? Est-ce que quelque chose est en train de se détériorer?* Ce vide rend la vigilance collective difficile à structurer. Tout repose sur des perceptions individuelles, parfois partagées à l'informel, parfois gardées pour soi, sans qu'un espace ou un mécanisme ne vienne

les agréger ou les transformer en action. Une métaphore souvent implicite dans les discours est celle du contraste avec le cadre clinique : en médecine, la tournée quotidienne existe qu'il y ait ou non des signes inquiétants. Elle est systématique, intégrée, attendue. À l'inverse, dans la sphère organisationnelle, rien n'est prévu si on ne sonne pas l'alarme. C'est une logique fondamentalement réactive : on attend que ça déborde pour s'en occuper.

Ce manque de régularité dans l'attention portée au climat de travail laisse le terrain libre à l'accumulation silencieuse de tensions. Il n'y a ni boucle de rétroaction formelle, ni processus de check-in, ni espaces prévus pour discuter collectivement de ce qui dérange. Comme le résume bien une professionnelle, « *on a rien de constant, de routinier* ». Résultat : chacun ressent « *que ça ne va pas* », mais personne ne sait vraiment comment le nommer, à qui en parler, ni quoi faire avec ce sentiment. Ce vide organisationnel renforce l'idée que l'anticipation repose davantage sur l'intuition de quelques-uns que sur un véritable système partagé. Les crises surviennent alors dans un climat où les signaux avaient été perçus, mais jamais connectés entre eux, jamais transformés en déclencheurs d'action. Rien ne les relie, rien ne les active. Ce n'est pas tant une question de volonté ou de vigilance personnelle, mais de manque de processus clairs pour faire circuler et légitimer ces signaux.

Cela ne signifie pas qu'il faille tomber dans une hypervigilance permanente. Plusieurs personnes ont souligné l'importance de ne pas « *suranalyser* » chaque malaise ou chaque friction. Il ne s'agit pas de créer une culture de la plainte, mais plutôt de reconnaître que certaines pratiques, même simples, peuvent prévenir bien des incompréhensions. Par exemple, le fait de nommer les choses clairement, de dire ce qui s'en vient apaise les rumeurs et le "*bla-bla de corridor*", selon les mots de plusieurs participants.

Ce que la clinique a su construire, une rigueur dans l'observation, un cadre de discussion partagé, une routine de vérification, manque cruellement à la gestion des tensions organisationnelles. Sans routine, la détection reste aléatoire, et l'action, tardive. Et surtout, l'absence de cadre collectif transfère la responsabilité sur quelques épaules. En l'absence de routine partagée ou de processus d'observation distribué, ce sont souvent les personnes en posture de leadership, chefs d'unité ou autres figures d'autorité, qui doivent porter seuls la charge de « *scanner* » l'équipe, d'identifier les signaux faibles, d'anticiper les débordements. Ce rôle, pourtant central, devient alors une pression silencieuse : *si personne ne voit venir ou personne n'en parle, c'est à toi de voir*.

Or, l'anticipation est rarement optimale lorsqu'elle repose sur une seule ou quelques personnes. Pour qu'elle soit durable et pertinente, elle doit être une capacité collective. Elle nécessite des boucles de rétroaction, des moments pour faire le point, des espaces de discussion où les signaux peuvent circuler, se croiser et s'interpréter à plusieurs. En ce sens, le défi n'est pas uniquement technique, mais profondément organisationnel : il s'agit moins de former de meilleurs leaders que de construire un environnement où l'anticipation ne repose pas uniquement sur eux.

Notons quand même qu'il existe des exemples d'anticipation et de préparation plus rigoureuse, un exemple souvent cité ici est le déménagement de l'unité. Des simulations ont été organisées, des efforts de planification ont été déployés. Ce type de perturbation, parce qu'il est concret,

ponctuel et clairement identifié, déclenche des réflexes de gestion du changement plus classiques. On observe donc que la capacité d'anticipation est là, mais qu'elle se manifeste essentiellement lorsque la crise est « *visible* » : un événement structuré, avec une date, un enjeu logistique, une cible précise. Mais les crises de nature organisationnelles, comme nous l'avons vu plus tôt, ne se manifestent pas toujours, voir rarement comme ça. Pour les tensions plus floues, plus diffuses, cette capacité s'efface. Les crises émergentes sont moins prises au sérieux, ou perçues comme trop ambiguës pour justifier une action coordonnée et souvent, la vigilance retombe.

EN BREF ...

Figure 19 – Résumé de l'analyse de l'anticipation

ANTICIPER, MANQUE DE CADRE POUR DÉTECTER ET AGIR SUR LES SIGNAUX		
FACTEURS DE RÉSILIENCE OBSERVÉS	EXTRAITS ILLUSTRATIFS	CE QU'IL FAUT EN RETENIR
La difficulté à interpréter les signaux	« On le sait d'avance combien de personnes il va y avoir demain, dans les chiffres, mais ça aide pas plus à savoir que ce week-end va être difficile. » « Ça a été long avant qu'on comprenne, ou réalise que les gens quittaient. On ne comprenait pas pourquoi. »	L'anticipation organisationnelle est faible : bien que les équipes perçoivent les tensions à venir, les mécanismes permettant d'en discuter, de s'y préparer collectivement ou d'en informer la gouvernance sont rares. Les outils existants n'offrent qu'une réponse partielle et réactive face aux signaux faibles en lesquels les équipes ont très peu confiance.
Le manque de routines formel pour les identifier et prendre action	« on a rien de constant, de routinier ». le fait de nommer les choses clairement, de dire ce qui s'en vient, apaise les rumeurs et le "bla-bla de corridor"	

4.2 ABSORBER

Objectif : Encaisser le choc de la crise sans désorganiser le système

4.2.1 AU NIVEAU CLINIQUE : UN PROCESSUS DÉCISIONNEL CLAIR ET UNE CAPACITÉ À SE RALLIER AU GROUPE

« *C'est sûr que si on le voit venir, c'est plus facile d'agir* » nous dit une infirmière et c'est effectivement vrai. La capacité d'anticiper donne certainement un avantage à l'USI quand vient le temps d'absorber la crise. Cependant, il serait faux de dire que toutes les équipes qui anticipent une crise l'absorbent ensuite dans le système sans le désorganiser. Cela dit, l'USI a une capacité remarquable d'absorption si on considère, justement, que l'absorption est cette capacité d'encaisser un choc ou un événement en maintenant une stabilité dans le système. L'une des caractéristiques de l'unité qui s'avère cruciale pour assurer l'absorption est le processus décisionnel qui entoure les crises de nature médicales. Ce processus décisionnel repose, non pas sur une routine bien établie et systématique telle que nous l'avons vu dans l'anticipation, mais plutôt sur les caractéristiques inhérentes à la nature des soins intensifs, à la clarté dans les rôles et pouvoirs décisionnels entourant la prise en charge du patient, mais également en la confiance et la reconnaissance des expertises allouée aux membres du groupe.

La nature des soins intensifs

Un des éléments qui rend l'USI si solide face aux crises cliniques, c'est la posture et la nature même du rôle d'intensivistes. Leur manière d'aborder la crise donne une direction claire à l'équipe. Leur rôle, au cœur du système, est justement d'absorber l'incertitude. Ils sont formés, entraînés et habitués à faire le tri, à synthétiser, à décider. Comme le dit l'un d'eux : « *Évaluer et prioriser, c'est ça un peu ce qu'on fait, c'est peut-être pour ça qu'on est bons dans les situations de crise* ». Ce qui est frappant, c'est à quel point cette capacité à absorber ne repose pas uniquement sur les outils ou les protocoles, mais sur un entraînement cognitif et une posture réflexive. « *On enlève toutes les facteurs externes qui nuisent un peu à la perception du tableau global du patient. Et puis ça nous permet de focaliser puis de prendre des décisions* », explique un médecin. Cette manière de faire abstraction du bruit, de s'ancrer dans les priorités, de trancher malgré l'incertitude, est profondément ancrée dans leur pratique quotidienne, dans leur approche, mais aussi et nous le verrons, dans leur processus décisionnel.

Cette posture, aussi solide soit-elle, ne serait pas aussi efficace sans le lien qu'ils entretiennent avec les autres membres de l'équipe. Leur autorité ne repose pas sur le statut, mais sur une reconnaissance mutuelle des compétences. Leur leadership est assumé, mais inclusif. « C'est vraiment le travail d'équipe et le fait qu'il y ait des, des simulations, des pratiques pour entretenir cette facilité de travailler ensemble, et c'est très important ». Cette phrase traduit bien à quel point l'absorption passe aussi par la cohérence humaine : celle d'une équipe qui sait à qui faire confiance, même quand la pression monte. Cette force d'équipe et la reconnaissance des expertises de chacun sont inhérentes aux soins intensifs. Les médecins nous l'ont dit en entrevue « *on n'est pas experts de tout, mais on est bon pour avoir la vue d'ensemble* » et cette posture humble requiert un travail d'équipe immense qui leur permet justement d'absorber le choc avec un minimum d'effet indésirable sur l'ensemble du système.

Le processus décisionnel et la clarté des rôles et des responsabilités

L'absorption des chocs médicaux à l'USI repose sur un processus décisionnel à la fois fluide et ancré dans la réalité du terrain. Il ne s'agit pas de protocoles rigides ni de procédures formelles, mais plutôt d'une dynamique décisionnelle incarnée par la clarté des rôles, la reconnaissance des expertises et un sens aigu du pragmatisme. « *Quand on gère une crise médicale, on est capable d'assumer un rôle de leadership, puis de prendre des décisions* », affirme simplement un médecin. Et en effet, ce leadership n'est pas autoritaire, mais structurant : il permet d'orchestrer les décisions dans un climat de confiance et d'alignement rapide.

Ce qui émerge des entretiens, c'est une capacité à faire converger les points de vue dans l'urgence, sans tomber dans la confusion. Loin d'agir seul, l'intensiviste agit comme un catalyseur. Une médecin résume bien cette posture : « *Pour mettre tout le puzzle ensemble, on ne peut pas avoir des conversations de corridor individuelles. Ce qu'on fait, c'est qu'on ramène les gens à se parler. Ce n'est absolument pas moi l'experte de la pathologie principale du patient. J'ai une partie, mais j'ai besoin d'écouter les experts s'expliquer entre eux. Puis après ça, c'est moi qui finis par être capable de les amener vers un processus de décision qui a du sens, puis vers un consensus. Parce que notre rôle, c'est d'être capable d'identifier les grosses questions et les*

décisions à prendre. ». La légitimité de ce rôle repose justement sur cette reconnaissance des autres expertises. Personne ne semble agir en silo au niveau d'une réponse à une crise médicale. La décision est portée par une compréhension partagée des enjeux, où chacun apporte une pièce du casse-tête. Et si les rôles sont clairs, c'est aussi parce qu'ils sont assumés dans un esprit de collaboration : chacun sait quand intervenir, quand se retirer, et surtout à qui faire confiance. Dans les moments critiques, cette confiance dans le processus, cette discipline implicite dans la circulation de l'information et cette humilité face à la complexité permettent d'agir vite, et surtout, d'agir ensemble.

Une infirmière m'a raconté une situation qui l'a profondément marquée, survenue dans un contexte de fin de vie particulièrement complexe. La patiente était dans un état critique depuis des semaines et son pronostic neurologique était incertain. Toute l'équipe savait depuis un moment que l'issue serait fatale, mais la situation s'éternisait, pesant lourdement sur les soignants et sur la famille. Ce dimanche-là, sentant que l'équipe était à bout, l'intensiviste a rassemblé tout le monde dans la salle de repos. Il a pris l'initiative de diviser le groupe pour que chacun puisse s'exprimer, poser ses questions, comprendre les choix. Il a exposé sa décision, calmement, avec le fellow, expliquant les raisons du refus d'aller vers une trajectoire active de traitement. Même si tous n'étaient pas d'accord, chacun a compris. Et surtout, chacun s'est rallié. L'infirmière souligne que cette manière de faire, claire, assumée, inclusive, a apaisé l'équipe. Ce n'était pas l'absence de désaccord, mais la qualité du processus décisionnel qui a permis à tous d'avancer ensemble. Elle dit : *« Je n'étais pas nécessairement d'accord, mais je comprenais. Puis on y est allé. »* Pour elle, c'est un exemple éloquent de la façon dont, en soins intensifs, l'absorption d'une crise passe par une prise de décision structurée, incarnée, et portée collectivement.

La capacité de se rallier au groupe

Comme le démontre l'exemple partagé par l'infirmière, l'USI possède une capacité impressionnante à se rallier à une décision commune, même en cas de désaccord initial. C'est d'ailleurs l'un des marqueurs les plus nets de la maturité décisionnelle de l'unité. *« On doit trouver un consensus. Ça, c'est une des grosses forces aux soins intensifs. On a toujours réussi à se rallier à l'équipe, à la décision d'équipe »*. Dans les moments critiques, cette aptitude à se regrouper derrière une orientation claire semble agir comme un filet stabilisateur : elle évite les divisions, renforce la confiance, et permet à l'équipe d'absorber collectivement le poids des décisions complexes.

Ce qui ressort fortement des entretiens, c'est que ce ralliement ne se fait pas à contrecœur, mais plutôt sur la base d'une confiance profonde dans les compétences, les jugements et même les intuitions des collègues. *« Des fois, t'as un feeling, puis tu le dis à voix haute... et les autres te suivent. Pas parce qu'ils ont vu la même chose que toi, mais parce qu'ils savent que quand tu dis quelque chose comme ça, c'est qu'il y a quelque chose »*. Cette confiance implicite, fondée sur l'expérience partagée et la connaissance fine des forces de chacun, permet à l'équipe de se synchroniser rapidement, sans avoir besoin de tout justifier à chaque instant. Non seulement cette dynamique renforce la cohésion, mais elle devient aussi un prérequis à la prise de décision dans des contextes éthiquement lourds. Le consensus n'est pas ici un compromis mou, mais une

manière d'alléger le poids individuel des décisions en les inscrivant dans une responsabilité collective.

Ultimement, l'absorption ne tient pas seulement à des procédures bien huilées, mais à une culture profondément enracinée de la décision partagée, la confiance clinique et la reconnaissance des expertises. Elle s'incarne dans des gestes et dans des relations qui sont vécues au quotidien sur l'unité.

Les résultats montrent effectivement que le rôle et les compétences inhérentes de l'intensiviste l'outillent pour absorber les chocs, mais qu'ultimement, le processus de décision collectif et la capacité à faire groupe dans l'urgence sont ce qui rend l'unité si résiliente face aux crises médicales. La citation suivante d'un médecin de L'USI recense bien ce sentiment la compétence d'absorption de l'USI par rapport aux crises médicale ; *« C'est plus facile pour nous de gérer des crises médicales où on est capable de justifier notre prise en charge, nos processus de décision nous mènent à des décisions avec lesquels on est relativement confortable, qui sont soutenus par le groupe. Le groupe prend la décision, il y a une certaine démarche et on se sent soutenu. »*

EN BREF ...

Figure 20 – Résumé de l'analyse de l'absorption

ABSORBER, UN PROCESSUS DÉCISIONNEL CLAIR ET UNE CAPACITÉ À SE RALLIER AU GROUPE

FACTEURS DE RÉSILIENCE OBSERVÉS	EXTRAITS ILLUSTRATIFS	CE QU'IL FAUT EN RETENIR
La nature des soins intensifs	« Évaluer et prioriser, c'est ça un peu ce qu'on fait, c'est peut-être pour ça qu'on est bon dans les situations de crise » « On enlève toutes les facteurs externes qui nuisent un peu à la perception du tableau global du patient. Et puis ça nous permet de focuser puis de prendre des décisions » « on n'est pas experts de tout, mais on est bon pour avoir la vue d'ensemble »	• Processus décisionnel clair, fluide, inclusif. • Leadership médical humble mais structurant. • Reconnaissance mutuelle des expertises.
Le processus décisionnel et la clarté des rôles et des responsabilités	« Quand on gère une crise médicale, on est capable d'assumer un rôle de leadership, puis de prendre des décisions » « Pour mettre tout le puzzle ensemble, on ne peut pas avoir des conversations de corridor individuelles. Ce qu'on fait, c'est qu'on ramène les gens à se parler. Ce n'est absolument pas moi l'experte de la pathologie principale du patient. J'ai une partie, mais j'ai besoin d'écouter les experts s'expliquer entre eux. Puis après ça, c'est moi qui finis par être capable de les amener vers un processus de décision qui fait du sens, puis vers un consensus. Parce que notre rôle, c'est d'être capable d'identifier les grosses questions et les décisions à prendre. »	• Capacité à se rallier rapidement autour d'une décision, même en cas de désaccord. • Forte culture de collaboration et sentiment d'être "soutenu par le groupe."
La capacité de se rallier au groupe	« On doit trouver un consensus. Ça, c'est une des grosses forces aux soins intensifs. On a toujours réussi à se rallier à l'équipe, à la décision d'équipe ». « Je n'étais pas nécessairement d'accord, mais je comprenais. Puis on y est allé. » « Si on a un consensus entre nous, on va le présenter au consensus de l'équipe. Et ça, ça aide énormément ».	« C'est plus facile pour nous de gérer des crises médicales où on est capable de justifier notre prise en charge, nos processus de décision nous mène à des décisions avec lesquels on est relativement confortable, qui sont soutenus par le groupe. Le groupe fait la décision, il y a une certaine démarche et on se sent soutenu. »

4.2.2 AU NIVEAU ORGANISATIONNEL : ENCAISSER LES CHOCS, MAIS À QUEL PRIX ?

Dans les périodes de turbulence organisationnelle, l'unité de soins intensifs démontre une réelle capacité à encaisser les coups. Mais cette capacité repose avant tout sur la résilience des individus, leur endurance, leur *« conscience professionnelle »*, leur capacité à *« tenir bon »* quand

les repères s'effritent. Comme le formule une participante: « *On parle de résilience, mais parfois, c'est juste qu'on n'a pas le choix.* » Ce n'est pas une réponse structurée ou organisée, mais plutôt une manière de faire face, portée par l'urgence de continuer, la loyauté envers les collègues, et une forme de pression morale à « *ne pas laisser tomber* ». Cette force d'absorption, bien que présente, n'est ni systématisée ni distribuée collectivement. Ce sont les personnes, et non les processus, qui amortissent les chocs. Loin d'une coordination ou d'un mécanisme d'absorption formel, on observe des réactions immédiates, spontanées, souvent isolées, qui permettent de maintenir le service à flot... sans pour autant garantir la stabilité du système. « *On continue, mais on patch des trous* », résume un participant. Cette image revient souvent dans les récits : celle d'un système qui tient, mais au prix de réparations temporaires, bricolées au fil des urgences, sans plan d'ensemble. Et même quand le pire semble évité, le sentiment d'instabilité demeure, alimenté par l'absence d'un soutien organisationnel plus large. Une participante l'exprime ainsi : « *Il faut arrêter de nous dire qu'il n'y a pas de crise. Là, on est encore en crise, on est out le temps en crise.* »

Bref, si l'on définit la capacité d'absorption comme l'aptitude d'un système à encaisser une perturbation sans se désorganiser, plusieurs éléments semblent ici faire défaut. L'unité encaisse, oui, mais au prix de tensions internes, d'une fatigue croissante, et d'une désorganisation latente. Des tensions émergent entre équipes, avec d'autres services, avec la hiérarchie. Une participante décrit comment « *on s'adapte, mais à des prix quand même énormes* », évoquant les chirurgiens mécontents, les patients redirigés ailleurs, et les relations interéquipes fragilisées. L'unité absorbe, mais le choc se répercute en aval et en amont.

Autrement dit, la capacité d'absorption de l'USI existe, mais elle est majoritairement informelle, inégalement répartie, et peu soutenue par des structures pérennes. Deux facteurs issus des entrevues semblent contribuer à cette dynamique : Des ajustements dispersés, mais pas forcément structurants et une dépendance forte au leadership local pour amortir les chocs.

Des ajustements dispersés, mais pas forcément structurants

Face aux crises organisationnelles, les équipes mettent rapidement en place des ajustements. On revoit les horaires, on redistribue les tâches, on s'arrange entre collègues pour combler les absences, on improvise des façons de faire « qui fonctionnent pour maintenant ». Ces gestes sont nombreux, concrets, souvent efficaces à très court terme. Ils s'inscrivent dans ce que plusieurs appellent « les petits trucs sur lesquels on a du pouvoir », c'est-à-dire les marges de manœuvre locales, là où il reste un peu de prise. Mais ces ajustements sont rarement pensés comme partis d'un système. Ils émergent dans l'urgence, se superposent aux pratiques existantes, puis disparaissent une fois la tension redescendue. Autrement dit, on s'adapte dans l'action, sans formalisation, sans nécessairement faire de retour collectif. Une participante parle de « *mini choses* » mises en place ici et là, mais qui ne s'inscrivent pas dans une stratégie d'ensemble. On agit là où ça brûle, sans prendre le temps de revoir la structure. Notons que ce n'est pas par manque de volonté, mais simplement que l'abondance de crise médicale et le « train train du quotidien » prime souvent sur de telles actions plus longs-termes.

Le déménagement est un bon exemple de cette logique. Plusieurs mentionnent qu'il a fallu absorber une transformation majeure (passer d'une logique de 4 patients par chambre à des chambres individuelles changeait complètement la manière de faire des infirmières), mais sans véritable réflexion sur le travail lui-même. Une professionnelle raconte : « *J'ai pas senti qu'il y avait eu une grosse gestion interne... j'ai pas senti qu'il y avait eu restructuration sur la manière qu'on allait travailler.* » Les efforts ont été concentrés sur la logistique : comment déménager les lits, où placer les équipements, comment assurer la continuité clinique. Mais la question du fonctionnement de l'équipe, des pratiques collectives, des outils ou des temps de coordination a été laissée de côté.

Cette manière de faire, réagir rapidement, bricoler des solutions, improviser dans l'action, est valorisée par les équipes, qui y voient une preuve de débrouillardise et de solidarité. Mais elle a ses limites. Ce que les équipes réussissent à maintenir dans l'urgence relève moins d'une capacité d'absorption organisée que d'un réflexe de survie. Et comme tout réflexe, il épuise lorsqu'il devient la seule réponse disponible. En l'absence de processus plus structurés, les mêmes efforts sont à refaire à chaque nouvelle crise. Les bons coups ne sont pas toujours partagés, les idées ne circulent pas, et les leçons ne se transforment pas en apprentissages organisationnels. Il ne s'agit pas ici d'un défaut d'intelligence collective, elle est bien là, dans les ajustements quotidiens, mais d'un manque de structure pour la reconnaître, la capitaliser, l'ancrer.

Un amortissement très dépendant du leadership local

À défaut de processus structurés pour absorber les chocs organisationnels, le leadership local devient l'un des principaux amortisseurs de crise. Ce sont les gestionnaires, chefs d'unité ou figures de confiance qui, par leur posture, leur constance et leur capacité à rassurer, permettent aux équipes de tenir. Quand ces personnes sont présentes, disponibles, capables de mettre des mots sur ce qui se passe, elles jouent un rôle clé de stabilisation. Elles traduisent les décisions venues d'en haut, filtrent les tensions, réorganisent au besoin, valident les émotions, recadrent ce qui est flou. Cette posture fait une réelle différence, comme en témoigne une professionnelle : « *Quand le leadership est là, clair, présent, bienveillant, ça fait toute la différence.* » Ce rôle de tampon est d'autant plus essentiel que les structures collectives font défaut. En l'absence de mécanismes pour encadrer l'absorption à l'échelle du système, c'est sur ces personnes que repose l'essentiel de la charge. Elles doivent percevoir les signaux, anticiper les déséquilibres, protéger les équipes des débordements. Une responsabilité souvent silencieuse, mais bien réelle. Et quand ces figures sont dépassées, absentes ou en difficulté elle-même, il n'y a pas de relais. Toute la stabilité du groupe devient vulnérable. Cette dépendance forte au leadership de proximité introduit une forme d'inégalité dans la résilience. D'une équipe à l'autre, d'une crise à l'autre, les trajectoires varient grandement en fonction de ce qui est aux commandes. Une même équipe, confrontée aux mêmes perturbations, peut vivre une expérience totalement différente si l'une est soutenue par un ou une leader solide, et l'autre non. L'unité ne repose pas sur un filet organisationnel commun, mais sur des personnes clés.

Par ailleurs, cette configuration fragilise aussi les gestionnaires eux-mêmes. Comme le rappelle une participante en évoquant une vague de départs : « *Il y a beaucoup de gens qui sont partis, ce qui a mis un énorme stress sur les gens qui gèrent ça, et sur l'équipe qui restait.* » Le rôle de gestionnaire devient alors celui de celui ou celle « *qui tient* » pendant que le système tremble, sans toujours avoir les outils ni le soutien pour le faire durablement.

Enfin, l'impact du leadership va au-delà de la seule fonction de gestion. La manière dont les gens réagissent est aussi influencée par la dynamique du groupe, la culture locale, et le sentiment d'être soutenu. Comme l'exprime une participante : « *La façon que les gens réagissent est beaucoup influencée par le commun du groupe, par la culture, et par comment le leadership a soutenu l'équipe.* » Cette culture de proximité, lorsqu'elle est bien portée, favorise la résilience. Mais là encore, elle repose souvent sur des pratiques informelles, transmises par l'expérience, rarement formalisées, ni protégées.

Bref, le leadership local fait office de point d'ancrage essentiel dans la réponse aux crises organisationnelles. Il compense, il rassure, il absorbe. Mais en l'absence de relais formel ou de processus collectifs, cette force devient une vulnérabilité. La résilience reste profondément dépendante de la qualité individuelle de certains, plutôt que portée par une organisation conçue pour traverser l'instabilité de manière partagée.

EN BREF ...

Figure 21 – Résumer de l'analyse de l'absorption

ABSORBER, ENCAISSER LES CHOCS, MAIS À QUEL PRIX ?		
FACTEURS DE RÉSILIENCE OBSERVÉS	EXTRAITS ILLUSTRATIFS	CE QU'IL FAUT EN RETENIR
Des ajustements dispersés, mais pas forcément structurant	« les petits trucs sur lesquels on a du pouvoir »	• L'absorption repose avant tout sur les individus et leur débrouillardise. • Le leadership local et la solidarité ponctuelle permettent de « tenir le coup », mais à un coût humain élevé.
Un amortissement très dépendant du leadership local	« Quand le leadership est là, clair, présent, bienveillant, ça fait toute la différence. » « La façon que les gens réagissent est beaucoup influencée par le commun du groupe, par la culture, et par comment le leadership a soutenu l'équipe. »	• Le système n'offre pas de marge de manœuvre organisationnelle en cas de crise. • L'endurance de l'équipe est sollicitée de manière chronique, sans soutien formel « on s'adapte, mais à des prix quand même énormes »

4.3 SE RÉTABLIR

Objectif : Revenir à un niveau fonctionnel après la crise

4.3.1 AU NIVEAU CLINIQUE : PAR UNE VISION COMMUNE ET UN SENTIMENT DE CONFIANCE COLLECTIF

Une équipe capable d'anticiper et d'absorber s'avère hautement adaptable et capable de naviguer dans une instabilité constante. Mais la résilience d'un système ne peut se limiter à la réponse immédiate : encore faut-il qu'il puisse se rétablir. La capacité de rétablissement désigne ici cette aptitude à retrouver un certain équilibre après un épisode de désorganisation, à retomber sur ses appuis pour pouvoir faire face à la prochaine crise. Dans une unité comme les soins

intensifs pédiatriques, où les crises sont fréquentes et parfois d'une intensité extrême, cette compétence est essentielle. À l'USI, cette capacité repose sur trois dynamiques clés : un processus décisionnel collectif qui allège le fardeau individuel, un ancrage autour du patient qui soutient l'action, et l'habitude des crises, qui forge une culture de résilience.

Un processus décisionnel collectif

Le premier levier du rétablissement tient à la façon dont les décisions sont prises, partagées, et assumées, comme nous l'avons vu en section précédente. Lorsqu'un patient vit une détérioration rapide ou qu'une décision éthique difficile doit être prise, l'USI fait preuve d'un leadership clinique fort, mais jamais solitaire. C'est justement ce partage du poids décisionnel qui permet à chacun de se réengager rapidement après coup. *« On est confiant dans nos décisions. Le fait d'avoir la confiance d'une équipe et de la partager permet de porter ce fardeau un peu plus facilement »*, résume une médecin. Le sentiment que les décisions sont prises en équipe, dans un cadre de confiance et de respect des expertises, agit comme une forme de soutien émotionnelle : on n'est pas seul à porter le poids de l'incertitude ou du doute.

Ce mécanisme informel de délestage est particulièrement précieux dans des situations où les décisions ont des conséquences irréversibles, comme l'arrêt de traitement. Une participante évoquait d'ailleurs que *« si on a un consensus entre nous, on va le présenter comme un consensus de l'équipe, et ça, ça aide énormément »*. En d'autres mots, le consensus ne protège pas uniquement l'organisation, il protège aussi les individus. Cette cohésion décisionnelle rend possible un retour plus rapide à la stabilité, car elle empêche que les décisions sédimentent des tensions non résolues dans l'équipe.

Un ancrage collectif dans le patient

L'autre grand levier du rétablissement est l'ancrage de l'équipe dans une vision commune centrée sur le patient. Dans les témoignages, la capacité à se recentrer sur l'objectif commun permet de remettre l'équipe en mouvement après une crise. *« On vit beaucoup de stress, et c'est important d'avoir une vision commune »*, note une infirmière. Ce centrage ne diminue pas la complexité, mais il canalise les énergies autour des besoins du patient. Dans cette optique, le rétablissement n'est pas perçu comme un retour à la normale abstrait, mais comme une forme d'élan collectif, alimenté par la conviction que le patient doit rester au centre. Même après un épisode difficile, les membres de l'équipe retrouvent une forme de repère en se demandant : *« qu'est-ce qu'on peut faire maintenant pour ce patient ? »* Ce recentrage permet à l'équipe de se redéployer rapidement autour de l'action clinique, parfois même avec une efficacité accrue. Comme le disait une participante : *« Même après une nuit dure, le lendemain on se remet à fonctionner. Parce qu'on sait pourquoi on est là. »* L'USI dispose aussi de certains mécanismes formels de soutien, comme des ateliers de débriefing organisés après des événements traumatiques, ou la présence de ressources psychosociales sur l'unité. Bien que peu systématiques, ces mécanismes sont appréciés lorsqu'ils sont mobilisés. Toutefois, la majorité du soutien post-crise demeure informel : discussions entre collègues, soutien mutuel au poste de travail, décompression en salle de pause. *« C'est dans les petites choses qu'on se répare »*, résume une infirmière. Ces soutiens discrets, mais constants, contribuent à maintenir un tissu relationnel solide, essentiel au rétablissement.

L'habitude des crises

Le troisième pilier du rétablissement réside dans l'habitude même à faire face à des crises. Contrairement à d'autres unités cliniques où les événements critiques surviennent de façon sporadique, l'USI évolue dans un environnement où les crises médicales sont fréquentes, parfois quotidiennes. Cette exposition soutenue engendre une forme de résilience intégrée dans les pratiques, les réflexes et les postures mentales du personnel. Elle forge une équipe capable de fonctionner dans un état de vigilance élevé, sans que cela ne se traduise par une instabilité émotionnelle chronique.

Plusieurs membres de l'équipe ont souligné qu'avec le temps, une certaine familiarité s'installe face aux situations extrêmes, notamment la mort. Comme l'exprime une infirmière : « *On est habitué de dealer avec le décès, on a une certaine résilience face à ça.* » Cela ne signifie pas que les émotions sont absentes ou minimisées, mais plutôt qu'elles s'inscrivent dans un continuum d'expériences qui sont comprises, reconnues et digérées collectivement. Cette capacité à absorber les chocs émotionnels à répétition devient un fondement du retour à l'équilibre. L'expérience répétée des crises crée également un rapport particulier à la gratification. Si certaines situations sont lourdes, voire traumatisantes, elles sont aussi porteuses de sens, de soulagement et parfois de victoires cliniques majeures. « *Tu vis des grandes émotions, des rushes d'adrénaline, mais après ça t'as une fierté d'avoir sauvé une vie. T'as des grandes peines, mais en même temps t'as des grandes joies.* » Cette ambivalence émotionnelle semble être un moteur puissant de rétablissement : elle alimente un sentiment de compétence, d'utilité et de contribution significative à la vie des patients. Il est aussi important de noter que cette résilience n'est pas strictement individuelle, voir au contraire. L'unité semble structurée autour d'un fort sentiment d'appartenance et d'un engagement collectif qui facilite le soutien mutuel. Voir ses collègues faire preuve de résilience devient en soi un facteur inspirant : « *On est inspiré par la solidité des autres, ça aide* » le fait de traverser les crises ensemble, de pouvoir compter les uns sur les autres, et de partager des référents émotionnels communs contribue à maintenir une stabilité collective.

Cela dit, les limites de cette résilience méritent aussi d'être nommées. Plusieurs ont témoigné que lorsque les crises s'accumulent sans temps de récupération ou sans accompagnement adéquat, la charge émotionnelle peut devenir difficile à porter. Un exemple marquant a été évoqué à plusieurs reprises : une séquence de décès rapprochés qui a profondément affecté l'unité. « *Ça a été vraiment dur. On avait beau être solides, c'était beaucoup à take in.* » Ce type de situation rappelle que même une équipe aguerrie peut être ébranlée si les mécanismes de soutien formel ou informel ne sont pas activés à temps. En somme, l'habitude des crises ne rend pas l'équipe insensible. Elle renforce plutôt une forme d'endurance émotionnelle, soutenue par l'expérience, la solidarité, et l'équilibre fragile entre douleur et accomplissement. C'est cette endurance qui permet à l'USI de se rétablir rapidement, même après les situations les plus éprouvantes.

EN BREF ...

Figure 22 – Résumer de l'analyse du rétablissement

SE RÉTABLIR, PAR UNE VISION COMMUNE ET UN SENTIMENT DE CONFIANCE COLLECTIF

FACTEURS DE RÉSILIENCE OBSERVÉS	EXTRAITS ILLUSTRATIFS	CE QU'IL FAUT EN RETENIR
Un processus décisionnel collectif	« On est confiant dans nos décisions. Le fait d'avoir la confiance d'une équipe et de la partager permet de porter ce fardeau un peu plus facilement » « si on a un consensus entre nous, on va le présenter comme un consensus de l'équipe, et ça, ça aide énormément ».	• Décision partagée comme mécanisme de délestage émotionnel.
Un ancrage collectif dans le patient	« On vit beaucoup de stress, et c'est important d'avoir une vision commune » « Même après une nuit dure, le lendemain on se remet à fonctionner. Parce qu'on sait pourquoi on est là. »	• Réalignement rapide autour du patient comme boussole collective. • Habitude des crises comme facteur de stabilité émotionnelle.
L'habitude des crises	« On est habitué de dealer avec le décès, on a une certaine résilience face à ça. » « Tu vis des grandes émotions, des rushes d'adrénaline, mais après ça t'as une fierté d'avoir sauvé une vie. T'as des grandes peines, mais en même temps t'as des grandes joies. » « On est inspiré par la solidité des autres, ça aide »	• Effet structurant des routines et de la solidarité quotidienne (ex. : soutien entre collègues, décompression informelle).

4.3.2 AU NIVEAU ORGANISATIONNEL : QUAND LA CRISE S'INSTALLE

Dans l'unité, les grandes crises organisationnelles laissent rarement place à une phase claire de rétablissement. Loin d'un retour structuré à la normale, on observe plutôt une forme de stagnation dans la phase d'absorption, un état qui, théoriquement temporaire, devient dans les faits une sorte de nouveau quotidien. L'un des participants résume bien ce sentiment : « *On reste dans une crise permanente, on dirait.* » On traverse, on encaisse, et on attend que ça passe. Le rétablissement, quand il a lieu, semble s'opérer au ralenti, porté par le temps qui passe plus que par une action collective ou institutionnelle. Une personne raconte à quel point le retour à un semblant d'équilibre fut long après un déménagement majeur : « *Je dirais que ça nous a pris deux ou trois ans faciles pour retrouver un équilibre, je pense que c'est arrivé avec le départ de celles qui trouvaient ça vraiment difficile.* » Et même plusieurs années plus tard, les traces sont encore bien présentes : « *Même encore aujourd'hui, sept ans plus tard, ça fait partie de nos conversations. Dès qu'on a une petite problématique, on est comme, eille, on était-tu bien l'autre bord.* » Ces propos illustrent une trajectoire marquée par la lenteur, mais aussi par une certaine forme d'usure où le rétablissement passe par les fissures, des départs naturels, des renoncements, des ajustements individuels, plutôt que par une volonté commune de reconstruire. Le temps devient la principale variable d'ajustement, faute de stratégie plus structurée.

Dans ce contexte, l'organisation ne semble pas toujours consciente de la portée à long terme de certaines décisions. « *Est-ce que l'organisation savait l'impact que ça l'aurait à long terme sur l'équipe? Je pense pas que personne n'avait entrevu ça.* » L'absence d'accompagnement ou de reconnaissance des effets prolongés fragilise le sentiment de cohérence et de soutien. Les traces laissées par les crises s'imprègnent dans le temps, modifiant durablement les dynamiques de travail, mais aussi le sens même du rôle de chacun et la cohésion entre les

équipes. Trois constats émergent des résultats et contribuent à expliquer pourquoi le rétablissement demeure, dans ce contexte, lent, incomplet et difficile à ancrer.

Manque de stratégies formelles

Le rétablissement, quand il s'amorce, ne repose pas forcément sur des processus partagés ou remplaçables. Il n'existe pas ou très peu d'espace dédié pour revenir collectivement sur ce qui s'est passé, prendre acte des impacts, ajuster les pratiques ou reconstruire les fondations de l'équipe. L'absence de mécanismes formels rend ce moment de transition flou, souvent laissé à la charge des individus ou à la bonne volonté des gestionnaires. Comme le résume un professionnel : « *Dans le follow-up, les solutions proposées, puis le maintien d'essayer de finir la crise, de nous aviser de comment la crise se passe, ça... on est pas les meilleurs.* » Cette absence de cadre contribue à maintenir l'unité dans un état de déséquilibre latent. On ne passe pas vraiment à autre chose, et on ne revient pas non plus à ce qui était. Sans signal clair de fin ni dispositif de réajustement, l'unité reste coincée dans une phase d'absorption prolongée. Or, comme cela a été montré précédemment, cette phase n'est pas censée durer : elle suppose une mobilisation intense pour faire face à une perturbation ponctuelle, non une gestion à long terme de l'instabilité.

À force, cette stagnation engendre une perte de repères. Ce flou alimente la lassitude, mais aussi une forme de désengagement collectif. Le sentiment de ne pas être soutenu par une démarche d'après crise, ou que rien ne change malgré ce qui a été traversé, érode la confiance dans la capacité organisationnelle à accompagner les équipes. Ce manque est d'autant plus ressenti lorsqu'il coïncide avec des départs massifs, qui affaiblissent encore davantage les repères collectifs.

Perte de cohésion et de sens collectif

En l'absence de mécanismes clairs de rétablissement, c'est la cohésion de l'équipe et son moteur identitaire qui s'érodent lentement. Ce n'est pas uniquement une question d'organisation ou de processus, mais de liens humains, de valeurs partagées, et d'un sentiment d'appartenance fragilisé. « *Y a vraiment vraiment eu un gros clash, et on le sent encore, dans le sens où l'entraide s'est rendue complètement différente.* » Lorsque les dynamiques collectives se transforment sans espace pour être nommées, comprises ou réajustées, le tissu relationnel qui fait la force d'une équipe peut se distendre. Le sentiment de sens partagé, ce « *purpose collectif* » qui soutient l'engagement, la fierté, et la capacité à faire face ensemble, devient plus difficile à mobiliser. L'un des participants le formule ainsi en faisant référence aux sentiments qui l'habitent suite à l'exode massif des infirmières l'an dernier : « *Le sentiment de purpose, là, est un peu perdu.* » La perte ne vient pas nécessairement d'un changement de mission, mais plutôt du fait que ce sens n'est plus incarné collectivement. Il n'est plus nourri dans les gestes du quotidien ni porté explicitement par les actions de l'organisation. Comme nous l'avons vu au niveau médial, la recherche de sens et l'alignement avec la mission de soins sont extrêmement importants dans l'USI et c'est l'un des moteurs majeurs du rétablissement suite à une crise clinique. Effectivement, dans un environnement aussi exigeant que les soins intensifs, cette cohésion n'est pas un luxe. Elle est la condition de l'efficacité, de la résilience clinique, et du bien-être au travail : « *C'est un des milieux où c'est le plus important de se soutenir en tant qu'équipe soignante... tous les gens sont*

essentiels dans l'équipe... donc y a vraiment une connexion très importante à avoir. » Quand cette connexion se fragilise, c'est l'ensemble du fonctionnement qui devient plus vulnérable.

À force de rester en mode absorption sans passer par une véritable phase de reconstruction, l'équipe glisse vers un état d'instabilité chronique. Le quotidien devient un effort soutenu pour tenir, plutôt qu'un espace pour se projeter. Cette instabilité affecte non seulement la performance collective, mais aussi le climat d'entraide, l'implication, et la capacité à traverser les prochaines perturbations.

Dissonance entre processus imposés et réalité du terrain

Le rétablissement est d'autant plus difficile que les processus institutionnels censés encadrer la reprise sont souvent vécus comme déconnectés de la réalité quotidienne de l'unité. Cette dissonance crée un climat de désorganisation persistante, dans un système déjà fragilisé. *« Le système dit : vous êtes un nombre limité d'infirmières et vous devez remplir la charge de travail, et s'il n'y a pas assez d'infirmières, vous devez imposer du TSO... mais il n'y a aucune limite qui est mise dans le fonctionnement pour protéger les gens. On n'arrive pas à se protéger du système. »*

Ce constat traduit une tension structurelle : les règles, indicateurs et procédures mis en place ne semblent pas reconnaître les limites humaines ni les dynamiques collectives spécifiques aux soins critiques. Là où les crises cliniques étaient traversées grâce à la force du collectif et à une confiance mutuelle envers les expertises, les crises organisationnelles, elles, semblent fragiliser ce lien de confiance. C'est l'effet inverse qui se produit : au lieu de rassembler, le système isole ; au lieu de soutenir, il impose. Derrière cette mécanique, c'est un sentiment plus profond qui s'installe : celui d'une trahison du système envers ses propres équipes. Les processus imposés, perçus comme rigides ou incohérents, alimentent une perte de confiance envers l'organisation. Il ne s'agit plus seulement d'un désaccord avec une directive ou une décision ponctuelle, mais d'un doute plus fondamental sur la capacité du système à reconnaître, protéger et accompagner ses équipes à long terme.

Ce climat fragilise toute tentative de rétablissement collectif. Comment rebâtir, se projeter, ou même simplement tourner la page, quand les repères institutionnels semblent eux-mêmes porteurs de déséquilibre ? Cette dissonance ne fait pas que ralentir le rétablissement : elle en altère les conditions de possibilité.

EN BREF ...

Figure 23 – Résumer de l'analyse du rétablissement

SE RÉTABLIR, OU QUAND LA CRISE S'INSTALLE

FACTEURS DE RÉSILIENCE OBSERVÉS	EXTRAITS ILLUSTRATIFS	CE QU'IL FAUT EN RETENIR
Manque de stratégies formelles	« Dans le follow-up, les solutions proposées, puis le maintien d'essayer de finir la crise, de nous aviser de comment la crise se passe, ça... on est pas les meilleurs. »	• Absence d'étapes de retour à l'équilibre après les crises.
Perte de cohésion et de sens collectif	« Le sentiment de purpose, là, est un peu perdu. » « C'est un des milieux où c'est le plus important de se soutenir en tant qu'équipe soignante... tous les gens sont essentiels dans l'équipe... donc y a vraiment une connexion très importante à avoir. »	• Les impacts s'accumulent sans processus de récupération. • Peu reconnaissance formelle du travail effectué ou de la charge vécue.
Dissonance entre processus imposés et réalité du terrain	« Le système dit : vous êtes un nombre limité d'infirmières et vous devez remplir la charge de travail, et s'il n'y a pas assez d'infirmières, vous devez imposer du TSO... mais il n'y a aucune limite qui est mise dans le fonctionnement pour protéger les gens. On n'arrive pas à se protéger du système. »	• Le sentiment de stagnation et de fatigue chronique domine. « On reste dans une crise permanente, on dirait. »

4.4 S'AJUSTER LOCALEMENT

Objectif : Adapter les pratiques et les rôles à la réalité du moment

4.4.1 AU NIVEAU CLINIQUE : UNE AUTONOMIE MÉDICALE ASSUMÉE

S'il y a bien une chose qui frappe en observant l'unité, c'est la fluidité avec laquelle les équipes s'ajustent en temps réel à la complexité clinique. Cette capacité à adapter l'organisation du travail autour des besoins du patient, sans attendre une directive externe, constitue l'un des éléments importants de la résilience clinique de l'USI. Cette adaptabilité n'est pas improvisée : elle s'appuie sur des processus bien rodés, une culture partagée et surtout, un haut niveau d'autonomie. « *En crise médicale, on agit, on sait quoi faire et on a le pouvoir de le faire.* »

À l'USI, s'ajuster localement, c'est pouvoir basculer instantanément d'une situation stable à une situation critique, tout en mobilisant les expertises nécessaires à la prise en charge. L'équipe peut, sans délai, réorganiser ses priorités, interrompre des soins moins urgents, ou redéployer des ressources humaines pour gérer une urgence vitale. Ces ajustements sont faits, sans trop de friction, car ils sont considérés comme normaux. Ils font partie du fonctionnement implicite de l'unité.

Une autonomie décisionnelle quotidienne

Le pouvoir d'agir localement repose en grande partie sur l'autonomie médicale que détient l'unité. Contrairement à d'autres services où les décisions sont centralisées ou fragmentées entre différentes spécialités, l'USI dispose d'une maîtrise quasi complète sur les parcours cliniques de ses patients. Comme nous en avons parlé plus haut, l'USI est une unité dite fermée. Ce pouvoir décisionnel conféré à l'équipe permet des ajustements rapides, mais surtout confère l'autonomie décisionnelle sur le parcours du patient au sein de l'unité.

Chaque matin, les tournées médicales, décrites plus haut, deviennent un moment clé d'ajustement collectif : on y évalue, on réoriente, on redéfinit les plans des prochaines 24h selon l'évolution du patient. En parallèle, les infirmières, au plus près des signes vitaux, ajustent en continu les soins. « *Quand les constantes sont anormales, on les fait plus souvent. C'est automatique.* » Cette autonomie s'exprime aussi dans la capacité des équipes à solliciter directement des collègues plus expérimentés ou à intégrer de nouvelles données cliniques sans qu'un processus formel soit requis. Cela permet une réactivité précieuse, notamment en situation de crise médicale. Cette liberté d'action se conjugue avec une confiance collective : « *Quand on gère une crise médicale, on est capable d'assumer un rôle de leadership, puis de prendre des décisions* » cette autonomie renforce le sentiment d'appartenance à l'unité et donne aux membres de l'équipe le courage et la légitimité d'agir : « *Nous, on se dit : Waouh, on est en charge de notre unité* ».

Un leadership local en soutien à l'adaptabilité

Derrière cette capacité d'ajustement se trouve un leadership local fort, incarné par une gestion locale respectée. Ces leaders jouent un rôle pivot. Ils protègent l'espace d'autonomie de l'unité face aux contraintes institutionnelles et assument une fonction de tampon entre les besoins du terrain et les décisions de la direction. Leur posture soutient la prise d'initiative et permet à l'équipe de faire preuve de souplesse en ayant une certaine protection de la part du leadership de l'unité.

Ce leadership local favorise aussi un climat de confiance où chacun peut jouer son rôle. C'est en ayant confiance dans leurs collègues, mais aussi en la reconnaissance de leur propre pouvoir d'agir, que les professionnels sont capables de prendre des décisions rapides, adaptées, et souvent intuitives. L'adaptabilité locale de l'USI ne repose pas sur des protocoles stricts, mais sur une combinaison puissante : une autonomie médicale pleinement assumée, un pouvoir décisionnel réel, et un leadership de proximité qui soutient les équipes. Ensemble, ces éléments créent les conditions pour que l'unité puisse s'ajuster rapidement, efficacement et de manière cohérente à des situations hautement imprévisibles. Dans un environnement où chaque minute compte, cette agilité organisationnelle fait toute la différence.

EN BREF ...

Figure 24 – Résumer de l'analyse de l'adaptabilité

S'AJUSTER LOCALEMENT, UNE AUTONOMIE MÉDICALE ASSUMÉE

FACTEURS DE RÉSILIENCE OBSERVÉS	EXTRAITS ILLUSTRATIFS	CE QU'IL FAUT EN RETENIR
Une autonomie décisionnelle quotidienne	« En crise médicale, on agit, on sait quoi faire et on a le pouvoir de le faire. » « Nous, on se dit : Waouh, on est en charge de notre unité ».	- Autonomie décisionnelle médicale renforcée par le statut d'unité "fermée." - Leadership local respecté qui protège les marges de manœuvre.
Un leadership local en soutien à l'adaptabilité	« Notre leadership est particulièrement bon à être présent, à être responsive, à être à l'écoute »	- Capacité à réorganiser le travail en temps réel autour des urgences. L'unité agit grâce à une confiance mutuelle élevée et à un pouvoir d'agir bien assumé.

4.4.2 AU NIVEAU ORGANISATIONNEL : UN SENTIMENT D'IMPUISSANCE COLLECTIF DUE À DES MARGES DE MANŒUVRE RESTREINTES

Dans une perspective de résilience, la capacité à s'ajuster localement est essentielle. Elle renvoie à l'agilité concrète des équipes à modifier leurs pratiques en fonction de la situation, à innover dans l'action, à exercer une forme d'autonomie adaptative face à l'imprévu. C'est une compétence particulièrement vive en situation de crise clinique, où l'expertise, la coordination d'équipe et la proximité avec les patients permettent des ajustements fluides, rapides et souvent efficaces. Mais en contexte de crise organisationnelle, cette dynamique se renverse. Ce n'est pas la volonté qui manque dans l'unité, bien au contraire, l'équipe « *veut juste ça, de l'autonomie et du pouvoir décisionnel* » et démontre en situation clinique sa capacité à ajuster sans attendre des directives. Ce qui fait défaut, c'est l'espace pour le faire. Le cadre organisationnel rigide, les règles imposées d'en haut et la pression externe à l'unité réduisent drastiquement les marges de manœuvre. Il en résulte un sentiment d'impuissance et de blocage profond.

Ce paradoxe est particulièrement frappant : les membres de l'unité, capables d'une grande agilité en soins critiques, se retrouvent freinés dans leur capacité d'ajustement dès que la crise devient organisationnelle. L'ajustement local devient alors minimal, fragmentaire, souvent plus proche d'une absorption résignée que d'une adaptation structurante. On fait « *ce qu'on peut avec ce qu'on a* », dans une forme de bricolage permanent qui épuise plutôt qu'elle ne renforce. Ce manque d'autonomie n'est pas anodin. Il s'impose comme l'un des facteurs limitants majeurs de la résilience collective face aux crises organisationnelles. Il crée une asymétrie frappante dans les dynamiques d'adaptation, et engendre une forme d'usure morale que plusieurs décrivent comme insidieuse. Trois constats clés se dégagent des entretiens et expliquent ce sentiment d'impuissance collectif.

Des ajustements en mode survie

L'unité fait preuve d'une capacité remarquable à s'ajuster localement. Face aux contraintes, aux imprévus et aux manques, les équipes improvisent, réorganisent, s'adaptent comme elles peuvent. Mais ces ajustements, bien qu'essentiels à la survie du quotidien, s'inscrivent dans une dynamique défensive, épuisante, et profondément limitée. Ils ne sont pas portés par des leviers de transformation, mais dictés par l'urgence, l'impuissance, et le besoin de tenir bon. En effet, ces adaptations se font souvent malgré les structures en place, et non grâce à elles. Comme le résume une professionnelle : « *ultimement, le problème est plus haut niveau que nous. On essaye de gérer ce qu'on est capable, mais tu sais, c'est des mini changements.* » Ces « *mini changements* » sont les seules marges de manœuvre accessibles : des ajustements ponctuels, peu structurants, qui permettent de garder la tête hors de l'eau, sans jamais transformer la situation de fond.

Ce mode de fonctionnement installe une adaptation silencieuse, devenue une norme implicite. On s'ajuste, parce qu'on n'a pas le choix, et surtout parce que rien d'autre n'est possible. Ce n'est plus une adaptation choisie, mais subie, une réponse contrainte à une organisation rigide. « *On est bloqué par des protocoles, puis des règles qui sont absolument pas adaptés à notre réalité, puis ça rend fou.* » Cette forme de résilience non reconnue, non soutenue, engendre une usure

profonde. Comme le souligne une infirmière : « *La fatigue de crise, c'est sournois. T'as l'impression de t'adapter, mais t'accumules une forme d'usure.* » Ce n'est pas l'adaptation elle-même qui épuise, mais son caractère répété, contraint, et surtout l'absence de retombées concrètes sur les conditions de travail. Car derrière ces ajustements en surface se cache un constat plus grave : « *Les procédures sont pas toujours adaptées à la réalité, puis de se dire que nous, on n'a aucun rôle, aucun pouvoir décisionnel dans des circonstances de crise comme ça, c'est ahurissant.* » Le sentiment d'être exclu des décisions, de devoir constamment s'adapter sans avoir les moyens d'agir sur le système transforme l'agilité locale en stratégie de survie.

Cette résilience en mode survie, si elle permet à l'unité de continuer à fonctionner, est difficile à soutenir sur le long terme. Elle épuise les individus, empêche les apprentissages collectifs et limite toute possibilité de transformation organisationnelle réelle.

Un sentiment d'impuissance structurelle

Les ajustements répétés, réalisés en mode survie, révèlent une réalité encore plus préoccupante : un sentiment d'impuissance profondément enraciné, ressenti comme structurel. Ce n'est pas le manque d'idées ou d'initiatives qui freine l'unité dans sa capacité à s'ajuster, mais bien l'absence de pouvoir décisionnel local pour mettre en œuvre ces ajustements de manière durable et significative. Plusieurs participants décrivent un système dans lequel les décisions sont prises « *en haut* », loin du terrain, par des personnes perçues comme déconnectées de la réalité des soins. Comme le résume une participante : « *Ce qu'on trouve vraiment difficile dans des crises organisationnelles, c'est qu'on n'a pas de voix et on n'a pas d'écoute, puis on n'a pas de pouvoir.* » Cette distance décisionnelle alimente un fort sentiment de frustration, voire de trahison. « *On a l'impression qu'il y a des décisions qui se prennent en haut de nous, par des personnes qui comprennent pas ce qui se passe sur le plancher, ça contribue à un sentiment de frustration. C'est ça qui fait que les gens en peuvent plus.* ». La perte de contrôle, réelle ou perçue, est un facteur majeur d'épuisement. Plusieurs témoignages évoquent un cercle vicieux où, faute d'espace pour participer aux décisions, l'équipe accumule une fatigue difficile à nommer, mais omniprésente : « *Je sais pas si j'ai le droit de dire ça, mais le vrai problème, c'est qu'on n'a aucun pouvoir décisionnel. Ça épuise les gens de se sentir démunis.* »

Ce n'est pourtant pas un désengagement ou une résignation des équipes. Bien au contraire : la volonté de s'impliquer est forte, mais se heurte à un plafond décisionnel difficile à percer. Comme le souligne un médecin : « *Le fait que le gouvernement comprend pas que ce soit un problème sur le terrain ça a pas de sens, ça fait partie du problème plus large je pense.* » À l'inverse, les rares moments où un certain pouvoir est ressenti font toute la différence. « *Quand on sent qu'on a du pouvoir, même minime, on tient mieux le coup.* » Avoir une marge de manœuvre, pouvoir poser des choix, même restreints, aide à donner du sens à l'action, ce qui est fondamental en situation de crise. « *Quand t'es souvent exposé à des crises, t'apprends, mais juste si t'as du pouvoir et que tu comprends pourquoi tu fais les choses.* »

Ce déséquilibre entre les responsabilités imposées au terrain et l'absence de pouvoir pour les assumer est au cœur de l'usure organisationnelle. Il rend les équipes vulnérables face aux crises structurelles, là où elles se montrent habituellement résilientes dans les crises cliniques.

Une pression externe qui limite les marges de manœuvre

En complément du manque de pouvoir décisionnel, un autre frein majeur à l'ajustement local réside dans la pression systémique omniprésente, qui restreint encore plus la marge de manœuvre de l'unité. Cette pression est perçue comme directe, tangible, et provient de multiples niveaux du système, incluant la direction de l'établissement, les autres services hospitaliers, les structures ministérielles et parfois même les outils de gestion eux-mêmes. À l'échelle quotidienne, cette pression se manifeste par des attentes de performance et de rendement difficilement conciliables avec les réalités cliniques. Comme l'exprime une participante : « *Il y a beaucoup de pressions externes à notre unité dans la gestion de cette crise-là, c'est un gros gros problème.* » Ces pressions prennent souvent la forme d'exigences de roulement de lits, de quotas d'admissions, ou de contraintes administratives rigides, peu sensibles au contexte réel du terrain. Cette tension entre les impératifs systémiques et la réalité clinique place les équipes dans une position intenable : « *Une des choses qui a vraiment nui par moments, c'est la pression qu'on a par les autres services. Tu sens que t'es juste un maillon qui doit suivre, pas un service avec un jugement clinique.* » L'unité se retrouve souvent sommée de s'adapter sans pour autant disposer de leviers concrets pour le faire.

Au-delà des tâches immédiates, cette pression structurelle engendre une logique d'urgence perpétuelle, où chaque décision semble devoir répondre à des impératifs venus d'ailleurs. Dans ces contextes, le sentiment d'autonomie déjà fragile s'effondre : « *On ne peut pas penser à long terme, on est toujours en train de répondre à quelque chose qui vient d'en haut ou d'ailleurs.* » Cette dynamique d'imposition constante contribue non seulement à l'impuissance, mais également à une forme de désengagement affectif : pourquoi proposer des idées ou réfléchir autrement, si chaque initiative est aussitôt ramenée dans les balises d'un système inflexible ? La pression externe agit comme un bruit de fond, que l'USI tente de diminuer le plus possible, qui affaiblit la cohésion d'équipe et l'élan collectif. Plutôt que de soutenir les ajustements locaux, le système les encadre, les ralentit, voire les étouffe. « *À force d'être poussés dans toutes les directions, on n'a plus l'espace pour réfléchir par nous-mêmes. On agit, mais on a pas toujours l'impression de choisir.* » Ce climat rend difficile la construction d'une résilience collective durable, et une réponse organisationnelle autonome aux crises.

EN BREF ...

Figure 25 – Résumer de l'analyse de l'adaptation

S'AJUSTER LOCALEMENT, UN SENTIMENT D'IMPUISSANCE COLLECTIF DUE À DES MARGES DE MANŒUVRES RESTREINTES

FACTEURS DE RÉSILIENCE OBSERVÉS	EXTRAITS ILLUSTRATIFS	CE QU'IL FAUT EN RETENIR
Des ajustements en mode survie	« ultimement, le problème est plus haut niveau que nous. On essaye de gérer ce qu'on est capable, mais tu sais, c'est des mini changements. » « On est bloqué par des protocoles, puis des règles qui sont absolument pas adaptés à notre réalité, puis ça rend fou. » « La fatigue de crise, c'est sournois. Tu as l'impression de t'adapter, mais tu accumules une forme d'usure. » « Les procédures ne sont pas toujours adaptées à la réalité, puis de se dire que nous, on n'a aucun rôle, aucun pouvoir décisionnel dans des circonstances de crise comme ça, c'est ahurissant. »	• Les équipes développent des stratégies locales d'adaptation, souvent dans l'ombre des règles officielles. • Manque d'autonomie décisionnelle pour faire des ajustements légitimes et durables. • L'ajustement se fait dans la tension : bricolage, contournement, désobéissance. • Les ajustements locaux masquent souvent la profondeur des problèmes systémiques.
Un sentiment d'impuissance structurelle	« Ce qu'on trouve vraiment difficile dans des crises organisationnelles, c'est qu'on n'a pas de voix et on n'a pas d'écoute, puis on n'a pas de pouvoir. » « On a l'impression qu'il y a des décisions qui se font en haut de nous, par des personnes qui comprennent pas ce qui se passe sur le plancher, ça contribue à un sentiment de frustration. C'est ça qui fait que les gens en peuvent plus. » « Quand on sent qu'on a du pouvoir, même minime, on tient mieux le coup. » « Quand t'es souvent exposé à des crises, t'apprends, mais juste si t'as du pouvoir et que tu comprends pourquoi tu fais les choses. »	
Une pression externe qui limite les marges de manœuvre	« Il y a beaucoup de pressions externes à notre unité dans la gestion de cette crise-là, c'est un gros gros problème. » « Une des choses qui a vraiment nui par moments, c'est la pression qu'on a par les autres services. Tu sens que t'es juste un maillon qui doit suivre, pas un service avec un jugement clinique. »	

4.5 APPRENDRE COLLECTIVEMENT

Objectif : Tirer des leçons des crises pour mieux faire à l'avenir

4.5.1 AU NIVEAU CLINIQUE : UNE APPROCHE À SYSTÉMATISER

Dans une unité où la crise fait partie du quotidien, l'expérience clinique est dense, riche, souvent marquante. Mais pour qu'elle devienne véritablement utile à long terme, encore faut-il qu'elle se transforme en apprentissage collectif. Pas au sens de la formation formelle ou des savoirs théoriques, mais au sens d'un retour réfléchi sur les événements passés, une capacité à boucler la boucle, à comprendre ce qui s'est produit, et à ajuster les façons de faire pour la suite. Autrement dit, apprendre de nos crises, et pas seulement y survivre. Somme toute, l'unité des soins intensifs détient des éléments clés de la résilience dans cette capacité à tirer des leçons et bien qu'elle s'améliore encore selon certains, c'est peut-être la compétence où l'USI pourrait tirer davantage d'améliorations. Au niveau purement clinique, de nombreux processus sont en place et son suivis de manière systématique. Ceci dit, au niveau plus réflexif ou encore collectif, il reste un bout de chemin à faire. « On a une approche plus systématique maintenant, quand il y a une crise là on s'est rapidement armé avec ce qu'on avait besoin, mais sans penser à pourquoi ça a eu lieu. » Ce constat lucide est partagé : l'USI agit, s'adapte, absorbe. Mais elle ne prend pas toujours le temps de s'arrêter pour comprendre. Le réflexe d'apprentissage est présent, mais

encore diffus, inégal, peu structuré. Deux éléments ressortent quand même des entretiens comme des leviers indispensables à l'apprentissage collectif de l'USI.

Une culture de la donnée

L'USI a une culture de la donnée assez impressionnante. Souvent de manière non sollicitée au cours des entretiens, les participants faisaient référence à la « *data* » et à son potentiel de nous « *apprendre des choses* », de nous faire réfléchir sur ce qui se passe et surtout nous permette d'anticiper de « *d'adapter la prise en charge de nos patients* ». Un médecin m'a partagé qu'ils « *Enregistre tout ce qui se passe autour du patient, que ça vienne des moniteurs, des ventilateurs, etc., tous les chiffres ou les dossiers électroniques, tout est stocké dans une base de données. On [l'USI] s'en sert pour développer des algorithmes pour améliorer la prise en charge des patients* ». Voilà un exemple extrêmement concret d'un mécanisme d'apprentissage collectif. Une autre médecin me partageait analyser des courbes de pathologie de l'Australie, desquels nous suivons sensiblement les mêmes saisons en décalé, pour pouvoir apprendre d'eux et à terme mieux anticiper et répondre à des crises médicales futures. Ainsi, il est assez clair que ce rapport à la donnée permet de nourrir l'anticipation. On ne fait pas qu'agir sur le coup ; on tente aussi, progressivement, de reconnaître des patterns, de comprendre ce qui a mené à la crise, et d'éviter qu'elle se reproduise. Cet usage de l'information crée un élément d'apprentissage structurant, qui est ancré dans les individus de l'USI.

Une culture de la formation et de l'apprentissage

« *Les soins c'est intense, il te faut un type de personnalité pour travailler ici* », cette phrase ou une variante de celle-ci, nous l'avons entendue souvent en entrevue. Cette fameuse personnalité, vous vous en doutez, nous en avons déjà exploré divers aspects comme la capacité de travailler en équipe par exemple, mais l'un des éléments fondamentaux est le « *désir d'apprendre en continu* ». Les soins intensifs, c'est une discipline où l'apprentissage est constant au niveau clinique, les cas sont complexes et différents les uns des autres et il faut avoir cette « *soif d'apprendre* » et cette « *curiosité intellectuelle* ». Une infirmière me partageait qu'« *Ici, on a des gens qui sont très proactifs pour aller chercher de la formation quand ils réalisent qu'il leur manque un bout* » ce qui soutient encore une fois cette idée d'une culture ancrée dans la dynamique du groupe.

Des espaces de rétroaction encore fragmentés

Plusieurs formes de rétroaction sont bel et bien ancrées dans le fonctionnement de l'unité, qu'elles soient formelles ou informelles. Discussions spontanées après un cas difficile, échanges entre collègues lors des changements de quart/lors de la pause ou encore revues de morbi-mortalité (M&M) structurée : autant de moments qui permettent de revisiter collectivement les événements critiques et d'en tirer des apprentissages. Dans certains cas, ces espaces donnent lieu à des analyses fines des décisions cliniques, mettent en lumière des angles morts ou permettent de nommer explicitement des erreurs, dans un climat d'ouverture. On note aussi une volonté croissante d'intégrer une dimension psychosociale à ces retours : comprendre l'impact émotionnel d'une situation, reconnaître l'effort collectif, ou simplement valider qu'on a fait de notre mieux. Un autre signe de maturité est la présence de ressources dédiées au soutien post-événement. Des mécanismes ont été mis en place pour prévenir et accompagner les chocs

traumatiques, qu'ils soient individuels ou collectifs, ce qui témoigne d'une évolution importante par rapport à une époque où ces aspects étaient peu abordés, voire pas du tout. Il est de plus en plus fréquent qu'une attention soit portée à l'état émotionnel des équipes, avec des suivis ou discussions spécifiques, souvent déclenchés à l'initiative des chefs ou de collègues sensibles au climat humain.

Cela dit, ces pratiques ne sont pas encore pleinement systématisées. Les M&M, par exemple, demeurent surtout centrées sur les aspects médicaux, en visant une amélioration des compétences cliniques. L'analyse réflexive plus large, comprendre les causes systémiques, organisationnelles ou humaines ayant mené à une crise de nature clinique reste plus ponctuelle et dépend souvent de la motivation d'un individu ou du temps disponible. Le même constat vaut pour le soutien psychosocial : bien qu'en progression, il reste trop souvent réactif, plutôt qu'inscrit dans une routine collective.

Ultimement, les rétroactions sont bien présentes et elles s'améliorent. Mais elles gagneraient à être pensées comme un pilier à part entière de la résilience, au même titre que l'anticipation ou l'adaptation. Comme le résume un participant : « *Je ne suis pas sûre qu'on est aussi apprenant qu'on veut l'être.* »

Bref, l'apprentissage collectif, entendu comme une capacité à revisiter nos crises pour faire mieux la prochaine fois, est encore en développement dans l'unité. Les bases sont solides, une culture de la donnée riche, une curiosité d'apprendre individuelle et collective, des moments de retour réflexif et une équipe exposée à une diversité de situations cliniques. Mais pour que cet apprentissage devienne une compétence de résilience à part entière, il faudra aller plus loin : structurer les pratiques, les systématiser, et surtout, leur donner le temps et l'espace qu'elles méritent. Car apprendre, dans un milieu aussi exigeant, c'est aussi une façon de prendre soin

EN BREF ...

Figure 26 – Résumer de l'analyse de l'apprentissage

APPRENDRE COLLECTIVEMENT, UNE APPROCHE À SYSTÉMATISER		
FACTEURS DE RÉSILIENCE OBSERVÉS	EXTRAITS ILLUSTRATIFS	CE QU'IL FAUT EN RETENIR
Une culture de la donnée	« On enregistre tout ce qui se passe autour du patient, que ça vienne des moniteurs, des ventilateurs etc., tous les chiffres ou les dossiers électroniques, tout est stocké dans une base de données. On s'en sert pour développer des algorithmes pour améliorer la prise en charge des patients »	• Culture de la donnée impressionnante, alimentant l'anticipation et l'amélioration clinique. • Désir d'apprendre ancré dans les trajectoires individuelles.
Une culture de la formation et de l'apprentissage	« Ici, on a des gens qui sont très proactifs pour aller chercher de la formation quand ils réalisent qu'il leur manque un bout »	• Présence croissante d'espaces de rétroaction
Des espaces de rétroaction encore fragmentés	« Ce qui manque, c'est une vraie étape pour digérer ce qu'on a vécu. Sinon, on fait juste accumuler »	• Faible systématisation de l'analyse réflexive post-crise. • Pratiques de retour sur l'émotionnel encore fragiles et ponctuelles.

4.5.2 AU NIVEAU ORGANISATIONNEL : DES RÉFLEXES PEU FORMALISÉS

Quand on parle de résilience d'équipe, on pense souvent à la capacité de réagir rapidement, de se coordonner, de tenir le coup. Mais il y a un autre versant, souvent oublié : celui de tirer des

leçons, une fois la crise passée. Dans l'unité, cette capacité est quasi absente. Plusieurs le disent clairement : *on apprend peu voir pas de nos crises*. Ou du moins, on ne crée pas les conditions pour apprendre ensemble.

Manque de mécanismes et d'espace formel de rétroaction

Le constat revient souvent en entrevue : il n'y a pas vraiment d'espace pour revenir sur ce qui a été vécu. Pas de moment de pause, pas d'outil pour faire le point, pas de mécanisme pour ajuster collectivement nos façons de faire. Comme si, une fois la tempête passée, on retournait à la routine sans jamais prendre le temps de comprendre ce qui s'était réellement joué. Une personne le résume ainsi : « *Le problème, c'est qu'on n'a pas de place pour apprendre après les crises. On vit le chaos, pis après, c'est comme si rien s'était passé.* »

Ce manque d'espace pour digérer l'expérience laisse une impression de stagnation, voire de régression. Plusieurs parlent du fait que les mêmes erreurs reviennent, les mêmes angles morts refont surface, les mêmes réflexes se reproduisent. « *Je pense qu'on apprend rien sur nos crises. On commet les mêmes erreurs à chaque fois.* » dit un participant, visiblement désabusé. Un autre ajoute : « *Ça a toujours été le même problème, mais il est juste amplifié.* »

Ce n'est pas qu'il ne se passe rien après les crises. Mais ce qui se passe reste souvent à l'échelle individuelle ou informelle. Certaines personnes deviennent plus attentives aux signaux de détresse chez leurs collègues. « *Après une crise, on devient plus sensibles à la détresse des autres. Je trouve qu'on fait plus attention.* » D'autres retiennent une décision marquante, comme celle de protéger l'équipe restante après une vague de départs : « *Le fait que les gestionnaires se soient tenus pour dire qu'il fallait protéger l'équipe qui reste, ça a été gagnant sur le long terme.* » Mais ces apprentissages, bien qu'importants, restent isolés. Ce qui manque, ce sont des moments partagés, où on pourrait revenir sur ce qui a été vécu, mettre des mots sur ce qui a été difficile, et surtout décider ensemble de ce qu'on veut changer. Sans ça, on accumule. Et cette accumulation devient lourde. « *Ce qui m'épuise, c'est de vivre les mêmes patterns, sans jamais qu'on tire des leçons.* »

Ce vide laisse place à une sorte de fatigue collective. Une usure qui ne vient pas seulement de la charge de travail, mais du sentiment que rien ne bouge. Qu'on traverse des crises, mais qu'elles ne laissent aucune trace utile. Que ce soit l'exode du personnel ou les difficultés de coordination, plusieurs évoquent l'impression que les problèmes reviennent sous une forme amplifiée, faute d'avoir été adressée autrement que sur le moment. « *L'exode nous a fait dire 'wouah', il y a des conséquences à exagérer et faire travailler les gens toujours plus fort* », dit une personne. Mais cette prise de conscience ne semble pas avoir changé grand-chose. Ce n'est donc pas la volonté d'apprendre qui manque. C'est le cadre pour le faire. Des lieux, du temps, une reconnaissance que ce retour collectif sur l'expérience est essentiel, pas un luxe ou un supplément. Sans ça, l'unité reste coincée dans une logique d'accumulation : on s'ajuste sur le coup, mais on n'apprend pas ensemble. Et cette absence d'apprentissage collectif finit par peser autant que la crise elle-même.

EN BREF ...

Figure 27 – Résumé de l'analyse de l'apprentissage

APPRENDRE COLLECTIVEMENT, DES RÉFLEXES PEU FORMALISÉS

FACTEURS DE RÉSILIENCE OBSERVÉS	EXTRAITS ILLUSTRATIFS	CE QU'IL FAUT EN RETENIR
Manque de mécanismes et d'espace formel de rétroaction	« Le problème, c'est qu'on n'a pas de place pour apprendre après les crises. On vit le chaos, puis après, c'est comme si rien s'était passé. » « Je pense qu'on apprend rien sur nos crises. On commet les mêmes erreurs à chaque fois. » « Ça a toujours été le même problème, mais il est juste amplifié. » « Après une crise, on devient plus sensibles à la détresse des autres. Je trouve qu'on fait plus attention. » « Ce qui m'épuise, c'est de vivre les mêmes patterns, sans jamais qu'on tire des leçons. »	• Très peu de mécanismes de rétroaction, de débrief ou de post-mortem. • Les mêmes erreurs reviennent, faute d'espace pour en tirer des leçons. • Les crises ne laissent pas de traces constructives dans l'organisation. • L'équipe exprime une forte lassitude face à la répétition des patterns.

4.6 EN RÉSUMÉ

4.6.1 LA RÉSILIENCE CLINIQUE

Il apparaît clairement que la résilience clinique de l'unité des soins intensifs pédiatriques ne repose pas sur une réponse ponctuelle ou héroïque aux crises, **mais bien sur un système cohérent de pratiques, de postures et de relations qui s'activent de manière fluide au quotidien**. Loin d'être improvisée, cette résilience est structurée, incarnée et partagée, s'appuyant sur des mécanismes intégrés à la routine de travail, sur une culture clinique forte et sur un leadership de proximité.

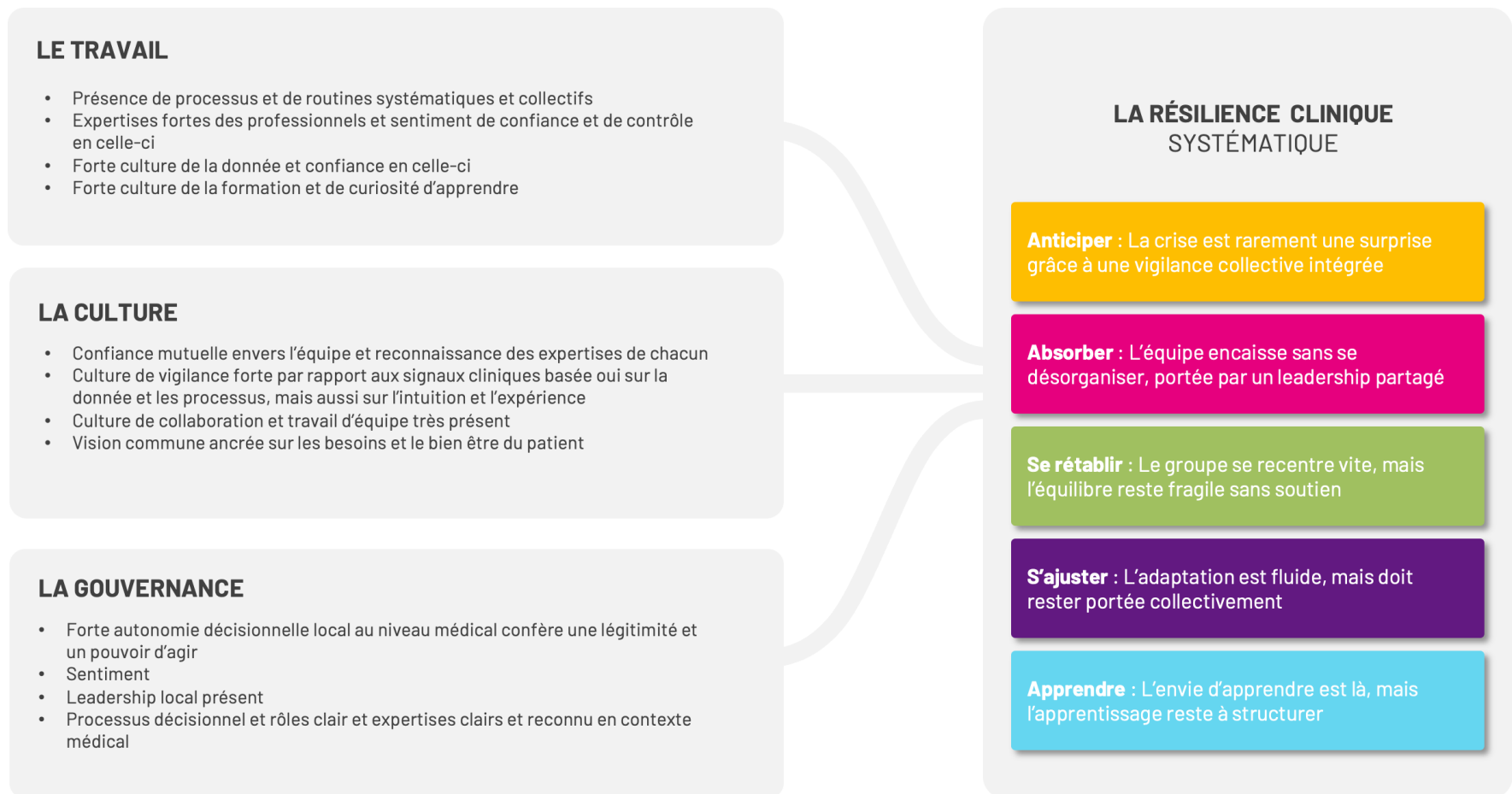
La force principale de cette unité réside dans sa capacité à anticiper, absorber et s'ajuster localement face aux crises médicales. Ces trois compétences se déploient dans une continuité : anticiper permet de mieux absorber, absorber protège l'unité d'une désorganisation et l'ajustement local assure une réponse rapide, ciblée, et légitime. Ce sont ces compétences, plus que le rétablissement ou l'apprentissage (encore en développement), qui donnent à l'USI une stabilité dynamique face à l'instabilité clinique. Ce qui semble assez clair, c'est le **caractère systématique de sa résilience clinique**. Les routines collectives, les processus décisionnels, les ajustements en temps réel et les pratiques d'évaluation sont non seulement bien rodés, mais portés collectivement. Ils ne dépendent pas d'individus exceptionnels, mais de configurations organisationnelles durables. Cette systématisation des réflexes cliniques permet à l'unité de fonctionner avec constance, même dans l'incertitude, et d'éviter une dépendance excessive aux performances individuelles ou à des gestes isolés. Cela dit, certains leviers mériteraient d'être consolidés pour faire évoluer cette résilience clinique vers une résilience plus réflexive et trois angles morts méritent d'être gardés en tête.

- Bien que le **rétablissement** soit solide, il repose en partie sur l'habitude des crises, qui peut s'effriter si l'équilibre émotionnel n'est pas préservé et si les autres leviers de résilience ne sont pas activés de manière constante.

- **L'adaptabilité locale** est remarquable, soutenue par un leadership de proximité fort, mais il faut rester vigilant pour que ce leadership demeure collectif et enraciné dans l'équipe, plutôt que dépendant d'une seule figure.
- **L'apprentissage collectif**, bien que nourri par une culture de la donnée et une curiosité clinique réelle, reste encore peu systématisé. Il constitue un chantier fertile pour renforcer la capacité de l'unité à transformer ses expériences en leviers d'amélioration continue.

Bref, la résilience clinique de l'USI repose sur une profonde cohérence entre les dimensions du travail, de la culture et de la gouvernance. Les expertises sont reconnues, les rôles sont clairs, la confiance circule. Cette cohérence permet à l'équipe de faire front commun, de se rallier rapidement à une décision même difficile, et de se redéployer après la crise. Autrement dit, la résilience n'est pas qu'une capacité à tenir le coup, mais une manière collective d'agir avec lucidité, en préservant l'équilibre du système.

Figure 28 – Résumé de la résilience clinique



4.6.2 LE MANQUE DE RÉSILIENCE ORGANISATIONNELLE

Contrairement à la résilience clinique, ancrée dans des routines partagées et une cohérence d'équipe, la résilience organisationnelle de l'unité apparaît nettement plus fragile. Ce n'est pas l'intensité des crises organisationnelles qui la rend plus difficile à traverser, mais bien la nature de la réponse possible. L'unité fait face à ces crises avec très peu de marge de manœuvre. Elle s'ajuste tant bien que mal, souvent en mode survie, mais sans réel pouvoir d'action. Ce manque de capacité d'ajustement local, de pouvoir faire autrement, de redéfinir les règles du jeu – est ressorti comme l'un des principaux freins à la résilience. Et paradoxalement, c'est ce que l'équipe souhaiterait le plus.

Loin d'être absente, la résilience organisationnelle est plutôt entravée. Elle se manifeste par une adaptation silencieuse, quotidienne, souvent subie. On s'improvise des solutions, on tient le fort, on fait « avec ce qu'on a ». Mais cette capacité d'absorption n'est pas sans coût : elle s'érode, elle épuise. Et surtout, elle ne suffit pas à faire face à des bouleversements structurels. La possibilité de s'ajuster localement, de bouger les choses là où ça compte, est largement bloquée par des règles externes, une gouvernance rigide, et une pression constante du système. Cette rigidité renforce un sentiment d'impuissance : celui d'être coincé entre des attentes irréalistes et une réalité de terrain incomprise. La compétence de rétablissement, qui en contexte clinique s'appuie sur un recentrage autour du patient, est ici beaucoup plus instable. La confiance, moteur du rétablissement dans les autres types de crises, s'effrite dans les crises organisationnelles. Il y a peu de reconnaissance de l'expérience vécue, peu d'espaces pour retisser des liens, et peu de signes que les efforts déployés portent leurs fruits. Le sentiment de trahison envers le système est fort. La lassitude s'installe plus vite, et la reprise d'un équilibre devient plus difficile.

Enfin, la capacité d'apprentissage collectif, déjà identifiée comme un chantier du côté clinique, est ici encore moins développée. Les crises passent, mais laissent peu de traces constructives. Il manque des moments pour réfléchir ensemble à ce qui a été vécu, pour comprendre, digérer, transformer. Sans ces moments, les erreurs se répètent, et la frustration s'accumule. Certains gestes gagnants émergent à l'occasion, des leaders qui protègent leur équipe, des ajustements porteurs, mais ils restent isolés, non consolidés.

Autrement dit, la résilience organisationnelle de l'unité ne manque ni d'intelligence collective ni de volonté. Elle manque d'espace pour s'exprimer pleinement. Ce qui limite la résilience ici, ce n'est pas l'équipe, mais les conditions dans lesquelles on lui demande de tenir.

Tableau 29 – Résumé de la résilience organisationnelle

LE TRAVAIL

- Peu de processus formels pour encadrer ou soutenir l'adaptation, très dépendant des individus
- Réponse ponctuelle, désordonnées et souvent peu formalisées
- Forte capacité d'adaptation des équipes, mais souvent informelle et invisible
- Ajustements locaux fréquents mais coûteux et peu reconnus
- Difficulté à tirer des apprentissages des expériences passées, faute de temps et d'espace dédié

LA CULTURE

- Sentiment d'appartenance encore présent malgré les tensions
- Attachement au collectif qui tient certains repères en place malgré une certaine perte de sens
- Vigilance individuelle élevée, mais sentiment d'isolement face à la surcharge
- Normalisation de l'adaptation : « on s'adapte toujours », même si ça use
- Fatigue chronique qui fragilise la dynamique d'entraide

LA GOUVERNANCE

- Faible autonomie décisionnelle laissant un fort sentiment d'impuissance
- Impression d'un décalage entre les réalités du terrain et les décisions prises « en haut »
- Leadership local perçu comme un facteur clé de résilience, mais dépendant des individus
- Manque de mécanismes de rétroaction et de reconnaissance des signaux faibles
- Difficulté à faire entendre les besoins réels auprès des instances décisionnelles

LA RÉSILIENCE ORGANISATIONNELLE FRAGILISÉE

Anticiper : Les signaux sont souvent visibles, mais peu pris en compte dans les processus décisionnels

Absorber : L'équipe encaisse malgré tout, souvent en contournant le système, au prix d'une usure collective

Se rétablir : L'équilibre revient lentement, mais sans soutien structurant, le rétablissement reste précaire et inégal

S'ajuster : Les ajustements locaux existent, mais sont freinés par un manque d'autonomie et de reconnaissance

Apprendre : Les leçons restent dans les têtes, faute d'espace formel pour en faire une mémoire collective

4.7 L'ASYMÉTRIE DES RÉPONSES AUX CRISES

Il est maintenant temps d'aborder le paradoxe central que nous avons posé en début de mémoire et qui constituait le point de départ inductif de notre recherche : **pourquoi des équipes si performantes dans les situations aiguës, cliniques et instables, semblent-elles désorganisées et vulnérables face à des perturbations organisationnelles ?**

L'analyse croisée des réponses aux crises médicales et aux crises organisationnelles met en lumière deux visages contrastés de la résilience au sein de l'unité de soins intensifs. D'un côté, une résilience clinique solidement ancrée, incarnée au quotidien dans les pratiques, les routines, les réflexes d'équipe et les prises de décision collective. De l'autre, une résilience organisationnelle plus incertaine, fragmentée, souvent portée à bout de bras par les individus, en l'absence de leviers formels ou de reconnaissance institutionnelle. Cette comparaison révèle une asymétrie de résilience. Ce n'est pas l'intensité des crises qui varie, toutes deux peuvent être éprouvantes, mais bien la manière dont l'unité est équipée pour y répondre. Les crises médicales activent un système résilient intégré : rôles clairs, autonomie forte, vigilance partagée, capacité à se rallier autour d'une décision, ancrage commun dans la mission de soins.

À l'inverse, les crises organisationnelles exposent les zones de vulnérabilité du système : manque de marges de manœuvre, absence de rituels collectifs, dilution des responsabilités, flou décisionnel et fatigue croissante. Ce contraste ne renvoie pas à une différence de volonté ou d'engagement, mais à une différence de cadres d'action. Là où le clinique bénéficie d'une structure résiliente consolidée, l'organisationnel évolue dans un vide partiel d'outillage, de langage et d'autonomie. Le même personnel, pourtant aguerri à affronter l'instabilité médicale, se retrouve désorienté lorsqu'il s'agit de faire face à une désorganisation institutionnelle.

Ce constat ne cherche pas à opposer deux types de crises, mais à souligner que la résilience est conditionnelle : elle ne se manifeste pas uniquement en fonction des individus, mais en fonction des environnements qui la permettent ou non. L'unité possède un haut niveau de résilience clinique non pas parce que ses membres sont naturellement plus compétents dans cette sphère, mais parce que tout est mis en place pour le supporter : les routines, la culture d'équipe, le leadership, les outils, les pratiques de coordination et de feedback. À l'inverse, face aux crises organisationnelles, ces appuis font défaut. On observe une résilience de circonstance, maintenue à travers des gestes isolés, des efforts individuels, des adaptations locales parfois ingénieuses, mais rarement consolidées collectivement.

Ce décalage appelle à une réflexion plus large sur ce que signifie être une équipe résiliente : peut-on vraiment l'être si certaines dimensions du travail sont sous-outillées, sous-discutées, ou simplement absentes du radar collectif ?

Figure 30 – Résumé des principales caractéristiques des deux types de crise

	CRISE MÉDICALES	CRISES ORGANISATIONNELLE
NATURE	Aiguë, ciblée, concrète	Floue, diffuse, systémique
RÉFÉRENTIEL	Compétence et expertise clinique	Logique managériale et institutionnelle
AUTONOMIE LOCALE	Élevée (Système fermé au niveau médical)	Faible
OBJECTIF	Clairs et partagés	Multiples, ambigus ou conflictuels
RÉSILIENCE	Systématique, entraînée et reconnue	Fragmentée, peu outillée, frustrante

Loin d'être une simple différence de degré, cette asymétrie structure profondément les trajectoires d'adaptation de l'unité. Les crises médicales, bien que souvent brutales, peuvent renforcer la cohésion et la compétence collective. Les crises organisationnelles, lorsqu'elles se répètent sans reconnaissance ni transformation, ont au contraire tendance à éroder le capital de résilience : elles génèrent de la lassitude, du désengagement et du cynisme. Dans un système aussi complexe que les soins critiques, cette double dynamique mérite une attention soutenue : elle montre que la résilience n'est jamais acquise, mais toujours en tension entre ce qui la soutient, ce qui l'épuise et ce qui pourrait la faire émerger ailleurs.

4.8 LES CONDITIONS INÉGALES DE LA RÉSILIENCE

Si la comparaison des réponses cliniques et organisationnelles permet de constater l'existence d'une asymétrie de résilience, encore faut-il en comprendre les causes. Pourquoi l'unité, si compétente et alignée face à une crise médicale, semble-t-elle désarmée lorsqu'elle traverse une crise structurelle ou organisationnelle ? Comme souligné, cette asymétrie ne s'explique ni par un manque de volonté ni par un défaut d'expertise. Elle résulte plutôt de conditions systémiques inégales, qui influencent profondément la capacité d'anticiper, d'absorber, de se rétablir, de s'ajuster et d'apprendre selon le type de crise rencontré. Quatre axes d'asymétrie majeurs émergent de l'analyse (tel que montré dans les sections 4.1 à 4.8) : ils structurent et entretiennent une résilience très développée en clinique, mais largement entravée dans la sphère organisationnelle.

Autonomie et pouvoir d'agir

Le premier différentiel tient à la capacité à agir localement sur son environnement. En situation clinique, l'unité fonctionne comme un système fermé : les décisions se prennent à proximité du patient, les responsabilités sont claires, les ajustements sont immédiats et souvent valorisés. Ce contexte favorise un sentiment d'autonomie décisionnelle, de maîtrise, et d'auto-efficacité. Les soignants ont le pouvoir de faire, de trancher, de corriger, et ce pouvoir est soutenu par la culture de l'unité et reconnu par la gouvernance médicale.

Dans la sphère organisationnelle, les professionnels se heurtent à un cadre rigide et lointain. Les décisions viennent « d'en haut », souvent sans consultation, et les équipes ont peu de leviers pour adapter localement ce qui ne fonctionne pas. Cette configuration génère un sentiment d'impuissance collective, d'autant plus frustrant que les soignants sont entraînés à faire preuve de discernement et d'initiative en clinique. Comme l'a exprimé un participant : « *On sait gérer une crise médicale, mais en organisationnel, on attend, on n'a pas de prise.* »

Ce déséquilibre structurel alimente l'asymétrie : les crises cliniques activent une résilience outillée, les crises organisationnelles renvoient les équipes à une résilience contrainte, souvent subie.

Soutien et prise en charge

Le deuxième axe concerne la distribution de la charge adaptative. En clinique, la résilience est profondément collective : elle repose sur la cohésion de l'équipe, la clarté des rôles, la confiance mutuelle et les processus de décision partagés. L'autorité est distribuée, le leadership est assumé, mais non centralisé, et chacun sait quand intervenir ou se retirer. Cette solidarité structurée permet de se rallier à une décision commune, même en contexte éthiquement complexe.

À l'inverse, les crises organisationnelles exposent une dépendance marquée à certaines figures clés, gestionnaires, chefs d'unité, leaders informels. Ces personnes jouent un rôle de tampon, de traducteur, de porteur d'émotions... mais souvent sans soutien institutionnel. Lorsque ces figures sont absentes ou dépassées, le système vacille, car il n'existe pas de relais. La charge de résilience devient alors individuelle, et la résilience collective se fragmente.

Cette asymétrie révèle une différence fondamentale de structure : là où la clinique est portée par une force du groupe, l'organisationnel repose sur des personnes. Et lorsque ce soutien devient trop concentré, il s'épuise, tout comme le système.

Routines et réponses

Troisième asymétrie majeure : la place des routines et des rituels collectifs. En clinique, l'unité s'appuie sur des processus clairs et bien ancrés, tournées, réunions interprofessionnelles, évaluations continuent des signes vitaux, qui permettent une détection précoce, un alignement collectif et une prise en charge fluide. Ces routines agissent comme des points d'ancrage de la vigilance collective, garants de la stabilité dans un environnement par nature instable. En organisationnel, ces routines sont quasi inexistantes. Les réponses sont sporadiques, réactives, souvent mises en place à chaud, sans capitalisation à long terme. Il n'y a pas de "ronde organisationnelle", pas de point collectif pour se demander : "Comment va l'équipe ? Est-ce que quelque chose est en train de se détériorer ?" La vigilance est donc silencieuse, dispersée, et rarement transformée en action partagée.

Rappelons-nous que les systèmes ne basculent pas d'un coup, mais glissent lentement vers l'échec, à force de signaux ignorés ou rationalisés. Ce manque de codification des signaux faibles organisationnels contribue à cette dérive, on observe des tensions, mais on ne les nomme pas,

ou trop tard. En clinique, une saturation déclenche une alerte alors qu'en organisationnel, un climat délétère peut perdurer sans déclencheur, faute de langage partagé.

Recherche de sens

Finalement, la quatrième asymétrie touche au sens collectif, à ce qui fait tenir l'équipe. En clinique, l'unité est unie autour d'un sens clair et mobilisateur : sauver des vies, stabiliser les patients, soulager la détresse. Cette finalité donne une direction à l'action, une légitimité aux décisions difficiles, et un repère même dans l'incertitude. Au point de vue organisationnel, ce n'est pas toujours la même réalité. Les décisions paraissent parfois déconnectées de la mission de soins, voire en contradiction avec les valeurs de l'équipe. La multiplication des contraintes externes, des directives floues ou imposées, engendre un désalignement éthique. Le sentiment que le système ne protège plus ceux qui soignent alimente la perte de sens.

Cette dissonance érode la motivation, fragilise la cohésion, et rend les efforts d'adaptation plus difficiles à soutenir. Là où la crise clinique renforce la compétence collective, la crise organisationnelle use le lien.

Figure 31 – Résumé des quatre axes d'asymétrie



CHAPITRE 5

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS MANAGÉRIALES

« Les crises médicales c'est plus notre quotidien. Même si c'est peut-être émotivement plus difficile à gérer, c'est plus facile à gérer. On n'est pas gestionnaire, on n'a jamais été formé en ça, on n'a aucune idée. Tu sais, nous, on est médecins d'abord et avant tout. »

- Médecin de l'USI

5.1 RETOUR SUR LES RÉSULTATS

Les quatre axes d'asymétries présentées en chapitre 5 n'affectent pas seulement la manière de répondre à la crise, ils modifient aussi la temporalité perçue. Les crises médicales sont généralement aiguës, ponctuelles, contenues dans le temps. Même lorsqu'elles sont intenses, elles s'inscrivent dans un cycle d'alerte, de mobilisation et de rétablissement, soutenu par des processus cliniques bien intégrés. Les crises organisationnelles, en revanche, sont diffuses, prolongées, parfois invisibles. Elles ne disposent pas de seuil de bascule clair ni de fin explicite. L'unité « *reste en crise* », parfois pendant des mois, voire des années, dans une forme d'absorption prolongée qui devient un état d'équilibre instable. Sans processus formel de rétablissement, ces crises sédimentent et finissent par dégrader la résilience elle-même : ce n'est pas seulement la crise qui fatigue, c'est le fait qu'elle ne se termine pas.

L'asymétrie entre la résilience clinique et organisationnelle ne tient pas à la nature des individus, mais aux conditions différentielles de leur capacité à agir, à coopérer, à s'ajuster et à retrouver un sens commun. En clinique, on bénéficie de rituels, d'une autonomie assumée, d'une mission partagée, et d'un outillage collectif solide. Au niveau organisationnel, on évolue dans une structure plus rigide, descendante, sans espace formalisé pour nommer, ajuster, ou comprendre ce qui se passe collectivement. Ce déséquilibre met en évidence une idée centrale du courant de la *resilience engineering* (Cook, Hollnagel) : on ne peut pas simplement mobiliser la résilience là où elle n'a pas été construite. Il ne suffit pas de répliquer les pratiques cliniques à l'organisationnel. Il faut générer une nouvelle forme de résilience, structurée autour d'une vigilance partagée, d'un pouvoir d'agir redonné aux équipes, et d'une reconnaissance institutionnelle du travail d'adaptation quotidien. C'est à cette condition seulement que les soignants pourront non seulement continuer à tenir, mais aussi recommencer à transformer l'organisation.

La différence marquée entre la résilience observée sur le plan clinique et celle observée sur le plan organisationnel est fondamentale dans la compréhension de la résilience plus large d'une unité de soins intensifs et ce constat est en phase avec la littérature, celle-ci qui soutient que la clé est d'« *adapter l'environnement de travail* » plutôt que de demander aux individus de s'adapter indéfiniment (Buchbinder, 2024). Cela nous permet aussi de faire un clin d'œil aux limites que nous avons posées plus tôt dans la revue de littérature qui soutient que pour l'instant la plupart du travail est fait au niveau de l'individu ou encore au niveau du système au sens large. Or, l'un des facteurs clés de la résilience tels que le démontre nos résultats est l'autonomie d'agir et le sentiment d'auto-efficacité et de confiance en l'équipe que les participants ont décrit lorsqu'ils ont été interrogés sur des crises médicales. Ainsi, le cas étudié montre une dissociation entre le niveau micro (clinique) et méso (organisationnel). Cette dissociation n'est pas énormément documentée explicitement dans la littérature classique, notamment sur les organisations à haute fiabilité (Weick & Sutcliffe, Roberts...) qui suggèrent qu'une organisation vraiment résiliente cherche à l'être à tous les niveaux.

De plus en plus d'auteurs soulignent qu'être résilient n'est pas un état absolu, mais une capacité qui peut varier selon la nature de la crise et l'échelle considérée (Duchek, 2020). Notamment,

une revue de 127 études parues entre 1997 et 2022 dans le *European Management Journal* examinant comment différents facteurs et types d'événements influencent les processus de résilience dans les organisations montre que la forme du choc (imprévu vs graduel, unique vs chronique, etc.) modifie les réponses de résilience mises en œuvre (Su & Junge, 2023). Notre constat ici pointe aussi dans la direction, selon laquelle la résilience est fortement situationnelle. La littérature rejoint cette idée lorsqu'elle parle de résilience "située" et "contextuelle", influencée par les caractéristiques du moment et du lieu. Cela nous amène notamment à nous questionner sur le fait qu'il ne s'agit pas forcément d'une binarité, mais plutôt d'un continuum de résilience sur lequel une équipe peu évoluée.

À la lumière des résultats présentés, les intuitions de résilience que nous avons esquissées au début de ce mémoire trouvent une résonance particulière. Elles permettent de confirmer que la résilience ne se réduit pas à un état binaire, une équipe n'est pas résiliente ou non, mais s'inscrit dans un continuum de réponses, modulées par la nature et le contexte de la perturbation. Cette compréhension nous conduit à revisiter nos hypothèses initiales en les déployant progressivement, comme autant de facettes d'un même phénomène.

Hypothèse no.1

« La résilience est toujours pensée en lien avec une perturbation, il y a toujours l'idée d'un choc, d'un désordre, ou d'un événement externe qui vient bousculer l'état initial d'un système. Sans perturbation, il n'y a pas de résilience, ou du moins, pas de mise à l'épreuve de cette capacité. »

Les résultats montrent que les équipes ne mobilisent pas leur résilience dans le « bruit de fond » permanent des soins intensifs, mais bien lorsque survient une rupture qui dépasse les ajustements routiniers. C'est le cas lors des crises cliniques soudaines où l'unité fait preuve d'une grande réactivité, mais aussi dans certaines crises organisationnelles, perçues comme des « décalages persistants » qui fragilisent l'équilibre collectif. Sans choc identifiable, la résilience demeure une potentialité latente.

Hypothèse no.2

« La résilience implique une capacité de réponse, il ne s'agit pas seulement d'encaisser, mais de réagir d'une manière qui permet de continuer à fonctionner, parfois identiquement, parfois autrement. »

Le terrain confirme qu'il ne s'agit pas seulement de tenir. Face à une perturbation clinique, les soignants décrivent une série de réactions coordonnées : redistribution des rôles, communication rapide, stabilisation des fonctions critiques. Dans le champ organisationnel, les réponses existent aussi (par exemple compenser les absences ou improviser des relais), mais elles s'essouffent plus vite et laissent les équipes avec un sentiment d'impuissance lorsque la réaction n'est pas soutenue par l'institution.

Hypothèse no.3

« La résilience repose souvent sur la capacité d'un système à se moduler, s'adapter ou se réorganiser sans se briser. Cette flexibilité structurelle ou fonctionnelle est une condition essentielle de la résilience »

Les résultats mettent en évidence que la résilience ne peut se maintenir sans marges de manœuvre. En clinique, la plasticité est forte : micro-ajustements, improvisations collectives, intelligence située permettent de moduler l'action et d'éviter la rupture. À l'inverse, dans les crises organisationnelles, l'absence de latitude décisionnelle et la rigidité des structures freinent cette adaptation locale, d'où une vulnérabilité accrue.

Hypothèse no.4

« La résilience n'est pas nécessairement passive ou neutre. Elle peut laisser des traces (cicatrices, réorganisations, mémoires), et elle peut préparer le système à mieux faire face à d'autres perturbations à venir. On voit apparaître ici une vision plus dynamique de la résilience »

Enfin, les résultats montrent que la résilience n'est jamais neutre. Les crises cliniques laissent des apprentissages implicites et renforcent parfois la cohésion autour du patient. Les crises organisationnelles, elles, laissent au contraire des cicatrices plus lourdes : perte de cohésion, fatigue accumulée, impression de stagnation faute d'espaces formels pour tirer des leçons collectives. La résilience est donc dynamique : elle peut préparer à mieux faire face ou, à l'inverse, fragiliser si elle ne s'accompagne pas d'un apprentissage structuré.

Ultimement, ces quatre hypothèses, relues à la lumière des résultats, tracent un fil conducteur : la résilience n'est ni un état fixe ni une propriété homogène, mais un ensemble de réponses situées, déclenchées par une perturbation, actualisées dans l'action, rendues possibles par des marges de flexibilité et, enfin, porteuses d'effets durables. Ce cadre progressif permet de mieux comprendre pourquoi certaines crises donnent lieu à une réponse collective efficace tandis que d'autres s'enlisent. Il ouvre ainsi la voie vers la section suivante, où il s'agira d'ancrer ces constats empiriques dans les apports théoriques existants, afin de dégager des pistes de transposition pour renforcer la résilience organisationnelle.

5.2 LES ANCRAGES THÉORIQUES POUR PENSER UNE TRANSPOSITION

Ceci dit, l'équipe sait comment mobiliser les bons réflexes dans le contexte de crise clinique pour répondre à une crise de manière optimale et ultimement faire preuve d'une résilience clinique impressionnante. Cela nous mène à une question fondamentale, ces compétences, réflexes, ces mécanismes seraient-ils « transposables » sur le plan organisationnel? Lorsque l'on parle de transposition, c'est cette idée de transférer ou d'adapter des connaissances et de pratiques d'un domaine à un autre, une notion de plus en plus discutée dans la littérature sur les crises et la résilience. En gestion de crise, cette idée se manifeste par l'emprunt de méthodologies ou d'outils développés dans un secteur (armée, aviation, etc.) pour les appliquer à un autre (santé, éducation, entreprise). Parallèlement, la question de la transférabilité des compétences en contexte de crise ou de résilience devient cruciale : quelles aptitudes (techniques ou comportementales) acquises dans un milieu donné peuvent être réutilisées efficacement face à une crise dans un autre milieu ?

Des pratiques de résilience entre domaines

Plusieurs travaux attestent que le concept de transposition existe bel et bien dans la littérature sur la résilience et la gestion de crise, souvent sous des termes voisins comme *cross-domain learning*, *inter-sectoral adaptation* ou même le partage de bonnes pratiques. Dans l'ensemble des organisations exposées aux crises, on reconnaît largement qu'améliorer la résilience est un objectif crucial pour mieux faire face aux surprises et perturbations (Foncsi, 2024). Il n'est donc pas surprenant de voir émerger des tentatives de transfert de pratiques d'un secteur à un autre. Un exemple emblématique est celui de l'aéronautique vers la santé. Le secteur de l'aviation, reconnu comme les *HROs* par excellence, a été pionnier dans le développement de méthodes de gestion de crise d'équipe (Crew Resource Management) axées sur la communication, la conscience de la situation et la prise de décision en équipage. Ces méthodes ont été adaptées dans les années 1990-2000 au bloc opératoire et aux urgences hospitalières sous le nom de "Crisis Resource Management", avec pour objectif d'améliorer la sécurité des patients en s'inspirant des succès de l'aviation en matière de fiabilité humaine. De même, l'utilisation systématique de check-lists de sécurité (originaires de l'aviation) a été transposée en chirurgie (par ex. la liste de vérification de l'OMS) afin de réduire les erreurs. Ces initiatives reflètent une conviction que certaines pratiques de haute fiabilité sont transférables: une revue de littérature publiée dans le *International Journal of Surgery* souligne justement que l'on peut tirer des leçons des approches de gestion de crise de secteurs non médicaux (entreprises, armée, etc.) et les "*leverager*" dans les hôpitaux, en particulier pour la communauté chirurgicale (Pring, 2021). En d'autres termes, des stratégies éprouvées hors du domaine de la santé ont été proposées pour le plan opérationnel et le management de crise hospitalier durant la pandémie de COVID-19 (Pring, 2021). Le domaine militaire est lui aussi une source importante de transposition. Par exemple, le système de commandement des incidents (Incident Command System, ICS), né dans la lutte contre les incendies de forêt et structuré par l'armée, a été adopté dans de nombreux hôpitaux et organisations civiles sous la forme du Hospital Incident Command System (HICS). Ce système fournit un schéma organisationnel clair pour répartir rôles et responsabilités en situation d'urgence, transposant une logique militaire de commandement vers le contexte hospitalier. De même, les pratiques militaires de débriefing après action (*After Action Reviews*), où l'on analyse collectivement ce qui s'est passé après une mission ou un exercice, ont inspiré des approches similaires dans les services médicaux d'urgence.

Ceci dit, la transposition n'est jamais une réplique à l'identique. Elle implique au contraire une traduction interdomaines avec les adaptations nécessaires. Toutefois, si ce concept de transposition semble largement accepté, déjà, dans le milieu clinique, pourrait-il être interpellé pour transposer des pratiques de résilience issues de la gestion des crises cliniques vers les crises de nature organisationnelles. Le concept de transposition est bien présent dans la recherche sur la résilience en soulignant le partage de leçons entre secteurs, tout en insistant sur l'adaptation contextuelle comme clé de succès de ces transferts, des idées intéressantes pour nous.

Transférabilité des compétences en contexte de crise

La transférabilité des compétences désigne la capacité à appliquer des savoir-faire et savoir-être acquis dans un contexte à un autre contexte. Dans les situations de crise, qu'elles soient aiguës ou plus diffuses, certaines compétences sont précieuses à travers les domaines. Il est important de noter que la transférabilité des compétences ne va pas toujours de soi. Les recherches récentes soulignent un paradoxe : *on parle volontiers de résilience comme d'une capacité générale, un ensemble de traits ou d'habiletés valables « en toutes circonstances », mais cela est de plus en plus remis en question*. En effet, la performance en situation critique est fortement liée au contexte spécifique de la crise, ce qui signifie qu'une compétence doit souvent être réinterprétée pour un nouveau contexte (ex. entre une compétence acquise en crise médicale vs devant être déployé en crise organisationnelle).

Beaucoup de programmes de formation à la résilience se concentrent sur le développement individuel d'une sorte de « résistance mentale » valable sur le long terme, envisageant la résilience comme une capacité générale indépendamment du contexte (Ketelaars, 2024). Cette idée atteint cependant ses limites lorsqu'il s'agit de faire face à des crises bien réelles sur le terrain. C'est pourquoi plusieurs auteurs plaident pour développer plutôt une capacité située, c'est-à-dire entraînée dans des scénarios spécifiques et concrets, afin de réagir efficacement aux situations critiques, c'est d'ailleurs ce que font les équipes de soins intensifs quand ils s'entraînent pour répondre à des crises cliniques.

Dans une revue couvrant 15 méta-analyses de 2012 à 2022, il a été constaté que la plupart des formations en résilience sont *“surdéterminées par leur domaine d'application”* et donc peu généralisables en l'état (Foncsi, 2024). En d'autres termes, on enseigne aux militaires, aux soignants, aux policiers, etc., des compétences adaptées à leur contexte propre, mais il existe relativement peu de cadres théoriques unifiés garantissant qu'une compétence acquise dans un domaine sera immédiatement opérationnelle dans un autre. Néanmoins, certaines compétences transversales conservent une valeur universelle en situation de crise. Par exemple, communiquer de façon claire sous stress ou savoir collaborer en équipe interdisciplinaire est des atouts dans tous les domaines étudiés (santé, armée, industries à risque, éducation). Cela explique pourquoi des entraînements centrés sur ces compétences (par ex. simulations d'équipe en conditions dégradées) ont essaimé dans divers secteurs. On peut penser que plus on montera en généralité (compétences humaines fondamentales), plus la transférabilité est forte (elles deviennent alors des “compétences transversales”). À l'inverse, plus on descend vers des gestes techniques spécialisés, plus le transfert direct d'un domaine à l'autre devient ardu. C'est notamment ce qui pourrait expliquer la difficulté de transférer des compétences spécifiques du contexte de crise clinique vers la réalité organisationnelle.

5.3 RECOMMANDATIONS MANAGÉRIALES POUR AMÉLIORER LA RÉSILIENCE ORGANISATIONNELLE DANS L'USI DU CHU SAINTE-JUSTINE

Les résultats de l'analyse révèlent un contraste marquant. À partir de ce constat, il devient pertinent de se demander : *que pourrions-nous transposer de ces dynamiques cliniques vers les enjeux organisationnels, sans tomber dans la simplification ni dans la reproduction mécanique ? Quelles sont les pratiques, postures ou conditions qui permettent à l'unité de répondre efficacement à une crise médicale, et qui pourraient être adaptées pour renforcer sa capacité à faire face aux perturbations systémiques ?*

Les pistes proposées ici émergent directement du terrain, soit des récits, des réflexes ou des tensions exprimées. Elles sont éclairées, mais non dictées, par, à la fois, les éléments théoriques présentés en début de mémoire et ceux présentés ci-haut. Ceux-ci nous permettent d'enrichir la lecture des pratiques déjà présentes dans l'unité, et d'identifier des leviers concrets pour que la résilience organisationnelle cesse de reposer sur la débrouille ou la bonne volonté, et devienne un objet collectif, structuré, soutenable. Nous proposons ici 5 leviers de transpositions qui pourraient bénéficier à l'USI, mais qui pourraient éventuellement aussi être étudiés pour d'autres contexte ou environnement à haute complexité technique.

5.3.1 RITUALISER LA VIGILANCE

INSPIRATION CLINIQUE

En clinique, les tournées médicales instaurent un moment régulier, partagé et structuré pour faire le point sur l'état des patients. Ces rituels soutiennent une vigilance collective : ils rendent visibles les signaux faibles, permettent d'ajuster rapidement les plans de soins et facilitent une prise de décision partagée. Surtout, ces routines ne reposent pas sur la bonne volonté ou l'initiative d'un individu en particulier : elles sont intégrées au fonctionnement normal, portées par l'équipe, soutenues par des outils et instituées dans l'horaire. C'est précisément ce caractère routinisé qui garantit leur fiabilité, même en contexte de turbulence ou de roulement de personnel.

TRANSPOSITION ORGANISATIONNELLE

Dans les crises organisationnelles, la vigilance repose trop souvent sur la présence, ou l'épuisement, de quelques personnes. Cette dépendance aux individus rend l'organisation vulnérable : *que se passe-t-il quand ces personnes s'absentent, quittent, ou n'ont plus l'énergie de porter seules les signaux faibles ?* À l'inverse, inspirées des tournées cliniques, des routines organisationnelles de vigilance permettraient de structurer un espace de régulation collectif, ancré dans des pratiques reproductibles et distribuées. Concrètement, cela pourrait se traduire par des *huddles* hebdomadaires consacrés à l'état du fonctionnement interne, par des *débriefs* mensuels sur les enjeux non cliniques, ou encore par la création d'un vocabulaire partagé permettant de nommer les signes de "*détérioration organisationnelle*" (surcharge, flou, conflits récurrents, sentiment d'inefficacité). L'enjeu n'est pas d'ajouter une charge administrative supplémentaire, mais de ritualiser une pratique minimale, soutenue par un cadre clair, qui permettrait à n'importe

quelle équipe, indépendamment de ses figures charismatiques, d'identifier, discuter et ajuster son propre fonctionnement.

À travers cette logique, la résilience ne devient pas l'affaire de quelques personnes engagées, mais celle d'un système outillé pour se surveiller, s'ajuster et se réguler collectivement. Ce passage d'une vigilance "*personne-dépendante*" à une vigilance "*processus-dépendante*" constitue un basculement fondamental pour sortir d'une posture de survie et construire une organisation capable de durer, même quand ses figures clés changent. En instaurant ce monitoring informel, mais régulier, l'organisation installe une forme de veille collective, qui prévient les accumulations silencieuses, soutient l'ajustement local, et agit comme un filet de sécurité organisationnel. C'est précisément cette capacité à ritualiser la vigilance, à en faire une fonction structurelle plutôt qu'un réflexe individuel, qui peut permettre de bâtir une résilience durable et distribuée.

5.3.2 RÉANCER LE SENS DU TRAVAIL

INSPIRATION CLINIQUE

En contexte clinique, lorsqu'une situation devient complexe, floue ou émotionnellement éprouvante, les équipes se recentrent instinctivement autour du patient. Il incarne une ancre commune, un repère stable qui permet de réordonner les priorités, de retrouver un sens immédiat à l'action, et de maintenir la cohésion, même dans l'incertitude. Le patient, en tant que finalité partagée, agit comme un véritable catalyseur d'alignement : on peut être en désaccord sur les moyens, mais on s'accorde sur le « pourquoi ».

TRANSPPOSITION ORGANISATIONNELLE

Dans une crise organisationnelle, c'est précisément cette ancre qui manque. Les décisions paraissent incohérentes, les priorités changent sans explication, les contraintes s'accumulent sans lien apparent avec la mission. Ce qui blesse alors les équipes, ce n'est pas seulement la surcharge ou l'instabilité, mais la perte de sens : le sentiment de ne plus reconnaître ce pour quoi on s'est engagé. Les repères identitaires de l'organisation et surtout de l'équipe, sa mission, ses valeurs, son utilité, deviennent flous, voire contradictoires avec l'action attendue. On parle, mais on n'incarne plus. On agit, mais on ne sait plus pourquoi.

Retrouver un alignement collectif implique de réancrer le travail dans ce qui fait sa raison d'être. Cela ne peut pas se faire par une simple communication descendante ou une nouvelle affiche de valeurs. Il s'agit plutôt de recréer, dans les équipes, des espaces de reconnexion à la mission, d'explicitation des finalités, de traduction concrète entre les tâches quotidiennes et l'impact réel sur les patient·e·s, les collègues, ou la qualité du service. Cela peut prendre plusieurs formes, mais il s'agit de relier les grandes décisions structurelles aux réalités du terrain, pour réduire la dissonance ressentie et reconstruire la cohérence du système. Ce travail de réancrage alimente une forme de stabilité interne, même quand l'environnement externe est instable. Il soutient l'engagement intrinsèque, car il redonne un cap lisible. Il renforce la confiance, car il montre que l'équipe reste fidèle à elle-même. Et surtout, il permet de réparer ce que les crises

organisationnelles viennent trop souvent fragiliser : *le sentiment que ce que l'on fait a un sens, et que ce sens est partagé.*

5.3.3 RECONNAÎTRE LES COMPÉTENCES ORGANISATIONNELLES POUR RENFORCER LE FILET COLLECTIF

INSPIRATION CLINIQUE

Dans les contextes de soins, la reconnaissance professionnelle passe avant tout par la maîtrise d'une expertise : les savoirs cliniques, les gestes techniques, les réflexes aiguisés. Mais au-delà des compétences individuelles, ce qui rend les équipes solides en situation critique, c'est la confiance mutuelle. On écoute les intuitions de l'autre, on agit sur un regard, on capte un signal faible autant d'un collègue que d'un patient. Cette forme d'intelligence collective s'est construite avec le temps, grâce à une reconnaissance implicite : chacun sait ce que l'autre sait faire, et cette reconnaissance structure la coopération.

TRANSPOSITION ORGANISATIONNELLE

Dans les moments de turbulence organisationnelle, ce maillage de confiance s'effrite. Et ce n'est pas nécessairement faute de bonne volonté : c'est souvent parce que les compétences nécessaires pour "tenir" l'organisation sont invisibles, non nommées, donc non reconnues. Or, ce sont elles qui maintiennent la continuité, savoir réguler une tension dans l'équipe, improviser une nouvelle répartition des tâches à la dernière minute, préserver un climat de collaboration malgré les trous dans la chaîne... Ces compétences organisationnelles sont essentielles, mais elles restent souvent reléguées au rang de "bon sens" ou de qualités personnelles. Pourtant, reconnaître ces savoir-faire, c'est plus que valoriser une performance : c'est rebâtir la confiance collective, en montrant que les efforts souvent informels sont vus, nommés, et intégrés à la valeur du groupe. Cela permet de redéployer une forme d'intelligence relationnelle, similaire à celle qui existe dans les contextes cliniques, une confiance dans les capacités organisationnelles de ses collègues, une écoute plus fine des signaux faibles de dysfonctionnement, une posture de co-responsabilité partagée dans la régulation du quotidien.

Cette reconnaissance peut s'institutionnaliser de plusieurs manières, par exemple, intégrer les compétences organisationnelles dans les grilles d'évaluation, proposer des formations sur la coordination, la communication en situation d'ambiguïté, ou la gestion des imprévus, ou encore nommer des référents organisationnels, à l'image des référents cliniques, dont la mission serait justement de soutenir et transmettre ces habiletés. Ce n'est pas une question de statut, mais de lisibilité et de légitimité. En donnant une valeur explicite aux compétences d'auto-organisation, l'organisation envoie un signal clair qu'elle ne laisse pas ces efforts au bon vouloir des individus, elle les reconnaît comme partie prenante de sa résilience. Ainsi, elle réinstalle un filet collectif, fondé sur la reconnaissance mutuelle, la confiance distribuée, et la valorisation d'une forme souvent négligée de compétence et d'expertise.

5.3.4 METTRE EN PLACE UNE VEILLE PARTAGÉE

INSPIRATION CLINIQUE

En clinique, les outils de détection et les routines d'examen des patients permettent de capter les signes avant-coureurs d'un basculement de l'état d'un patient ou du moins de se préparer à une détérioration éventuelle. Ces indices subtils ne sont pas ignorés : ils sont interprétés, monitorés, et déclenchent des réponses graduées. Ce système de veille clinique permet d'intervenir tôt, d'éviter les escalades, et de garder la maîtrise de la situation. C'est une culture de l'anticipation, fondée autant sur les données que sur l'expérience et la confiance dans les observations des membres de l'équipe.

TRANSPPOSITION ORGANISATIONNELLE

En contexte organisationnel, les crises ne surgissent pas de nulle part. Elles s'annoncent, souvent de manière diffuse, une multiplication des réunions inefficaces, une fatigue morale qui s'installe, des microconflits récurrents, une perte de sens qui s'exprime à demi-mot. Le problème, ce n'est pas l'absence de signaux, mais plutôt le fait qu'ils soient ignorés, banalisés, ou disqualifiés. Tant que le système fonctionne "à peu près", on attend. Et en attendant, on glisse. Ce glissement silencieux mène souvent à des effondrements évitables, si seulement les alertes informelles avaient été prises au sérieux.

Mettre en place une veille organisationnelle partagée, c'est reconnaître que les équipes détiennent déjà une connaissance fine de ce qui dysfonctionne, à condition qu'on leur donne les moyens de le dire, et la légitimité d'être écoutées. Cette veille ne nécessite pas forcément un outil sophistiqué, mais plutôt de définir quelques indicateurs simples, mais signifiants (surcharge perçue, perte de sens, erreurs de coordination, fatigue émotionnelle), puis de créer des espaces réguliers de discussion autour de ces indicateurs. Cela peut être intégré aux réunions d'équipe, soutenu par un tableau de bord collaboratif, ou ritualisé par des "check-in" mensuels. Au-delà de l'outil, l'enjeu est culturel et il faut faire confiance aux signaux faibles, valoriser ceux qui les nomment, et développer une capacité partagée à réagir tôt, de façon adaptée. Il ne s'agit pas de tout dramatiser, mais de créer les conditions pour que l'organisation ne soit jamais surprise par une crise qu'elle aurait pu voir venir. Cette logique rejoint celle des systèmes résilients : plus la détection est précoce, plus la réponse peut être proportionnée, collaborative, et maîtrisée.

Ce monitoring collectif transforme l'inquiétude individuelle en alerte distribuée. Il légitime des ajustements proactifs, permet de contenir les dérèglements avant qu'ils ne s'aggravent, et installe une culture de vigilance non punitive. Ce faisant, il protège l'équipe contre l'installation insidieuse de la crise, et renforce sa capacité à rester actrice plutôt que spectatrice de sa propre dégradation.

5.3.5 REDONNER DES MARGES DE MANŒUVRE LOCALES

INSPIRATION CLINIQUE

Dans les situations d'urgence, les équipes cliniques n'attendent pas l'autorisation de la direction pour adapter un protocole, redistribuer les rôles ou répondre à une situation imprévue, au

contraire, dans le contexte clinique, l'équipe de l'USI détient le pouvoir décisionnel. Leur capacité à ajuster localement, dans l'instant, avec les ressources disponibles, repose sur une double condition, soit, une confiance profonde dans leurs compétences et ceux de leurs collègues, et un cadre clair qui permet de savoir jusqu'où on peut aller. Ce pouvoir d'agir immédiat, adossé à une responsabilité assumée, est fondamental pour la fluidité et la sécurité des soins.

TRANSPOSITION ORGANISATIONNELLE

À l'échelle organisationnelle, ce réflexe d'ajustement local est souvent plus difficile. Les règles sont rigides, les processus centralisés, les décisions remontent, ou stagnent, dans la hiérarchie et on sent qu'on n'a ni pouvoir décisionnel ni possibilité de proposer des solutions. Même les personnes sur le terrain voient ce qui pourrait être amélioré, elles sentent qu'elles n'ont pas de voix ni d'écoute. Cette dynamique alimente la frustration, la démobilisation, et l'engorgement du système. Pourtant, une organisation résiliente ne peut pas fonctionner sans une capacité distribuée d'ajustement local. Donner des marges de manœuvre aux équipes, ce n'est pas renoncer au contrôle, c'est reconnaître que les personnes proches du terrain sont souvent les mieux placées pour ajuster rapidement et pertinemment. Encore faut-il que cette autonomie soit encadrée : il ne s'agit pas de tout déléguer, mais de définir un cadre clair d'autonomie locale, dans lequel les unités peuvent expérimenter, ajuster, réagir, sans avoir à attendre constamment un feu vert.

Autoriser l'ajustement local, c'est dire : on a confiance en vous. C'est reconnaître que la résilience ne vient pas seulement d'en haut, mais de la capacité du système à laisser ses maillons s'ajuster pour continuer à tenir. C'est aussi éviter que les équipes ne se retrouvent figées, à subir une crise organisationnelle faute de marge pour agir autrement. Cette autonomie encadrée permet de débloquer rapidement les situations, d'éviter les escalades, et de soutenir la fluidité du fonctionnement quotidien. Elle installe une forme de gouvernance partagée de la résilience, où le terrain devient un acteur légitime de l'adaptation, reconnu pour sa capacité à prendre soin, non seulement des patients, mais du système lui-même.

Bref, une action locale dans un contexte systémique

Il est important de reconnaître que la crise organisationnelle que traverse actuellement le CHUSJ ne peut être réduite aux dynamiques internes de l'unité. Elle s'inscrit dans un réseau de contraintes plus vaste, marqué par une pénurie de personnel chronique, une pression constante sur les capacités hospitalières, une instabilité décisionnelle au niveau ministériel, et une dégradation progressive des conditions de travail dans tout le réseau de la santé. En ce sens, les symptômes observés dans l'unité sont les résonances locales d'un déséquilibre systémique, dont les causes dépassent largement les murs de l'hôpital.

Il serait donc illusoire de croire que l'unité, à elle seule, pourrait rétablir l'équilibre ou transformer profondément son environnement. Mais ce constat ne doit pas conduire au repli ou à la résignation. Car c'est précisément dans ces contextes contraints que la résilience prend tout son sens. Non pas comme promesse de contrôle absolu, mais comme capacité à faire mieux avec ce qui est, à rester habité par une culture d'ajustement collectif et d'intelligence du présent. Les

leviers proposés dans cette section ne visent pas à “corriger” les dysfonctionnements du réseau à partir du bas ni à transférer sur les équipes locales la responsabilité d’un changement structurel. Ils visent plutôt à identifier les marges d’action concrète, légitimes et soutenables, à l’échelle de l’unité, pour maintenir une capacité de vigilance, de coordination et d’apprentissage, même dans un système instable.

C’est dans ces marges, parfois modestes, mais porteuses, que se joue une forme de résilience située, ni héroïque ni naïve, mais profondément ancrée dans les pratiques. Elle ne remplace pas les changements structurels nécessaires, mais elle permet à l’organisation de tenir, d’apprendre, et de continuer à agir malgré tout. En ce sens, les leviers analysés ici ne sont pas des solutions miraculeuses. Ils sont des invitations à outiller ce qui fonctionne déjà, à ritualiser ce qui est spontané, à nommer ce qui reste souvent tacite, pour que la résilience clinique, si précieuse, puisse aussi « *infiltrer* » la sphère organisationnelle.

CONCLUSION

« Aucune transformation organisationnelle durable ne peut se faire sans une intelligence collective du terrain. »

– Paraphrasée, provenant d’une infirmière de l’USI

« *C'est quand tout semble aller bien qu'il faut redoubler de vigilance.* ». Cette phrase, empruntée à la culture des organisations à haute fiabilité (HROs), résume bien l'esprit de ce mémoire.

Ce travail est né d'un étonnement : **comment une unité aussi performante face aux urgences cliniques peut-elle se retrouver déstabilisée par des perturbations de nature organisationnelle ?** En situation clinique, la vigilance est ritualisée, distribuée, partagée. En situation organisationnelle, elle est inexistante ou fragmentaire. Cette inégale répartition de la vigilance contribue à expliquer pourquoi certaines crises sont détectées, absorbées et surmontées rapidement, alors que d'autres s'installent sans déclencheur clair, sans langage partagé, et sans réponse coordonnée. Dans la sphère clinique, la vigilance constitue une base fondamentale de la résilience quotidienne. Elle se manifeste dans le suivi rigoureux et en temps réel des signes vitaux ; les tournées interdisciplinaires, rituels quotidiens d'ajustement collectif ; l'attention portée aux écarts subtils dans l'évolution d'un patient ; l'utilisation partagée d'outils d'alerte, de codes de détérioration, de signaux cliniques normalisés. Cette vigilance n'est pas qu'un protocole technique. Elle est aussi culturelle et affective, mobilisant une conscience collective et une capacité à se synchroniser autour d'un objectif commun : la détection rapide pour éviter le point de bascule. Pourtant, en contexte organisationnel, aucun mécanisme équivalent ne structure la surveillance du système. Les signaux faibles organisationnels, tensions interpersonnelles, surcharge chronique, désalignement des directives, démobilisation progressive, sont difficiles à nommer, difficiles à quantifier et souvent difficiles à entendre. Ces signes, pourtant révélateurs d'une détérioration du système, sont interprétés comme des "aléas normaux" du travail, dissous dans la routine quotidienne ou même carrément invisibilisés dans des circuits de communication verticaux ou inefficaces. Ce contraste profond révèle un angle mort collectif, soit celui de l'environnement de soin comme objet de surveillance partagée. Cette inégale vigilance ne tient pas à un manque de volonté ou de compétence, mais à un désalignement fondamental de l'anticipation. Les soignants sont formés, entraînés et encouragés à voir la crise chez le patient, mais rarement à reconnaître les signes d'une crise systémique latente. Ce désalignement est structurel et le résultat est une forme d'aveuglement collectif sur les causes lentes et diffuses des crises organisationnelles. Ce constat m'a habité pendant plusieurs semaines lors de ma collecte de données et c'est de là que l'idée de la transposition et surtout l'idée de s'inspirer de cette capacité qu'avait l'USI à répondre à des crises cliniques a émergé ; et si l'on formait les équipes à faire du monitoring organisationnel comme on les forme à la vigilance clinique ? Et si l'on transposait certains principes bien rodés, rounds, scores d'alerte, indicateurs de détérioration, à l'échelle de l'environnement de travail ? Je me suis mise à penser qu'en s'appuyant sur les dynamiques déjà présentes dans l'unité et en s'inspirant de pratiques éprouvées dans d'autres contextes, il devenait possible de penser des leviers de transposition réalistes, adaptés, et porteurs de changement.

Notre démarche reposait donc sur cette hypothèse centrale : la résilience ne se déploie pas de manière uniforme selon la nature des perturbations. Cette hypothèse s'est confirmée au fil de l'analyse, révélant une asymétrie marquée entre la sphère clinique, où les réponses sont ancrées, partagées et collectives, et la sphère organisationnelle, où les mécanismes d'adaptation demeurent souvent fragiles, informelle ou dépendant de personnes clés.

L'une des principales contributions de ce mémoire est d'avoir proposé une lecture renouvelée de la résilience comme phénomène asymétrique. Plutôt que de la considérer comme une compétence unifiée, nous avons mis en lumière la pluralité de ses formes, ses dynamiques variables selon les contextes, et surtout, la dissonance entre ses expressions cliniques et organisationnelles. Cette approche permet de faire un pas de côté par rapport aux modèles homogènes de la résilience, et de partir d'une compréhension plus nuancée et située. L'analyse ancrée dans les cinq compétences de la résilience (anticipation, absorption, rétablissement, ajustement local, apprentissage collectif), elle-même inspirée des principes des *High Reliability Organizations*, a permis de structurer un regard précis sur les zones de force, de fragilité, et d'opportunité. Au-delà du cadre théorique, cette recherche propose aussi des leviers concrets pour renforcer la résilience organisationnelle, en s'appuyant sur les savoir-faire déjà présents dans la sphère clinique. Elle suggère que des gestes simples, mais structurants, peuvent être transposés : des rituels collectifs pour prendre soin de l'organisation comme on prend soin des patients, un monitoring des signaux faibles comparable à celui des détériorations cliniques, un leadership plus distribué qui favorise l'initiative du terrain. Ces propositions ne visent pas à prescrire des solutions universelles, mais à offrir des pistes pour expérimenter localement, en tenant compte des dynamiques propres à chaque milieu.

Ceci dit, plusieurs limites doivent être reconnues, notons que ce travail s'inscrit dans une vision centrée sur la réaction, sans toujours interroger les causes profondes des perturbations. Une grande partie de la littérature et de cette analyse met l'accent sur la capacité à « bien répondre » plutôt qu'à prévenir ou transformer les conditions qui rendent les équipes vulnérables.

Ce mémoire s'est aussi concentré sur une seule unité, analysée comme un système relativement autonome. Or, cette unité opère au sein d'un hôpital, lui-même pris dans un réseau de santé traversé par des tensions structurelles importantes. La crise que traverse actuellement le CHUSJ est systémique : elle découle d'un enchevêtrement de pénuries, de pressions bureaucratiques, de conflits interunités et d'injonctions externes qui dépasse largement le périmètre de l'unité. En ce sens, notre analyse ne capture qu'une partie du tableau. Elle éclaire les dynamiques locales, mais peine à rendre compte des interactions avec les niveaux décisionnels, politiques ou interorganisationnels. C'est pourtant dans ce paradoxe que résident la pertinence et l'urgence des leviers proposés. Car même si l'USI ne peut agir sur les politiques ministérielles ou les structures du réseau, elle peut cultiver une culture interne plus robuste, expérimenter des formes de vigilance partagée, et structurer ses apprentissages. En ce sens, renforcer la résilience organisationnelle locale, c'est aussi préparer le terrain pour de futures alliances systémiques.

Ces limites ouvrent cependant la voie à plusieurs pistes de recherche futures. Il serait pertinent d'approfondir la compréhension de la résilience à l'échelle du système de santé, en étudiant les interactions entre les unités, les directions, les politiques publiques et les régulations ministérielles. La question de la mesure reste aussi entière : comment capter, suivre, et objectiver la résilience organisationnelle autrement que par l'intuition ou le discours ? Comment institutionnaliser des pratiques de veille, de réflexivité et de soutien collectif ? Et comment former les acteurs de santé à exercer un leadership adaptatif, capable de naviguer dans la complexité sans l'illusion du contrôle absolu ?

Ce mémoire ne prétend pas offrir de solution toute faite. Il cherche plutôt à décaler le regard, à rendre visible ce qui est souvent informel ou éclipsé, et à rappeler que la résilience ne repose pas uniquement sur la force des individus, mais sur la qualité des liens, des structures et des environnements dans lesquels ils évoluent. Bref, il s'agit d'une invitation à construire des systèmes de soins capables non seulement de faire face à l'imprévu, mais aussi de s'en servir comme levier pour mieux penser leur propre fonctionnement.

RÉFÉRENCES

- 1) Aase, K., & Wiig, S. (2020). *Resilient Health Care: Volume 3. Delivering Safety in Health Care*. CRC Press.
- 2) Amalberti, R. (2021). *Naviguer en santé. Vers une culture de sécurité des soins*. Saint-Simon.
- 3) Anderson, J. E., Ross, A. J., Back, J., Duncan, M., Jaye, P., & Anderson, J. (2020). Resilience engineering in healthcare: Moving from epistemology to theory and practice. *Safety Science*, 131, 104904.
- 4) Barasa, E., Mbau, R., & Gilson, L. (2018). What is resilience and how can it be nurtured? A systematic review of empirical literature on organizational resilience. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(6), 491–503.
- 5) Biddle, L., Wahedi, K., & Bozorgmehr, K. (2020). Health system resilience: a literature review of empirical research. *Health Policy and Planning*, 35(8), 1084–1109. DOI: 10.1093/heapol/czaa032
- 6) Boin, A. (2020). Hiding in plain sight: Conceptualizing the creeping crisis. *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy*, 11(2), 116–138.
- 7) Bourrier, M. (1999). *Le nucléaire à l'épreuve de l'organisation*. Presses Universitaires de France.
- 8) Bourrier, M., & Bieder, C. (2013). *Travailler en sécurité : Une approche intégrée*. Presses des Mines.
- 9) Buchbinder, M., Iwashyna, T. J., Yakusheva, O., Kelly, L. A., & Costa, D. K. (2024). Organizational Resilience: A Systems-Based Approach for Addressing the Workforce Crisis in Intensive Care. *Chest*, 166(4), 673–675. DOI: 10.1016/j.chest.2024.05.036
- 10) Bundy, J., Pfarrer, M. D., Short, C. E., & Coombs, W. T. (2017). Crises and crisis management: Integration, interpretation, and research development. *Journal of Management*, 43(6), 1661–1692.
- 11) Braithwaite, J., Wears, R. L., & Hollnagel, E. (2017). *Resilient Health Care, Volume 2: The Resilience of Everyday Clinical Work*. CRC Press.
- 12) Canon, W. B. (1932). *The Wisdom of the Body*. W. W. Norton & Company.
- 13) CHU Sainte-Justine. (2023). *Plan stratégique 2023–2027 du CHU Sainte-Justine*. Montréal : CHUSJ.
- 14) Contandriopoulos, D. (2014). Mind the gap: Une critique de l'adaptation des politiques publiques aux connaissances issues de la recherche. *Politiques de Santé*, 2(1), 7–11.
- 15) Copeland, S., Hinrichs-Krapels, S., Fecondo, F., Ralon Santizo, E., Bal, R., & Comes, T. (2023). A resilience view on health system resilience: a scoping review of empirical studies and reviews. *BMC Health Services Research*, 23, Article 1297. DOI: 10.1186/s12913-023-10022-8
- 16) Dekker, S. (2011). *Drift into Failure: From Hunting Broken Components to Understanding Complex Systems*. CRC Press.
- 17) Dufresne, Y., & Maroy, C. (2016). Savoirs d'action et gouvernance des institutions d'enseignement supérieur. *Éducation et Sociétés*, 37(1), 15–32.
- 18) Ducheck, S. (2020). Organizational resilience: a capability-based conceptualization. *Business Research*, 13(1), 215–246.
- 19) Ginsburg, K. R. (2007). The 7 Cs model of resilience. *Pediatrics*, 120(2), 410–420.
- 20) Greenhalgh, T., & Papoutsis, C. (2018). Studying complexity in health services research: Desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, 16(1), 95.
- 21) Hillmann, J., & Guenther, E. (2021). Organizational Resilience: A Valuable Construct for Management Research? *International Journal of Management Reviews*, 23(1), 7–44.
- 22) Hollnagel, E. (2011). Prologue: The scope of resilience engineering. In E. Hollnagel, J. Pariès, D. D. Woods, & J. Wreathall (Eds.), *Resilience Engineering in Practice: A Guidebook* (pp. xxv–xxxix). Ashgate.
- 23) Hollnagel, E. (2017). *Safety-II in Practice: Developing the Resilience Potentials*. Routledge.
- 24) Hollnagel, E. (2020). *Resilience Engineering*. CRC Press.

- 25) Hollnagel, E., Wears, R. L., & Braithwaite, J. (2015). From Safety-I to Safety-II: A White Paper. The Resilient Health Care Net.
- 26) Hollnagel, E., Woods, D. D., & Leveson, N. (Eds.). (2006). Resilience Engineering: Concepts and Precepts. Ashgate.
- 27) INESSS. (2010). Cadre de qualité pour les soins intensifs. Québec : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
- 28) Kahn, W. A., Barton, M. A., & Fellows, S. (2013). Organizational crises and the disturbance of relational systems. *Academy of Management Review*, 38(3), 377–396.
- 29) Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The Social Psychology of Organizations* (2nd ed.). Wiley.
- 30) Lalande, F. (2016). *En terrain sensible : Les paradoxes du changement organisationnel à l'hôpital*. Presses de l'Université de Montréal.
- 31) Lalonde, M., & Philippe, P. (2023). Pratiques de soin, production de savoirs et rationalités managériales. *Éducation et Sociétés*, 50(2), 65–86.
- 32) Le Coze, J.-C. (2016). Reflexive approaches to safety and risk in sociotechnical systems. In *Safety, Reliability, Risk and Life-Cycle Performance of Structures and Infrastructures* (pp. 3–10). CRC Press.
- 33) Lenglet, A., & Reffay, C. (2022). *Penser l'organisation à partir des tensions*. Presses Universitaires de France.
- 34) Macrae, C. (2014). The problem with incident reporting. *BMJ Quality & Safety*, 23(9), 702–703.
- 35) Macrae, C. (2016). The problem with incident reporting. In E. Hollnagel, J. Braithwaite, & R. Wears (Eds.), *Resilient Health Care, Volume 2* (pp. 77–92). CRC Press.
- 36) Macrae, C. (2022). *Close Calls: Managing Risk and Resilience in Airline Flight Safety*. Palgrave Macmillan.
- 37) Mallak, L. A. (1998). Measuring resilience in health care organizations. In *Proceedings of the 1998 IEEE International Conference on Systems, Man, and Cybernetics* (Vol. 1, pp. 536–541). IEEE.
- 38) Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023). *Projet de loi n°15 : Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*. Québec : Gouvernement du Québec.
- 39) Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe* (2e éd.). Seuil.
- 40) Nemeth, C. P., Wears, R. L., Patel, S., Rosen, G., & Cook, R. I. (2011). Resilience is not control: Healthcare, crisis management, and ICT. *Cognition, Technology & Work*, 13(3), 189–202.
- 41) Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (4th ed.). Sage Publications.
- 42) Plottu, É. (1998). Les crises et leur gestion. Typologies et temporalités du processus de résolution. *Sciences de la société*, 44(1), 145–163.
- 43) Perrow, C. (1984). *Normal Accidents: Living with High-Risk Technologies*. Princeton University Press.
- 44) Pomey, M. P., Forest, P. G., Martin, E., & Ghadiri, D. P. (2021). La gouvernance en partenariat avec les patients : un levier pour améliorer les soins et les services. *Santé Publique*, 33(4), 495–505.
- 45) Ratliff, H. C., Lee, K. A., Buchbinder, M., Kelly, L. A., Yakusheva, O., & Costa, D. K. (2025). Organizational Resilience in Healthcare: A Scoping Review. *Journal of Healthcare Management*, 70(3), 165–188. DOI: 10.1097/JHM-D-24-00084
- 46) Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate.
- 47) Reay, T., Goodrick, E., Waldorff, S. B., & Casebeer, A. (2017). Getting leopards to change their spots: Co-creating a new professional role identity. *Academy of Management Journal*, 60(3), 1043–1070.
- 48) Reay, T., & Hinings, C. R. (2009). Managing the rivalry of competing institutional logics. *Organization Studies*, 30(6), 629–652
- 49) Reay, T., & Jones, C. (2016). Qualitatively capturing institutional logics. *Strategic Organization*, 14(4), 441–454
- 50) Robert, B., & Mounier, N. (2020). *Organisation résiliente : Une utopie concrète ?* EMS Editions.
- 51) Shepherd, D. A., & Williams, T. A. (2023). Different response paths to organizational resilience. *Small Business Economics*, 61(1), 23–58. DOI: 10.1007/s11187-022-00689-4

- 52) Smirnova, L., et al. (2015). Cellular resilience and the importance of robustness in toxicological assessments. *Toxicology In Vitro*, 29(1), 34–41.
- 53) Su, W., & Junge, S. (2023). Unlocking the recipe for organizational resilience: A review and future research directions. *European Management Journal*, 41(6), 1086–1105. DOI: 10.1016/j.emj.2023.03.002
- 54) Uhl-Bien, M., & Arena, M. (2017). Complexity leadership: Enabling people and organizations for adaptability. *Organizational Dynamics*, 46(1), 9–20.
- 55) Vincent, C., & Wears, R. L. (2013). Complex systems and safety: Reflections on the role of resilience. *BMJ Quality & Safety*, 22(5), 409–413.
- 56) Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2007). *Managing the Unexpected: Resilient Performance in an Age of Uncertainty* (2nd ed.). Jossey-Bass.
- 57) Wiig, S., Aase, K., & Bal, R. (2020). Reflexive spaces: Leveraging resilience into healthcare regulation and management. *Journal of Patient Safety*, 16(3), 170–173.
- 58) Woods, D. D. (2006). Essential characteristics of resilience. In E. Hollnagel, D. D. Woods, & N. Leveson (Eds.), *Resilience Engineering: Concepts and Precepts* (pp. 21–34). Ashgate.
- 59) Woods, D. D. (2015). Four concepts for resilience and the implications for the future of resilience engineering. *Reliability Engineering & System Safety*, 141, 5–9.
- 60) Woods, D. D. (2018). The theory of graceful extensibility: Basic rules that govern adaptive systems. *Environment Systems and Decisions*, 38, 433–457.

ANNEXE A – APPROBATION CER CHU STAINTÉ-JUSTINE



Le 15 avril 2025

Caroline Tremblay
CHU Sainte-Justine

Objet	Approbation éthique initiale - CÉR
	2025-8127 Quels sont les facteurs qui influencent la capacité de l'équipe des soins intensifs du CHU Sainte-Justine à s'adapter de manière efficace à différentes perturbations et ainsi avoir une réponse efficace en cas de crise?
	Co-chercheurs : Baruch Toledano; Marine Agogué

Bonjour,

Votre projet pourra commencer dans nos murs uniquement lorsque la personne mandatée au CHU Sainte-Justine aura émis et déposé son autorisation pour la réalisation du projet de recherche au CHU Sainte-Justine.

Le Comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine, à sa réunion plénière tenue le 27 mars 2025, a évalué le projet mentionné en rubrique. Suite à vos réponses satisfaisantes, le Comité accorde son approbation éthique en date du 15 avril 2025.

Le CÉR confirme également avoir assuré l'examen scientifique du projet.

Les documents suivants ont été approuvés :

- Protocole de recherche daté du 13 avril 2025
- Formulaire d'information et de consentement daté du 27 mars 2025
- Modèle de courriel d'invitation à participer à l'étude non daté
- Questionnaire d'entrevue longue non daté
- Questionnaire d'entrevue flash non daté

Le formulaire d'information et de consentement estampillé a été déposé dans le dossier du projet. Nous vous prions de vous servir de cette version estampillée.

Tous les projets de recherche impliquant des sujets humains doivent être réévalués annuellement. La durée de votre approbation sera effective jusqu'au 15 avril 2026. Il est de votre responsabilité de soumettre une demande au comité pour que l'approbation éthique soit renouvelée avant la date d'expiration. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité dans les plus brefs délais de toute modification au projet et/ou de tout événement grave et inattendu susceptible d'augmenter le niveau de risque ou d'influer sur le bien-être du participant.

Considérez que pour une collaboration avec un tiers impliquant des transferts de fonds ou de données/matériel biologique, une entente (contrat) est nécessaire. Celle-ci doit être gérée par le Bureau des ententes de recherche.

À noter que :

- Le Comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine (numéro FWA00021692) est désigné par le gouvernement du Québec (MSSS).
- La composition de ce comité d'éthique pour la recherche satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
- Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités d'une manière conforme aux Bonnes pratiques cliniques, à l'Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains, au Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique, aux lois et règlements applicables au Québec et au Canada, ainsi qu'aux standards américains énoncés par le Code of Federal Regulations.

En vous souhaitant du succès dans la réalisation de votre projet,



Marie-Hélène La France
Responsable administrative des nouveaux projets de recherche
Bureau de l'éthique de la recherche
pour Patrick Gogognon, conseiller en éthique et vice-président du Comité d'éthique de la recherche

Signé le 2025-04-15 à 13:54