



*On mesure l'intelligence d'un individu à la quantité d'incertitudes qu'il est capable de  
supporter.*

Emmanuel Kant

# HEC MONTRÉAL

## **L'émergence d'acteurs et leurs impacts dans la reconstitution d'un réseau de routines et d'un parcours de soins pour faire face à la COVID-19 : Le cas innovant de l'hôpital DIVN**

Travail s'inscrivant au sein du projet de recherche 2021-8965 : La transformation des pratiques professionnelles, la capacité d'innover et le partage de connaissances au-delà des canaux établis pour faire face aux besoins changeants en temps de crise de la COVID-19.

**par  
Simon Reeves**

**Karl-Emanuel Dionne  
HEC Montréal  
Directeur de recherche**

**Sciences de la gestion  
(Spécialisation développement organisationnel)**

*Mémoire présenté en vue de l'obtention  
du grade de maîtrise ès sciences en gestion  
(M. Sc.)*

juin 2022  
© Simon Reeves, 2022

# HEC MONTRÉAL

Comité d'éthique de la recherche

Le 29 octobre 2021

À l'attention de :  
Karl-Emanuel Dionne  
Professeur adjoint, HEC Montréal

## Projet # 2021-3971

**Titre : La transformation des pratiques professionnelles, la capacité d'innover et le partage de connaissances au-delà des canaux établis pour faire face aux besoins changeants en temps de crise de la COVID-19**

**Source de financement :** HEC-FSR - CCS R2596; FRQSC - CCS R2641; CRSH - CCS R2717

Bonjour,

Pour donner suite à votre demande de renouvellement, le certificat d'approbation éthique pour le présent projet a été renouvelé en date du 01 mai 2021. **Ce certificat est valide jusqu'au 01 mai 2022.**

**Dans le contexte actuel de la pandémie de COVID-19, vous devez vous assurer de respecter les directives émises par le gouvernement du Québec, le gouvernement du Canada et celles de HEC Montréal en vigueur durant l'état d'urgence sanitaire.**

Vous devez donc, avant cette date, obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire *F7 - Renouvellement annuel*. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si votre projet est terminé avant cette échéance, vous devrez remplir le formulaire *F9 - Fin de projet*.

Si des modifications importantes sont apportées à votre projet avant l'échéance du certificat, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet*.

Prenez également note que tout nouveau membre de votre équipe de recherche devra signer le formulaire d'engagement de confidentialité et que celui-ci devra nous être transmis lors de votre demande de renouvellement.

Nous vous souhaitons bon succès dans la poursuite de votre recherche.

Cordialement,

**Le CER de HEC Montréal**

## RENOUVELLEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

---

**Projet # :** 2021-3971

**Titre du projet de recherche :** La transformation des pratiques professionnelles, la capacité d'innover et le partage de connaissances au-delà des canaux établis pour faire face aux besoins changeants en temps de crise de la COVID-19

**Chercheur principal :**

Karl-Emanuel Dionne  
Professeur adjoint, Département d'entrepreneuriat et innovation, HEC Montréal

**Cochercheurs :**

Kathy Malas; Simon Reeves; Margaux Manent

**Date d'approbation du projet :** 21 mai 2020

**Date d'entrée en vigueur du certificat :** 01 mai 2021

**Date d'échéance du certificat :** 01 mai 2022

---

Maurice Lemelin  
Président  
CER de HEC Montréal

*Pour tous ceux qui ont passé leur vie dans le noir à gaspiller leurs talents.*

*Pour tous ceux qui se morfondent de leur ignorance après qu'on leur ait donné leur chance.*

*Pour tous ceux qui ne réaliseront jamais l'immensité du potentiel humain.*

 , 2009

*Au 13 mars 2020 où on a eu comme tout le monde l'annonce que cette première vague-là arrivait. On revenait de la semaine de relâche. Je me souviens que moi à cette époque-là moi je partais en voyage où j'ai annulé mes vacances. Et le premier réflexe c'est "Ah une autre affaire..." puis de ne pas le prendre tant au sérieux...*

*Puis tranquillement voir des collègues qui avaient la Covid, ensuite de voir l'absentéisme.  
Puis de voir tranquillement ce qui se passait aux nouvelles en Europe puis de se dire...  
"Oh my god, ça va nous atteindre!"*  
S07 - répondante du projet de recherche

## Quelle est l'énigme (*What's the puzzle*) ?

Les recherches ont démontré que les crises organisationnelles, quoi que disruptives et génératives de secousses environnementales, ont ce potentiel opportun d'introduire des changements, de générer des apprentissages et de consolider des innovations. Les travaux ciblant des terrains aux prises avec de telles crises ont observé que pour s'adapter avec succès, les organisations et leurs acteurs doivent développer et partager localement leurs nouvelles idées tout en modifiant leurs modes de travail. Toutefois, nous en savons peu sur comment les innovations se construisent en situation de crise organisationnelle et sur le rôle sous-jacent des acteurs dans l'adaptation, le partage et la stabilisation des nouveaux modes de travail au sein d'un réseau en vue de consolider les innovations. Afin d'apporter de nouvelles connaissances sur ces interrogations, nous étudierons l'hôpital académique DIVN ayant été frappée de plein fouet par une crise pandémique et plus spécifiquement en suivant le travail de quatre acteurs émergents ayant eu des impacts notoires dans la gestion de la crise et au sein de la conception temporaire d'un réseau ramificateur fondé sur un objectif commun d'alliance des efforts pour augmenter les capacités d'innovation et réadapter les parcours de soins tout en préservant les services en place. Notre problématique de recherche est la suivante : **Comment l'émergence d'acteurs a-t-elle influencé la reconstitution d'un réseau interdépendant de routines et l'adaptation d'un parcours de soins pour faire face à la COVID-19 à l'hôpital DIVN ?**

**Mots clés :** *Routine Dynamics*, COVID-19, théorie de l'acteur réseau, méthodologie qualitative

**Méthodes de recherche :** qualitative inductive, codage sémantique, triangulation

## Table des matières

Quelle est l'énigme ( <i>What's the puzzle</i> ) ?.....	7
Table des matières.....	8
Liste des tableaux, des figures et des annexes.....	9
Mots-clés.....	10
Remerciements.....	11
Chapitre 1 - Introduction.....	1
Chapitre 2 - Problématique.....	8
Chapitre 3 – Assises conceptuelles.....	12
Chapitre 4 - Méthodologie.....	31
Chapitre 5 – Présentation des résultats.....	50
Chapitre 6 - Discussion.....	105
Chapitre 7 - Conclusion.....	125
Bibliographie.....	131
Annexes.....	141

## Liste des tableaux, des figures et des annexes

Tableau 1 - Composition des répondants et sources de données collectées

Tableau 2 - Présentation des acteurs émergents

Tableau 3 - Caractérisation des artefacts COVID

Tableau 4 - Synthèse chronologique des résultats

Tableau 5 : Une reconstitution progressive par un travail de routines

Tableau 6 - Mécanismes et impacts dans la gestion de la crise

Tableau 7 : Rapport partiel des activités COVID-19 sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA)

Figure 1 - Processus d'analyse

Figure 2 : Reconstitution de la stratégie d'action de la SWAT TEAM des soins intensifs

Figure 3: Évolution chronologique de l'acteur réseau - ramifications et des interdépendances de l'acteur réseau

Figure 4 : Reconstitution d'une version de l'algorithme de l'arrêt cardiorespiratoire en zone COVID-H.

Annexe 1: Guide d'entretien

Annexe 2 : Courriel de sollicitation au projet

Annexe 3 : Notes d'observation pendant une entrevue de recherche

Annexe 4 : Notes d'observation reconstituées du plan de formation covid-19 (version du 16 avril 2020)

Annexe 5 : Notes d'observation d'un compte rendu de la SWAT TEAM du bloc opératoire

Annexe 6 : Reconstitution d'une version archivée du protocole COVID-19 soins critiques développée par l'équipe des soins intensifs (version du 5 avril 2020)

Annexe 7 : Capsule vidéo sur le protocole de transport COVID-19 intrahospitalier

Annexe 8 : Trajectoire COVID-19 pour un transfert de patient en provenance des soins intensifs vers le bloc opératoire

Annexe 9 : Schématisation d'une trajectoire COVID-19 en provenance de l'unité d'urgence vers les soins intensifs

## **Mots-clés**

Routine dynamics

COVID-19

Théorie de l'acteur réseau (*Actor-Network Theory, ANT*)

Méthodologie qualitative

## Remerciements

Karl-Emanuel Dionne, mon cher directeur de recherche et mon mentor théorique. Voilà maintenant deux ans que je m'abreuve de tes conseils et de tes leçons. Tu m'as introduit à un alphabet théorique dont je ne connaissais même pas l'existence et qui fait aujourd'hui partie inhérente de mon arsenal réflexif et analytique. Tu m'as transmis ton savoir avec générosité, intelligence et bienveillance. Tu es un grand chercheur et un professeur de grand calibre. Ce fut un privilège, merci pour tout !

Kathy Malas, ma mentor pratique et incontestablement la gestionnaire la plus étourdissante et inspirante que j'ai eu la chance de côtoyer dans ma carrière. Sans toi, je n'aurais jamais eu la chance de vivre cette expérience unique de recherche. Je te demanderais de ne jamais perdre cette passion qui t'anime et qui soulèvera toute barrière à l'innovation dans nos institutions de santé. En t'observant évoluer, je suis aujourd'hui convaincu qu'il est possible de s'épanouir en recherche et en pratique. Il suffit de savoir habilement se positionner à la frontière entre la théorie et la pratique. Un grand merci de nous avoir fait bénéficier de ta popularité dans le recrutement des participants du projet.

Margaux Manent, ma complice de recherche qui s'est toujours montrée disponible pour me soutenir dans les questions de recherche, dans les fondements linguistiques et sémantiques d'un jargon *métho-analytico-empiro-conceptuel*. Ton potentiel n'a d'égal que ton éloquence. J'ai hâte de poursuivre notre collaboration de recherche.

Natalie Mayerhofer, mon ancienne gestionnaire, pour sa confiance et sa compréhension très juste de l'importance de la recherche dans mon développement personnel comme fer de lance de mon épanouissement.

Mallaury Volpi, mon amoureuse, ma raison de vivre. Promis, je vais prendre une pause de rédaction pour passer plusieurs soirées reconfortantes avec toi et j'ai très hâte. Merci pour ta résilience et ton amour en dépit de ce projet d'égoïsme-altruiste et pardon pour les heures inquantifiables de rédaction.

Mes collègues de la Direction de l'enseignement et de l'académie pour leur curiosité envers mon projet de recherche et pour leur généreuse contribution.

Véronique et Laurie pour leurs conseils et recommandations envers notre analyse qualitative et pour ce travail détestable, mais au combien important de transcription des entretiens de recherche.

L'organisation et la direction générale du DIVN ainsi que le centre de recherche du DIVN pour toute la valeur accordée à la recherche sur l'innovation en santé et pour chaque effort de collaboration et de soutien envers le projet.

Ultimement, l'ensemble des travailleurs de la santé sans qui nous n'aurions pu faire face à cette pandémie. Je vous adresse toute ma reconnaissance.



# Chapitre 1 - Introduction

*The measure of a man is what he does with power*  
Plato

## 1.1 Mise en contexte : Le raz-de-marée de la COVID au Centre hospitalier académique DIVN

L'éclosion de la COVID-19 a agi comme un raz-de-marée frappant de plein fouet le Québec et ses établissements du réseau de la santé dès la déclaration de l'état d'urgence le 14 mars 2020.

Cette crise sanitaire a soudainement catapulté les travailleurs de la santé hors de leur zone de confort et dans une course contre la montre. Une course vers l'accès aux nouvelles connaissances en constante évolution et à l'adaptation récurrente des pratiques de travail et des techniques de soins face à cette maladie inconnue du corpus médical. Au moment où ces lignes sont rédigées (i.e. mars 2021), l'Institut national de santé publique du Québec recense une contamination globale de 309 202 cas à la maladie de SRAS-CoV-2 ou COVID-19 à l'ampleur de la province et ce, depuis la première éclosion au Québec en mars 2020 (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2021). Le nombre de personnes atteintes de ce virus continue de croître quotidiennement, ce qui ajoute une forte pression sur les centres hospitaliers québécois qui sont appelés à profondément adapter leurs services pour faire face à cette pandémie. Ce virus dévoile les lacunes existantes du système de santé au niveau hospitalier et la nécessité connue depuis plusieurs années d'y réviser les façons de faire, les services et les processus organisationnels. Plusieurs cliniciens québécois avaient déjà noté la nécessité d'ajuster les pratiques cliniques existantes, mais pris dans les rouages administratifs et processuels du système de santé, s'étaient contentés de changements mineurs à leur niveau ou pire, s'étaient enfoncés dans l'inertie.

Au Centre hospitalier académique DIVN (nom fictif pour conserver la confidentialité), on observe un mouvement collectif de réorganisation des manières de travailler pour s'adapter à

cette nouvelle réalité d'un virus et d'une maladie hautement contagieuse, mais toujours inconnue. Plusieurs processus administratifs représentatifs de la lourdeur bureaucratique et de la culture hiérarchique du système de santé tombent subitement pour accélérer l'adaptation. On observe une augmentation des collaborations intersectorielles et pluridisciplinaires où chaque acteur de l'organisation peut apporter une information clé pour protéger les équipes de soins et traiter les patients en dépit de son positionnement hiérarchique ou son titre politique. Dans cette foulée, certains acteurs de l'organisation sont découverts.

Avant même que le signal d'alarme soit lancé le 14 mars, certaines équipes sont déjà en préparation à la crise, avec l'arrivée imminente du premier patient COVID positif à l'hôpital. Le travail de changement réalisé dans les quelques semaines suivante est colossal : mise en place de nouveaux protocoles de soins et de procédures spécifiques à la pandémie, révision et instauration de trajectoires de soins, formation du personnel médical, allègement des processus d'acquisition de matériel, commandes massives d'équipement de protection individuelle, catégorisation des patients négatifs, suspectés et positifs, conception d'algorithmes de protection en fonction de la catégorisation, délimitation des unités en zone chaude, tiède et froide. Les unités de soins critiques identifiées pour recevoir les premiers patients COVID et l'ensemble des acteurs de l'organisation anticipent la première vague et se mobilisent, possiblement plus rapidement que d'autres structures organisationnelles. Il s'agit de réviser les façons de faire et les processus existants pour faire face à la vague potentielle de patients infectés à la COVID-19 et sans orientation claire des instances publiques et organisationnelles.

Les cliniciens et leurs collaborateurs sont en quête des plus récentes informations, de protocoles sécuritaires et des meilleures pratiques pour se donner une chance de faire face à la pandémie en maximisant leur sécurité et celle des patients. Pour accéder à l'information, de nouveaux canaux de communication ainsi que de nouveaux modes de travail collaboratifs émergent du

terrain croisant les disciplines et les unités de l'hôpital. La COVID impose une actualisation de plusieurs parcours de soins en interdépendance et en fonction de l'aménagement et de la catégorisation des espaces. De nouvelles trajectoires de soins holistiques, multidisciplinaires et transsectorielles sont rapidement développées par un réseau d'acteurs. Bien que les équipes cliniques aient déjà acquis une certaine expérience de mise en place de trajectoires inter-départements dans la foulée d'un déménagement en 2017, les parcours de soins demeurent généralement indépendants au sein même des frontières des unités de soins. Pour repenser cette coordination, plusieurs comités multi-services sont rapidement mis en place et certaines personnes n'hésitent pas à prendre la responsabilité de représentant de leurs équipes cliniques pour soutenir ces initiatives. Ces acteurs contribuent au décloisonnement organisationnel en assurant des rôles à différents points de contact à l'intersection des unités et des pratiques médicales. L'ouverture de ces nouveaux espaces interstitiels dévoilent ces "acteurs émergents" qui ont un impact considérable sur la réorganisation des activités cliniques et des parcours de soins pour faire face à la crise de la COVID-19. Dans le cadre de ce mémoire, on caractérise "l'acteur émergent" comme un acteur de l'organisation ayant adapté son rôle et ses pratiques professionnelles par des mécanismes et des stratégies pour accroître la portée de son influence, développer des innovations (cliniques et organisationnelles) et générer des impacts et des bénéfices pour faciliter la lutte contre la pandémie.

## **1.2 Problématisation théorique : Une crise globale des routines face à une nouvelle maladie**

L'objectif de ce mémoire est de mettre en lumière les impacts de ces acteurs émergents et comment la transformation de leurs rôles et des routines qui les co-constituent a influencé la capacité de l'organisation à innover et faire face à la crise de la COVID-19. Pour accroître la portée de leurs efforts et diffuser les nouvelles connaissances au sein de l'organisation, ces

acteurs ont utilisé plusieurs mécanismes : e.g. mobilisation d'une communauté intersectorielle, nouveaux canaux de transfert du savoir, configuration et redistribution des ressources, partage des connaissances et des apprentissages, adaptation et développement d'artéfacts de connaissance, expérimentation et innovation ainsi que différents modes de travail pour actualiser les routines.

Pour guider notre réflexion et répondre ultimement à notre problématique de recherche, nous ancrons notre perspective dans la théorie des routines pour mieux comprendre les dynamiques ayant galvanisé l'émergence des acteurs émergents dans leur rapport à un acteur-réseau constitué d'acteurs et d'artéfacts. Nous mobilisons également la théorie de l'acteur-réseau (ANT) en vue d'étudier les mouvements dans les structures formelles et informelles ayant été génératives de cette réorganisation massive des routines de travail. La combinaison de ces lentilles théoriques apporte un regard éclairé sur les acteurs dans leur émergence et la genèse des nouvelles routines et les assemblages de routines ayant résulté de l'adaptation des équipes face à la pandémie pour favoriser l'innovation.

### 1.3 Structure du mémoire

Le mémoire est conçu pour investiguer comment l'émergence d'acteurs a eu des impacts sur la reconfiguration de routines en interdépendance et sur un réseau organisationnel en crise pour préserver les capacités d'innovation et adapter les parcours de soins. D'abord, en introduction, nous avons décrit ce contexte critique de pandémie qui accable le réseau de la santé et auquel fait face l'hôpital DIVN en plus de cibler la problématique d'une crise organisationnelle des routines soudainement à risque d'obsolescence spontanée. La présente section déroule le contenu et la structure des différents chapitres de cette étude. Le prochain chapitre expose les substrats théoriques et pratiques de la problématique de recherche ciblant un établissement hospitalier désigné pour recevoir une population contaminée au virus du SRAS-CoV-2. Ce

choc organisationnel a généré une mécanique itérative d'adaptation rapide au changement, de remaniement des routines et d'adaptation des environnements de travail pour contenir la propagation et la contamination intra-hospitalière. Cette crise a forcé les hôpitaux et les professionnels à s'adapter et ce, en dépit d'un historique de rythme lent à innover dans le secteur de la santé (Tilcsik & Marquis, 2013).

Le troisième chapitre dresse le portrait des assises conceptuelles nécessaires au développement de notre cadre théorique. Celui-ci est développé en vue de faciliter l'extraction d'une compréhension théorique du contexte d'études. Enraciné dans une dimension épistémologique de la théorie des routines, l'attention est dirigée sur les dynamiques de restructuration des routines et sur leurs interdépendances constitutives d'un nouvel acteur-réseau. Soumis au contexte évolutif de la crise organisationnelle, le réseau interne évolue et s'attache à de nouvelles connexions : des acteurs, des artéfacts ou actants et des routines interdépendantes. La théorie ANT nous sert d'ancrage épistémo-ontologique pour connecter la méthodologie afin d'observer comment une routine se conçoit et comment elle se caractérise. Il s'agit donc de positionner l'acteur au sein d'un réseau interconnecté d'éléments tissés au sein de ce dernier. En observant l'évolution des maillages intra-réseau au fil de la lutte contre la crise, la transformation des routines peut être analysée selon des dimensions spatio-temporelles. Cet assemblage d'outils théoriques est nécessaire pour démarrer notre investigation des points d'origine et des impacts de l'émergence d'acteurs spécifiques dans la lutte contre la crise sanitaire.

Le quatrième chapitre expose la méthodologie privilégiée pour conduire notre collecte de données. Une analyse qualitative inductive est conduite selon une méthode de codification et de classification par catégories. Des notes de terrain sur la réorganisation de secteurs critiques sont combinées à une série d'entrevues conversationnelles et à des données du projet de

recherche qualitatif de l'hôpital sur lequel l'auteur collabore activement. La sélection des acteurs dits acteurs émergents est justifiée selon un ensemble de critères.

Le cinquième chapitre introduit les résultats retenus de la collecte de données ainsi qu'une analyse approfondie de ces résultats en appariement avec les catégories superficielles et fines de notre processus de codage. On y analyse les dynamiques d'interdépendances entre les routines, le réseau et les acteurs émergents au fil de la chronologie des événements de la gestion de crise. Cinq périodes sont présentés en débutant de l'annonce de l'éclosion de la pandémie (i.e. T0).

Le sixième chapitre de la discussion tisse des liens entre la littérature existante et les contributions théoriques et empiriques de cette recherche de mémoire afin de construire une réponse à la problématique de recherche.

Le septième et dernier chapitre de conclusion permet de répondre à la question initiale de recherche et de se prononcer sur les contributions de ce travail pour la littérature et le terrain étudié. Les limites de ce travail seront également soulevées afin de semer des pistes de poursuite des travaux.

#### 1.4 Une position avantageuse pour l'observation de ces dynamiques

Dès lors, il importe de divulguer la position avantageuse de l'auteur comme employé non-clinique de l'hôpital ayant pris part à l'une des premières cellules tactiques de crise. Ce rôle de coulisse a permis d'accompagner et de soutenir des secteurs de soins critiques dans la lutte contre la COVID-19. Ce travail comporte plusieurs références à ces secteurs comme étant des unités critiques des parcours de soins en temps normal et en temps COVID. Au fil des mois

(i.e. mars à juin 2020), une quantité importante de notes de terrain ont été colligées et seront analysées dans le cadre de cette recherche.

## Chapitre 2 - Problématique

*Si j'avais une heure pour résoudre un problème, je passerais cinquante-cinq minutes à définir le problème et seulement cinq minutes à trouver la solution.*  
Albert Einstein

L'objectif est de construire et de formuler une question de recherche ayant le potentiel de répondre à la fois aux enjeux actuels de turbulence et de remaniement des routines face à une crise sanitaire pandémique et aussi à certains enjeux caractéristiques du réseau de la santé en dehors d'une période de turbulences. Au-delà du réseau de la santé, l'ensemble des organisations évoluent aujourd'hui dans un environnement accéléré et un besoin inhérent de mettre en œuvre des changements profonds pour pallier les aléas contemporains. Crise financière, scandale médiatique, brèche de sécurité sans oublier crise pandémique, aucune organisation n'est entièrement à l'abri de ces éléments déclencheurs à large spectre. Au-delà du contexte de la COVID-19, cette recherche permet de contribuer aux travaux sur les facteurs prédisposants à l'innovation en contexte de crise organisationnelle, aux dynamiques s'orchestrant et affectant les acteurs-réseau et ultimement aux conditions d'émergence d'acteurs au-delà des rôles traditionnels en complément aux impacts possibles de ces émergences. Posons premièrement quelques bases théoriques du problème pour ensuite les transposer au terrain d'études.

### Section 2.1 - Théorisation du problème

Les recherches existantes suggèrent que pour réussir à s'adapter à une crise aussi profonde, les organisations et les travailleurs doivent apprendre à partager localement de nouvelles idées et à modifier leurs pratiques pour répondre à cette myriade de changements auxquels ils font face (Burnard et Bhamra, 2011 ; Linnenluecke et al., 2012). Malgré une prédisposition organisationnelle à composer dans un environnement complexe, nous en savons peu sur la

façon dont les professionnels et leurs communautés réagissent en temps de crise (Tilcsik & Marquis, 2013) ni sur les types de ressources auxquelles ces professionnels font appel pour catalyser le changement. Les organisations ne peuvent simplement s'appuyer sur des modes de gestion conventionnels devant le rythme de changement en période de crise et il importe de façonner des modes souples et adaptatifs au détriment de structures hiérarchiques de coordination (Faraj & Xiao, 2006). L'éclosion du coronavirus a fortement touché les organisations de santé et ce principalement pour trois raisons : Le manque de connaissances scientifiques sur ce nouveau virus, une peur sociale et populationnelle et une suite itérative et continue de changements apportés dans la gestion de la crise (Brunet, Malas & Fleury, 2020).

Pour contenir un tel agent pathogène, les professionnels du milieu de la santé doivent continuellement apprendre et améliorer leurs pratiques dans des conditions de ressources limitées (par exemple, la diminution de l'accès aux équipements requis, le nombre croissant de patients par rapport à l'offre de soins, et les médecins et infirmières qui sont eux-mêmes infectés). Cette crise force les hôpitaux et les professionnels à changer leurs modèles de fonctionnement, et ce en quelques jours ou en quelques semaines. Nous verrons dans ce travail qu'un contexte de crise organisationnelle comme celui affligeant l'hôpital DIVN force la réorganisation du travail et stimule l'innovation locale porté par des acteurs internes de l'organisation.

### Section 2.2 - Un terrain propice à l'émergence

Le DIVN est l'un des plus grands centres hospitaliers au Canada, avec un réseau étendu de partenaires et un mandat de recherche appliquée, d'enseignement et d'évaluation des meilleures pratiques de soins de santé. Le DIVN a développé des capacités organisationnelles impressionnantes pour faire face à des changements fondamentaux grâce à un historique de

prospérité face à de grandes transformations. Le DIVN est né de la fusion de trois hôpitaux (i.e. 1995). Il s'est ensuite développé progressivement et a déménagé dans ses propres bâtiments (i.e. 2013) (ses unités de recherche) à son hôpital (i.e. 2017). Des recherches ont montré que les organisations résilientes s'appuient sur leurs capacités dépendantes du chemin parcouru (Ortiz-de-Mandojana et Bansal, 2016), c'est-à-dire que leur expérience antérieure de changements inattendus et importants contribue à leur capacité ultérieure à faire face et à prospérer en cas de crise. Au cours de ces transformations, le DIVN a modifié son modèle d'organisation vers une approche plus flexible et décentralisée qui favorise la capacité d'adaptation et d'innovation de ses employés. Au cours des dernières années, Le DIVN a développé et implanté progressivement un nouveau modèle organisationnel afin d'améliorer l'adaptabilité et l'agilité des processus et des équipes.

Établissement désigné COVID-19 à Montréal (Québec), le DIVN joue un rôle central dans la prestation de services de santé complexes liés à la COVID-19 ainsi qu'à d'autres domaines de la santé, dans le développement de nouvelles pratiques cliniques et dans la diffusion d'idées pour faire face à cette pandémie. Le DIVN exploite différentes approches organisationnelles et technologiques pour soutenir la capacité de ses membres à adapter leurs services afin de faire face à la pandémie. Les travailleurs doivent créer rapidement de nouvelles idées, adapter leurs ressources et modifier leurs pratiques en conséquence afin de répondre à un changement environnemental aussi massif et en constante évolution. La planification à long terme devient subitement impossible face aux changements constants des politiques publiques et des découvertes qu'amène la recherche médicale pour faire face à la pandémie. Ces changements mettent à l'épreuve les capacités d'adaptation des acteurs de la santé. Dans l'œil du cyclone, des acteurs émergent et proposent des innovations visant à actualiser les routines de travail.

Notre problématique de recherche s’articule de la façon suivante : **Comment l’émergence d’acteurs a-t-elle influencé la reconstitution d’un réseau interdépendant de routines et l’adaptation d’un parcours de soins pour faire face à la COVID-19 à l’hôpital DIVN ?**

En explorant cette problématique, nous souhaitons contribuer à quelques interrogations théoriques. La gestion d’une crise pandémique à l’hôpital DIVN est un contexte très favorable pour observer une reconfiguration locale et globale des routines de travail. Cette crise organisationnelle offre également une zone d’exploration privilégiée pour suivre l’émergence d’acteurs au sein de leur réseau tout autant que leur travail d’adaptation du réseau par l’usage d’artéfacts, de mécanismes et d’innovations.

Dans le prochain chapitre, nous établissons et justifions l’utilisation de deux pierres d’assises conceptuelles nécessaires à la construction de notre cadre théorique. Dans sa dimension épistémologique, la théorie des routines vient converger avec la théorie de l’acteur-réseau dans sa conception épistémo-ontologique. Cet alliage a pour objectif d’observer comment les routines ont été développées et/ou actualisées spécifiquement pour la COVID-19 et ce au sein des différentes unités cliniques par le réseau d’acteurs mobilisé sur un besoin urgent d’innovation. Intégrées localement au réservoir “standards” de routines des unités et progressivement diffusées à l’ampleur de l’hôpital, certaines innovations ont transformé globalement les routines vers de nouvelles trajectoires de soins permettant de maintenir les opérations tout en composant avec cette nouvelle réalité.

## Chapitre 3 – Assises conceptuelles

*La plupart des hiérarchies sociopolitiques manquent d'une base logique ou biologique : elles ne font que perpétuer des hasards entretenus par des mythes*  
Yuval Noah Harari

Pour favoriser une compréhension théorique de notre contexte d'études et mieux répondre à notre problématique de recherche, nous utiliserons comme première pierre d'assise la théorie des routines qu'un ensemble de travaux s'entend pour définir comme une série de schémas d'actions répétables et collectifs (March et Simon, 1958, Cyert et March 1963, Feldman et Pentland, 2003, Nelson et Winter, 1982). Cette couche sédimentaire vient ainsi garnir notre siège lithique tout en nous servant d'outil de taillage comme une unité d'analyse dynamique nous conférant une vision plus alerte des mécanismes employés par nos acteurs émergents. Par cette investigation du rapport dynamique entre la dimension ostensive et performative des routines (Feldman & Pentland, 2003), nous pourrions retracer non seulement une réorganisation, mais aussi une diffusion et des impacts sur les acteurs éparpillés au sein du réseau social de l'organisation, parfois à la jonction de certaines mailles du réseau. Nous verrons par la suite que les interdépendances de routines nous permettent de mieux comprendre le positionnement des acteurs dans le réseau. Ainsi sera ajoutée notre deuxième pierre d'assise de l'acteur et plus spécifiquement dans sa conception comme un être social et membre déterminant d'un réseau d'interdépendances. De cette posture, la littérature de l'acteur-réseau ou sociologie de la traduction (Callon 1986; Latour 1987, 2005) sera grandement utile.

### Section 3.1 : La routine comme substance d'organisation pour l'acteur

*La tâche d'un réalisateur est de créer une dynamique entre ses acteurs*  
Nick Cassavetes / Cannes - Mai 1997

Avant même d'intéresser les théoriciens et scientifiques de l'organisation, les routines avaient démontré leur apport potentiel en économie et socio-économie (Mangolte, 2007). John Stuart Mill reconnaît d'ailleurs que la grande partie de la vie économique est gouvernée non par la raison, mais par la coutume. Au fil des construits théoriques en économie, nous avons eu recours à des concepts comme "la formation des habitudes", les propensions, les schèmes de conduite, les "*habits of thought*", les coutumes, les "rule-of-thumb" et finalement aux routines dans un ensemble de tentatives visant à expliquer la stabilité des comportements et un certain nombre de régularités économiques temporelles. La routine est alors vue comme une substance et une source stable.

Les premiers travaux sur les routines soulignent leur rôle en tant que source stable dans la relation entre le comportement individuel et organisationnel (Cyert et March 1963, March et Simon 1958). Les routines sont alors perçues comme des procédures opérationnelles standards stabilisant les activités et ralentissant le rythme de changement. Des recherches subséquentes soutiennent plutôt que les routines peuvent évoluer à travers le temps (Nelson et Winter 1982). Traditionnellement, on a considéré les routines comme source d'inertie organisationnelle et les intentions dirigées vers leur recombinaison comme source d'adaptation (Cyert et March, 1963, Nelson et Winter, 1982). Plus tard, Nelson et Winter (1982) entreprirent de bâtir une théorie évolutionniste du changement économique en dressant la table au concept de "routine organisationnelle" comme élément clef constitutif des firmes et de leurs performances économiques relatives. Ces mêmes auteurs ont également introduit l'idée d'une dimension motivationnelle en plus d'une dimension cognitive aux routines les considérant comme des trêves entre les intérêts conflictuels (Nelson et Winter, 1982 p. 110). Préalablement à la publication de leur oeuvre charnière de 1982, la routine organisationnelle, à cette époque sous d'autres sobriquets, étaient régulièrement évoquée par Simon (1958) ou par des auteurs de

l'école behavioriste (Cyert et March, 1963) comme un concept entretenant un rapport étroit avec la définition des performances économiques des firmes. Depuis 1982, une friande littérature a progressivement été publiée sur les routines et plusieurs économistes ont proposé différentes redéfinitions ou approfondissements du concept même de 'routine organisationnelle'.

Au fil des travaux, une conception paradoxale des routines a progressivement émergé comme source parallèle de changement et de stabilité (Gersick et Hackman, 1990, Pentland et Rueter, 1994, Weick et al, 1999, Feldman 2000). Certaines études empiriques ont d'ailleurs permis d'établir que les performances des routines peuvent fluctuer à chacune de leur mise en œuvre (Feldman 2000, Howard-Grenville 2005, Pentland et Rueter 1994). L'application quotidienne des routines peut donc mobiliser le changement (Feldman 2000, Feldman and Pentland 2003) alors que l'intention de modifier une routine ne résulte pas automatiquement en un changement (Edmonson et al. 2001, Feldman 2003).

Cette énigme entourant la reproduction des structures d'un phénomène social a d'ailleurs intéressé des équipes en dehors du champ des routines. En effet, des théoriciens institutionnels se sont questionnés sur comment les acteurs étant intégrés au sein de leurs institutions peuvent simultanément y modeler des changements. On parle ici du paradoxe de l'agence encastré ou *embedded agency* (Howard-Grenville, 2005). Un autre exemple nous vient de Hendry et Seidl (2003) qui demandent comment les organisations vues comme des systèmes d'auto-reproduction peuvent implanter des changements significatifs. Cette précédente figure caractérise le concept du casse-tête de récursivité ou *puzzle of recursiveness* (Bucher & Langley, 2016).

Malgré un intérêt marqué pour le champ des routines comme couche théorique pour étudier les organisations et leurs dynamiques, nous en savons moins sur la manière dont les acteurs mettent en œuvre les routines dans leur contexte et comment ces performances influencent à la fois l'utilisation d'une routine à un moment donné et son changement ou sa stabilité dans le temps. Cohendet et Simon (2016) identifient cette limite d'une littérature fortement axée sur des changements incrémentaux limitant les connaissances sur les changements radicaux dans les routines, en particulier ceux produits par des chocs inattendus. Une telle perturbation est susceptible de provoquer des ruptures brutales dans les routines existantes et d'engendrer des changements importants dans l'organisation. Ces mêmes changements pourraient en corollaire nécessiter une reconsidération des éléments constitutifs des routines. Énoncé par Feldman (2000, p.67), il peut s'avérer difficile de changer une routine si celle-ci se retrouve couplée avec un réseau de routines exécuté par des acteurs distants des acteurs mobilisant les changements organisationnels. Cette diversité individuelle se manifeste lorsque les individus sont impliqués dans des actions interdépendantes qui engendrent des différences de connaissances et d'intérêts entre les acteurs affectant la réception de la nouveauté et des conséquences (Carlile, 2002). La théorie de l'acteur réseau ou ANT (*Actor Network Theory*) (cf. Section 3.3 : L'Acteur et son réseau) apporte ici un avantage théorique pour étudier les acteurs dans leur contexte et leur interdépendance avec les aspects ostensifs et performatifs des routines dynamiques, cible de la prochaine section.

### Section 3.2: Les routines dynamiques

Une grande partie des études préalable au champ des routines dynamiques ont ciblé la routine singulière et indépendante comme unité d'analyse (Parmigiani et Howard-Grenville, 2011, Pentland et Feldman, 2005). Depuis, un engouement croissant a été accordé sur l'investigation des routines comme étant à la fois dynamiques et interdépendantes (Deken et al., 2016). Les

routines dynamiques sont ainsi décrites comme des “flots d’idées, d’actions et d’effets connectés” (Feldman, 2000, p.613). La perspective des routines dynamiques ne considère donc pas les routines comme étant des schémas d’action fixe, mais plutôt comme des ensembles de schémas potentiels et tributaires des structures organisationnelles, temporelles, sociales, physiques et cognitives selon lesquels les acteurs peuvent produire leurs performances (Pentland et Rueter, 1994). Pour mieux investiguer les dynamiques entourant les routines et s’écarter de leur précédente “posture” en tant que substance, les études empiriques se sont ramifiées de microprocessus sous-jacents aux routines, construites sur les théories de la pratique (Feldman et Orlikowski 2011, Parmigiani et Howard-Grenville 2011). La perspective de la pratique s’appuie sur des observations empiriques détaillées de la variabilité dans la performance des routines. La notion de routine nous permet de bien comprendre les centres hospitaliers comme l’hôpital que nous avons observé dans le cadre de ce projet de recherche, puisqu’ils s’organisent et se structurent autour de pratiques cliniques et de parcours de soins. L’usage de cette perspective nous permet d’observer les routines comme étant en mouvement et comme vecteurs de changements galvanisés par les actions des acteurs qui les mobilisent. Les interdépendances constitutives des routines dynamiques apportent une vision plus éclairée sur la collaboration des acteurs et sur les mécanismes exploités pour actualiser les routines localement et les diffuser globalement.

Alors la question fondamentale est maintenant à propos : Qu’est-ce qu’une routine et pourquoi elle s’avère utile comme assise conceptuelle pour étudier notre organisation en période de choc ? Nous suivons ici le sentier convergent émanant de la récente littérature définissant une routine comme un modèle répétitif et reconnaissable d’actions interdépendantes, impliquant de multiples acteurs (Feldman et Pentland 2003, 96). Pour les théoriciens des routines, une innovation se décrit comme toute transformation de routines ou création de nouvelles routines

(Nelson et Winter, 1982). Conceptualisée comme un système génératif, une routine est sensible aux chocs et aux perturbations exogènes. Les causalités peuvent être multiples et diverses comme une catastrophe naturelle (Feldman et al. 2013). Des questions concrètes ont par ailleurs émergé de cet intérêt d'observer la reconstruction majeure des routines face à un choc organisationnel : Comment la dynamique de la routine peut-elle être redémarrée après une crise majeure ? Comment les routines peuvent-elles être " ramenées à la vie " (Pentland et Feldman 2005, 2008) lorsque la performance et la mise en œuvre des acteurs internes sont défailtantes ? Et quelles actions doivent être entreprises après une telle perturbation pour recréer des processus, des modèles, des routines et des artefacts (Dutton et al. 2006, Duymedjian et Rüling 2010) ? Becker et al. (2005, p.777) ont écrit que "les routines ne se contentent pas de préserver le passé en tant que référentiel des capacités organisationnelles, elles ouvrent la voie à un apprentissage délibéré au sein des entreprises, façonnant ainsi le développement futur des entreprises (Winter 2000, Zollo et Winter 2002)".

Ces interdépendances qui caractérisent la définition sont parallèles aux récents travaux sur les routines organisationnelles positionnées comme des séquences d'actions coordonnées (Nelson et Winter 1982, Cohen et Bacdayan 1994). Les interdépendances se définissent comme des dépendances entre les actions, car les actions ont des conséquences les unes sur les autres que les acteurs doivent identifier et répondre dans des situations particulières (Carlile, 2004). Les routines sont ainsi centrales aux organisations et ont traditionnellement été représentées comme une dimension mnésique organisationnelle ; une représentation cumulative de règles et pratiques utiles à la gestion de situation complexes, incertaines et mitigeant les conflits entre les sous-unités d'une organisation (March et Simon, 1958, Cyert et March, 1963, Feldman and Pentland, 2003). Nelson et Winter (1982, p.128) considèrent qu'elles peuvent aller jusqu'à expliquer le comportement des firmes.

Grâce à ce construit, Feldman et Pentland (2003) ont pu décrire la dynamique des routines et l'éventail de variabilités et de changements possibles comme une relation récursive entre des aspects ostensifs et performatifs. Ces derniers décrivent la dimension ostensive comme le modèle général de la routine dans sa mise en œuvre par les acteurs (Feldman et Pentland 2003, Pentland 2011). Le modèle peut toutefois différer d'une version à l'autre selon ses documents, normes ou artefacts (référence conceptuelle aux artefacts) (D'Adderio 2008, Feldman et Pentland 2008). Les aspects performatifs font plutôt référence à la routine reconnaissable comme un modèle d'action (Cohen 2007) ou encore comme la mise en œuvre d'actions spécifiques, par des personnes spécifiques, dans des lieux et des moments spécifiques (Feldman et Pentland 2003, p.101). Suivant cette proposition, les modèles ostensifs émergent des performances routinières et peuvent être modifiés lorsque la variation d'une performance routinière est sélectionnée afin de répondre aux variations contextuelles et environnementales (Pentland et al. 2012, Salvato, 2009). Inversement, les modèles peuvent aussi se stabiliser lorsque les variations des performances routinières renforcent le modèle général de la routine (Turner et Rindova, 2012). En dépit du contexte, les acteurs ne peuvent donc pas reproduire ou amplifier une routine uniquement de manière implicite (Levinthal et Rerup, 2006, p.508). La production (*enactment*) d'une même routine permet et caractérise la variation des performances (Howard-Grenville, 2005). Nous retrouvons ici le rôle central de *l'agency* dans la mise en œuvre des routines (Feldman 2000) et l'acteur en inter-dépendance avec ses actants (artefacts, acteurs, artefacts) et son réseau (cf Section 3.3 : L'Acteur et son réseau).

Une disparité semble présente dans la littérature sur l'étude des routines dynamiques en interdépendances dans un contexte nécessitant de la consistance ou de la nouveauté. Turner et Rindova (2012) ont observé des acteurs s'efforçant à rester cohérents et consistants face à l'interdépendance. Par le biais d'une étude qualitative, ils ont observé les aspects ostensifs des

routines opérationnelles de base dans six organisations de gestion des déchets. Ils ont constaté que les acteurs, s'appuyant sur des artefacts et des connexions au sein des organisations, établissent simultanément deux modèles ostensifs fondés (1) sur une cohérence spécifique et (2) sur la coordination flexible. Les organisations n'arrivent toutefois pas à établir des schémas analogues chez leurs clients par manque de connexions avec d'autres acteurs de la routine et présentent ainsi moins de souplesse pour favoriser la cohérence. Ces observations ont soutenu la conception d'un modèle théorique identifiant les processus de préservation de modèles ostensifs simultanés de cohérence et de flexibilité sous-tendus par les acteurs participant à la routine sous différents rôles et points de connexion. Ce modèle justifie la considération des artefacts et des connexions entre acteurs au champ des routines dynamiques comme variables médiatrices des pressions organisationnelles vers la cohérence ou le changement.

Deken et al. (2016) ont plutôt suivi des acteurs en quête de nouveauté dans un contexte où la variabilité et le changement étaient prédominants. À l'issue d'une étude ethnographique longitudinale dans une entreprise automobile où les acteurs ont implanté un nouveau modèle organisationnel orienté autour de services d'information, cette équipe de recherche rapporte une analyse d'épisodes mobilisant des routines interdépendantes pour proposer un modèle processuel du travail des routines et de leurs dynamiques. Trois types de travail de routines sont identifiés (i.e. flexibilité, étirement, invention) générant des actions et des résultats progressivement portés vers la nouveauté. Les performances flexibles, étirées et inventées ont généré de l'émergence vers d'autres actions et au travers des routines complexifiant les différentes entre les acteurs et favorisant le potentiel de rupture du travail de certaines routines. Les résultats démontrent un travail itératif et en cascade des acteurs sur les routines pour répondre à ce contexte. Cette recherche alimente notre perspective sur les efforts nécessaires

pour produire de la variabilité dans les routines et sur les conséquences d'une configuration de routines en interdépendances.

Alors que Cohendet et Simon (2016) ont suivi une organisation en période de crise créative au sein d'un grand studio de développement de jeu vidéo avec pour objectif de transformer les routines existantes pour rééquilibrer efficacité et flexibilité dans l'organisation en modifiant les relations génératives entre les aspects ostensifs, performatifs et artéfactuels des routines. Le studio s'était particulièrement maillé dans les routines inscrites dans les processus de gestion de projet « stage-gate » favorisant la production efficace de jeux vidéo au détriment d'approches stimulant la capacité de créer de nouveaux produits plus radicalement différents de l'existant. C'est face à une crise créative majeure de production d'un jeu « blockbuster » que le studio a été forcé de réviser les routines sur lesquelles ses pratiques de développement s'appuyaient. Les auteurs ont accordé une attention particulière aux artéfacts propices d'influencer l'émergence et la persistance des routines. Ces artéfacts ont le potentiel de déstabiliser les modèles d'action existants et d'agir comme maillage pour ficeler les modèles ostensifs des routines (D'Adderio, 2003, 2008, 2011). Les crises et les chocs s'avèrent donc des circonstances spécifiques durant lesquelles l'équilibre entre efficacité et flexibilité peut être reconsidéré et où les trêves et leurs racines cognitives et motivationnelles peuvent nécessiter une reconfiguration profonde.

À ce stade, nous pouvons fusionner nos pierres conceptuelles et former les alliages nécessaires à notre argumentaire. Tout comme les acteurs, les routines elles-aussi peuvent jouer des rôles clés de médiateurs et d'intermédiaires (Latour 1987, 2005) entre les agences des réseaux. Soutenant ou freinant la coordination entre les communautés (D'Adderio 2001, Carlile 2002, Bechky 2003), elles peuvent assurer des transmissions obligatoires amplifiant ou contraignant les visions et les actions des réseaux (Latour 1987). De cette perspective, nous pouvons aller

au-delà de la fonction des artéfacts que l'on a qualifiés auparavant de "routines mortes" (Cohen 2007, p.780) et de prescriptions détaillées et achevées qui devraient être systématiquement suivies sans possibilité d'en déroger. Alors que Cohendet et Simon (2016) ont observé et soutiennent qu'une crise force les organisations à changer, notre étude se concentre spécifiquement sur certains acteurs dits émergents ayant démontré la capacité à réagir et mettre en œuvre des changements pour faciliter la lutte organisationnelle contre la crise sanitaire.

Les acteurs ciblés dans le cadre de cette recherche sont dits émergents ("emerging actors"), c'est-à-dire que leur travail traverse leur rôle et responsabilités traditionnels vers la composition de nouvelles relations d'interdépendances des routines. Leurs impacts ont été au niveau d'un réseau de routines conjointement développées et actualisées pour répondre au choc organisationnel. De récents travaux affirment que certains acteurs spécifiques ont le pouvoir de tourner les exceptions en règles (Feldman et Pentland, 2003, p.110). C'est d'ailleurs en s'inspirant de ces travaux que Jennifer A. Howard-Grenville (2005) a accompagné la firme technique manufacturière Chipco dans la restructuration d'une feuille de route (roadmapping) des routines de travail avec l'objectif de production théorique axée sur la persistance et le changement de routines flexibles et orientées vers les tâches. Elle a ainsi pu observer comment différentes formes de pouvoir peuvent être nécessaires pour changer une routine de manière pérenne spécialement quand de tels changements impliquent d'altérer divers aspects du contexte organisationnel dans lequel les routines sont intégrées. Pour traiter de l'influence qu'un acteur peut avoir sur son environnement, du pouvoir des acteurs observés, le concept de l'*agency* est emprunté. Ce dernier diffère considérablement entre les individus (Sewell, 1992) et peut contribuer à la persistance des routines.

### Section 3.3 : L'Acteur et son réseau

*Être différent n'est ni une bonne chose, ni une mauvaise chose. Cela signifie simplement que vous êtes suffisamment courageux pour être vous-même*  
Albert Camus

Notre perspective considère l'acteur dans son ethos comme étant un être social évoluant dans un environnement interactif et dynamique de collectifs sociaux (Zerbib, 2019). Par interaction, les acteurs s'entrelacent pour former les mailles d'un tissu social communément appelé réseau ; un ensemble d'interdépendances. L'acteur peut donc influencer l'autre par ses interactions et ses actions. Nous ciblons ici les acteurs ayant réagi au choc organisationnel et à l'étiollement temporaire des réseaux pour créer des ouvertures et remodeler certains maillons, en construire de nouveaux embranchements ayant des impacts observables sur leur influence et leur légitimité. Pour cela, nous allons explorer les travaux sur la théorie de l'acteur-réseau ou *Actor-Network Theory* (ANT) (Callon 1986, Latour 1987, 2005) afin de mieux saisir les dynamiques sociales mises en scène sur notre terrain en turbulences.

Il faut remonter à la fin des années 70 pour introduire les premières moutures de la théorie de l'acteur-réseau ou ANT. Initialement réfléchi comme une approche d'études de la science et des activités de la science au sein du Latour & Woolgar's *Laboratory Life* (1979) et par d'autres également au fil des années subséquentes (Callon 1986, Latour 1987, 2005), l'ANT est aujourd'hui principalement utile aux approches sociologiques et a notamment été associée à une critique de la sociologie conventionnelle, à des recherches sur la sociologie de l'économie, en théorie de l'environnement et en philosophie de la connaissance. Avec l'ambition de décroiser les travaux scientifiques des travaux sociaux, Callon et Latour rejettent les approches séparant l'humain du non-humain pour réconcilier une vision du monde non pas en termes de groupes sociaux, mais en réseaux. La théorie considère tout être, quelle que soit sa nature comme pouvant avoir un effet sur une situation. La perspective accordée aux non-

humains est une caractéristique distinctive de la théorie ANT où ce qui est technique et naturel doit être considéré au même titre que le social et le culturel (Bencherki, 2017). Bencherki (2017) décrit la réalité des acteurs, sous le spectre ANT, comme une hybridation incessante d'éléments sociaux, techniques et naturels.

Il s'agit d'un outil combinant assises conceptuelles et méthodologie ethnographique minutieuse permettant de retracer les processus d'innovation scientifique et technologique (Denis, Dompierre, Langley et Rouleau., 2011). Plus récemment, des recherches organisationnelles touchant notamment à la stratégie ont bénéficié de cette lentille théorique (Sarker et al. 2006, Steen et al. 2006, Denis et al. 2007, Johnson et al. 2007). L'étude de Sarker et al. (2006) sur l'échec d'un projet d'ingénierie des processus d'affaires offre un exemple de compte rendu d'un acteur-réseau démontrant comment le projet, s'est orchestré, s'est développé pour finalement s'effondrer. Pour Denis et al. (2007), une innovation ou une orientation stratégique devient acquise (voire irréversible) au gré de la solidification des réseaux et des alliances (ou coalitions) en périphérie. Progressivement, les travaux sur l'ANT mettent en lumière cette dimension persistante au sein des différentes versions de la théorie comme quoi tout acteur en apparence indépendant est partie intégrante d'un réseau relié à de nombreux autres acteurs qui agissent de même. Certains adeptes de la théorie énoncent la suggestion selon laquelle les entités sociales ne préexistent pas au travail conjoint d'un réseau d'acteurs qui en permet leurs existences (Bencherki, 2017).

Les relations entre acteurs s'établissent par des traductions ou par suite de traductions par lesquelles les acteurs (individuels ou collectifs) peuvent prendre le rôle de porte-parole afin de traduire la volonté d'un collectif et parallèlement inciter au ralliement de nouveaux acteurs. Le savoir scientifique, ou toute forme de savoir, résulte d'une série de traductions faisant

apparaître le réseau dans lequel il se répand avant de se stabiliser (Callon, 1986). Comme le dit la célèbre maxime de Latour (1996) : " quand on agit, les autres passent à l'action ".

Selon cette perspective, une innovation ou une décision stratégique se construit conditionnellement à (1) un effort de mobilisation des acteurs centraux, aussi appelés *traducteurs* dans le lexique ANT, envers d'autres participants ou envers des entités non-humaines et (2) par un besoin des traducteurs de positionner et camper un langage commun déchiffrable entre les acteurs et favorable au maintien des initiatives (Denis, Dompierre, Langley et Rouleau., 2011). Nous verrons que les acteurs s'étant révélés pour faire face à la crise sanitaire ont pris ces rôles de porte-parole et de traducteurs pour remodeler les réseaux sociaux en relation avec des artefacts de connaissance et de routines pour mobiliser les équipes. La littérature ANT insiste sur la matérialité et voit les artefacts comme étant inscrits dans un script nécessitant également un travail de traduction (Benckekri, 2017). Les artefacts participent également au travail de traduction tout autant qu'aux démarches de diffusion au sein de réseau pour libérer les acteurs dans leurs efforts de ramification et de tissage continu du réseau.

Le concept de l'actant développé par A.J. Greimas (1966) fait également partie du lexique de l'ANT et définit que la capacité d'agir n'est pas une caractéristique de la nature de l'acteur (i.e. un humain, un artefact ou une chose), mais plutôt d'une caractéristique relationnelle ; en d'autres termes, un actant est ce qui fait la différence dans une situation donnée. Beaucoup conceptualisent la théorie ANT comme une théorie d'acteurs et d'actants intercalés dans un réseau, mais Greimas les corrige et ajoute sa perspective d'une théorie des actants en tant que réseau. Par ailleurs, ses travaux ont contribué à la narratologie sous le substrat du schéma actantiel ou modèle actantiel rassemblant l'ensemble des rôles (les actants) et des relations qui ont pour fonction la narration d'un récit. Pour lui, un personnage, le héros, poursuit la quête

d'un artéfact. Certains acteurs émergents du Centre hospitalier ont été appelés à concevoir, traduire, adapter et partager de nouvelles connaissances propres aux routines COVID-19 par l'entremise d'artéfacts médicaux "standards" (i.e. algorithmes, protocoles et trajectoires de soins) que nous verrons dans l'analyse (cf chapitre 5). En dépit de gabarits artéfactuels standardisés, les acteurs se sont mobilisés face à la crise organisationnelle pour adapter et reconstruire un réseau d'artéfacts respectant les adaptations locales et la reconstruction globale des routines interdépendantes. Nous verrons sur le terrain d'études que la relation entre l'acteur et son rôle est rapidement devenue indissociable et garante de sa capacité d'influence sur son cercle social. Des relations entre acteur, rôle et artéfact ont également émergé pour réactualiser les routines de travail.

Sous le spectre théorique de l'ANT, une innovation ne dépend pas d'éléments intrinsèques à l'innovation, mais d'un réseau capable d'imbriquer des actants hétérogènes. Les actants humains, mais également non-humains (e.g. les techniques, outils, lieux, dispositifs) consolident les réseaux hétérogènes nécessaires à l'innovation (Akrich, Callon, Latour, 2006). Le social est ainsi construit comme un effet causé tributaires des interactions successives d'actants hétérogènes, de l'acteur-réseau. Tout acteur est ainsi un réseau et inversement et l'action d'une entité au sein du réseau entraîne inexorablement sa modification, car toute action impactant l'ensemble du réseau agit sur les composantes du réseau même. Un acteur-réseau n'est donc pas stable et peut s'écrouler si certains actants sont retirés du réseau. L'acteur-réseau est bimodale, local et global, et ce en fonction de sa taille. Sa taille est également variable dans le temps et dépendante des opérations de traductions de ses porte-paroles (Latour 1991). L'innovation ou l'orientation stratégique se construit ainsi au rythme de la solidification des réseaux et alliances qui l'entourent (Denis et al. 2007). Par contre, un acteur-réseau est à risque

de ne pas complètement se solidifier si une cohérence et un équilibre n'est pas atteignable au sein des réseaux. Les acteurs peuvent faire défection de réseaux précédemment constitués.

La perspective de l'ANT, posant un regard intégratif sur un réseau dynamique d'acteurs, d'actants et d'artéfacts, a été mobilisée par des tenants des dynamiques des routines pour pallier cette réputation des routines comme tenues responsables de l'inertie (Hannan et Freeman 1984) et de l'inattention (Ashforth et Fried 1988). Cette conjoncture supporte la recherche sur les routines et permet de mieux comprendre comment les actions conduisent à l'évolution dynamique des capacités en décomposant ces dernières en routines et en modèles intercalés d'actions et d'artéfacts. Par exemple, Sele et Grand (2016) ont fait usage de l'ANT au sein d'un laboratoire de Zurich renommé en intelligence artificielle pour investiguer comment les interactions entre les routines organisationnelles peuvent être plus ou moins génératives en traçant et en analysant comment les acteurs humains et non-humains (actants) relient les routines entre elles. Par la perspective performative des routines que nous venons de voir (Feldman et Pentland, 2003), ils sont en mesure de comparer la connexion entre les actants et comment ils sont engagés dans la performance des routines. Un lien est ainsi établi entre les différences observées dans la générativité des interdépendances de routines et les actants qui deviennent des médiateurs ou des intermédiaires. Les intermédiaires peuvent ainsi maintenir les connexions entre les routines tandis que les médiateurs peuvent les modifier lorsqu'ils génèrent des interdépendances entre les routines. Trois effets génératifs sont identifiés pour les médiateurs : (1) la création de résultats innovants, (2) l'adaptation de performances routinières existantes et (3) l'émergence de nouvelles performances dans les routines. Les travaux de Sele et Grand (2016) permettent d'apporter une contribution intéressante à notre recherche. Nos observations démontrent un partage équitable des rôles entre les actants non-humains intermédiaires (i.e. protocole, trajectoires et algorithmes de soins COVID) et les médiateurs

(i.e. acteurs émergents et acteurs du réseau). Les artefacts développés pour faire face à la crise des routines tout autant que les acteurs les ayant adaptés ont joué à la fois ce rôle de maintien des connexions entre les routines et également de modificateur pour gérer les interdépendances entre les routines. Les dimensions ostensives et performatives sont restées très proches pour soutenir les adaptations locales des unités de l'hôpital. Par le travail de forage des acteurs émergents au sein du réseau, une diffusion globale s'est orchestrée pour restructurer les routines et leurs artefacts en interdépendances.

Néanmoins, une similarité est démontrée entre la conception des routines organisationnelles comme un système dynamiques et génératifs (cf *routines dynamics*, Feldman & Pentland, 2003: 95, Parmigiani and Howard-Grenville, 2011, Feldman, 2000, Cohendet and Simon, 2016) et les dynamiques opérantes des acteurs à travers leur engagement. Les interactions deviennent routinières et les écologies de routines plus ou moins génératives. Nous verrons par la dans le chapitre des résultats que certains acteurs tout comme leurs actants ont su créer des passerelles transfrontalières en attachant des maillons neutres pour s'y positionner comme porte-parole, intermédiaires et médiateurs, mais aussi pour y loger un alliage d'actants traduisant les routines pour l'ensemble des membres du réseau et pour en faciliter leur diffusion et performance en plus de favoriser le remaniement et la stabilisation des nouvelles alliances et collaborations

À cette deuxième couche théorique de l'acteur comme un être social et faisant partie intégrante d'un réseau complexe, nous ajoutons cette manifestation schématique caractéristique des organisations qu'est le rôle. Sous l'égide de la perspective ANT, nous considérons le rôle comme une dimension actantielle et institutionnalisée. Le rôle est un facteur révélateur du positionnement et des relations au sein du réseau. En plus d'être un assemblage d'actions et de responsabilités, les rôles contiennent des connaissances structurelles qui solidifient les nœuds

tissés au sein même du réseau. Tel un uniforme d'officier décoré à la hauteur de son rang et de ses accomplissements, les rôles sont une extension de l'identité sociale. Marc Fisher (1999) a écrit que la voiture est l'étalon de la valeur personnelle. En contexte social et organisationnel, les rôles font partie de l'équation permettant la représentation de la valeur personnelle des acteurs-membres du réseau. Notre analyse se concentrera en partie sur l'apport des rôles dans la reconfiguration du réseau et les capacités d'innovation des acteurs émergents. Nous verrons par la suite que la schématisation des rôles formels comme informels permet d'amalgamer une architecture de routines de travail au sein même des réseaux d'acteurs-actants.

Nous savons maintenant que les routines sont des schémas d'actions répétables et collectifs (March et Simon, 1958, Cyert et March 1963, Feldman et Pentland, 2003, Nelson et Winter, 1982) à la fois dynamiques et interdépendantes (Deken et al., 2016). Les routines dynamiques se décrivent comme étant des "flots d'idées, d'actions et d'effets connectés" (Feldman, 2000, p.613) constituées d'un modèle général ostensif (Feldman et Pentland 2003, Pentland 2011) et d'un modèle d'action performé par des acteurs (Cohen 2007). Pour observer adéquatement notre terrain empirique et suivre les transformations organisationnelles et les innovations des acteurs pour faire face à la crise pandémique, il importe de combiner cette première lentille théorique au champ visuel de l'acteur réseau. Cette seconde assise considère l'acteur comme un réseau constitué d'acteurs et d'actants humains et non-humains hétérogènes consolidés (Akrich, Callon, Latour, 2006). Le réseau se stabilise en fonction des actions et des déplacements tout autant que par les efforts de traduction et de ramification des acteurs et des actants au sein du réseau. En alliant ces deux perspectives, nous pouvons considérer l'acteur-réseau comme une routine ou un ensemble de routines consolidant le réseau agencé en interdépendances. Nous savons maintenant que les acteurs peuvent faire défection de réseaux constitués par manque de cohérence ou d'équilibre et que les innovations se construisent au

rythme de solidification des réseaux et des alliances qui l'entourent (Denis et al. 2007). Nous ne savons toutefois pas encore comment et par quels mécanismes ou stratégie les acteurs d'un réseau se dissocient temporairement ou en créent un embranchement temporaire face à un contexte turbulent. Nous souhaitons également explorer l'apport et l'impact d'une reconfiguration locale et globale des routines interdépendantes sur la transformation et la consolidation de l'acteur-réseau. Il reste finalement encore à investiguer comment l'usage d'artéfacts et d'actants non-humains peut décharger le travail des acteurs émergents pour leur permettre de prioriser le travail de maillage et de construction de l'acteur réseau.

Nous verrons dans l'analyse que notre hôpital a fait face à cette même problématique de devoir maintenir la consistance des soins et services face à l'éclosion de la crise sanitaire tout en stimulant la créativité pour s'ajuster face à l'évolution de la situation et faire face à une crise locale et globale des routines. La recherche a démontré que pour adéquatement s'adapter à une crise, les organisations et leurs acteurs doivent utiliser et développer leur capacité à créer et partager localement des connaissances et à réactualiser leurs routines pour répondre aux turbulences environnementales (Burnard et Bhamra, 2011). Nous avons ainsi observé une série d'adaptations locales pour faire face à une crise globale. Nous verrons dans la prochaine section de la méthodologie comment nous avons conduit une étude qualitative inductive afin de découvrir comment les efforts de certains acteurs qui ont traversé leurs rôles d'actants tel qu'institutionnalisés, ont eu des impacts sur la mobilisation de leur réseau de collègues, sur la réactualisation de routines clés dans la lutte contre la crise pandémique et parallèlement sur la refection des artéfacts de connaissance spécifiques à ces routines.

## Chapitre 4 - Méthodologie

*Le problème avec le monde, c'est que les intelligents sont plein de doute  
et que les stupides sont plein de confiance*  
Charles Bukowski

Voyons maintenant plus en détails l'approche méthodologique nécessaire à l'opérationnalisation de nos assises conceptuelles et pour répondre à notre problématique de recherche : **Comment l'émergence d'acteurs a-t-elle influencé la reconstitution d'un réseau interdépendant de routines et l'adaptation d'un parcours de soins pour faire face à la COVID-19 à l'hôpital DIVN ?** Nous définissons l'innovation selon notre cadre théorique comme toute transformation ou création de nouvelles routines (Nelson et Winter, 1982) par souci de cohérence avec la définition de l'innovation instaurée à l'hôpital DIVN : Toute amélioration des pratiques, des technologies ou des façons de faire ayant pour but de créer de la valeur et in fine améliorer la santé et le mieux-être des populations et des intervenants, le tout intégré dans les pratiques de façon durable et généralisée. En dehors d'un cadre théorique, les termes pratiques et routines sont généralement interchangeables. Le terme pratique est davantage intégré dans le jargon médical sous les nominations de pratique clinique ou pratique de soins. Ce concept raisonne avec la réalité des cliniciens et des professionnels de santé. Les recherches sur l'approche des routines apportent toutefois un cadre adapté à nos besoins de recherche et aux bouleversements de l'hôpital DIVN. Le concept de la routine est donc privilégié en s'appuyant sur des caractérisations communes de l'innovation entre notre terrain et notre cadre théorique.

Plus précisément, dans ce chapitre nous allons justifier le choix d'une méthodologie de recherche qualitative inductive nous prédisposant à la découverte d'acteurs émergents et d'innovations clés dans la gestion de la crise pandémique dont ces derniers ont été instigateurs ou contributeurs. Nous présenterons les différentes sources de données collectées et leur apport

combinatoire dans l'investigation de notre problématique. Par la suite, nous exposerons les caractéristiques des participants au projet en appariement avec les autres sources de données selon une structure en réseau pour bien faire usage de notre pierre d'assise théorique de l'acteur-réseau (Callon 1986; Latour 1987, 2005). En transcendant leur rôle au sein du réseau, les acteurs émergents ont créé de nouveaux embranchements ayant des impacts sur leur réseau de collègues. Le tableau 1 permet de représenter ces différents réseaux de collègues. Nous détaillerons finalement les processus d'analyses utilisés.

#### 4.1 Recherche qualitative inductive à l'hôpital DIVN

Tel qu'exposé précédemment, la pandémie de la COVID-19 est un phénomène hasardeux que mêmes les grands scientifiques et épidémiologistes n'ont pu prévoir. Il s'agit donc d'un événement qui relaye du hasard, du stochastique et qui a frappé les hôpitaux par surprise. (Cromwell et Kotelly, 2021). Ce sont ainsi les cliniciens qui, pour faire face aux patients atteints de COVID-19 qui allaient, et qui se sont présentés dans leurs unités, ont dû rapidement adapter leurs routines de soins. Pour mieux comprendre la façon dont ces transformations se sont produites, avec en avant plan le rôle de certains professionnels qui ont joué un rôle prépondérant dans la transformation des routines hospitalières existantes, nous avons construit notre étude autour d'une étude de cas, construite sur des « cas intégrés » (embedded cases) comme des unités d'analyse imbriquées permettant de mieux comprendre la façon que l'hôpital DIVN s'est adaptée à la crise de la COVID-19 (Yin, 2009).

Notre terrain d'études, l'hôpital DIVN, est un centre hospitalier de soins spécialisés à Montréal ayant été désigné par le gouvernement comme établissement de soins et de services COVID (i.e. hospitalisation, cliniques de dépistage, lieu de transfert inter-hospitalier) et qui est composé de plus de 18000 acteurs cliniciens et non cliniciens contribuant à offrir des soins et services hautement performants des secteurs tertiaires et quaternaires. Les soins tertiaires et

quaternaires caractérisent les formes de soins les plus avancées pouvant inclure une opération complexe comme une chirurgie cardiaque ou neurologique, des soins intensifs ou des soins palliatifs par exemple. Les soins quaternaires peuvent inclure des traitements et interventions expérimentaux et très peu d'établissements au pays offrent ces soins quaternaires. Récipiendaire du premier prix de l'hôpital intelligent au Canada (Newsweek, 2021), le DIVN regroupe ses spécialités et sur-spécialités en 12 grandes directions cliniques. Les infrastructures dénombrent un total de 772 chambres et de 39 salles d'opérations. La recherche est inhérente à l'hôpital DIVN qui partage ses espaces avec son centre de recherche considéré parmi les plus modernes et les plus imposants centres de recherche en Amérique du Nord. L'apprentissage continu fait également partie intégrante de la culture du DIVN qui possède le plus grand centre de simulation et d'apprentissage en Amérique du Nord en plus de la toute première École de l'intelligence artificielle en santé au monde. L'innovation est un moteur d'amélioration de prédilection au DIVN pour améliorer les pratiques cliniques et administratives. Plus de 200 projets d'innovation sont activement développés par les équipes et les spécialistes de l'hôpital.

Ce projet de mémoire s'intéresse à des acteurs émergents évoluant dans des directions distinctes et des missions distinctes, cliniques comme non-cliniques, mais qui ont néanmoins été frappés de plein fouet par la même crise sanitaire. Nous suivrons de plus près la reconfiguration des équipes de la Direction de l'enseignement et de l'académie (DEAC), du Bloc opératoire, des Soins intensifs et de la Direction de la coordination transversalité et alignement des systèmes (DCTAS). La DEAC a pour mission de développer la relève et les acteurs de la santé dans leur capacité à créer et à intégrer les connaissances et les innovations en milieu réel, pour améliorer la santé de la population. Le bloc opératoire et les soins intensifs ont des missions cliniques et médicales de soins spécialisés et surspécialisés. Pour sa part, la DCTAS était, au moment de ce projet de recherche, une jeune direction de moins d'un an

d'existence et développée dans l'optique d'harmoniser les pratiques, les systèmes et les trajectoires de soins.

En dépit des expertises, du nombre d'acteurs de l'hôpital DIVN, des directions cliniques et non-cliniques et des missions d'excellence de l'hôpital, il importe de considérer l'historique de travail au DIVN où les acteurs ont été habitués à travailler de manière généralement locale et au sein même de leur secteur, unité ou direction. Pour favoriser la compréhension et l'immersion dans notre terrain d'études, les acteurs de la santé utilisent généralement le terme unité en référence à une superficie clinique d'un établissement de santé. Le secteur ou la direction se rapportent davantage à des pratiques et des services sans un besoin d'espace unique dans l'établissement. Une réputation précède donc les réseaux de santé les caractérisant comme lents dans leur capacité à innover et les recherches ciblant l'innovation dans le système de la santé constatent un rythme ralenti dans la capacité des acteurs et des organisations (Cutler, Wikler, Basch, 2012; Tuckson, Edmunds, Hodgkins, 2017).

Dès l'écllosion de la pandémie au Québec et avec l'arrivée imminente des premiers patients COVID positifs, le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) a désigné l'Hôpital DIVN comme un établissement de première ligne à recevoir et traiter des patients atteints de COVID. Pour répondre à cette crise sanitaire, l'hôpital DIVN a massivement mobilisé ses équipes pour adapter ses modes de travail et les espaces cliniques en considérant les impacts du virus. Je fais ici référence par exemple au risque accru de contamination intra-hospitalière et communautaire, à la peur grandissante des équipes et au manque de connaissances face à ce nouveau virus et cette nouvelle maladie.

Pour répondre à notre problématique qui cible l'émergence d'acteurs spécifiques ayant eu des impacts considérables dans la lutte contre la pandémie, la valeur de notre étude qualitative

inductive réside dans la capacité d'observer l'opérationnalisation ayant permis l'émergence d'acteurs, l'imprévisible et les changements orchestrés par qui et avec quels mécanismes. Dans un tel contexte, l'étude qualitative à partir d'une étude de cas et de cas intégrés nous permet de cibler le travail de ces acteurs spécifiques qui ont joué un rôle prépondérant dans ce contexte. Nous utilisons la méthode qualitative pour notre recherche dont le but est d'explorer et de comprendre les phénomènes sociaux complexes (Mukamurera, Lacourse et Couturier, 2006). L'analyse qualitative requiert une démarche discursive avec pour objectif d'amener le répondant à expliciter son vécu et ses expériences ainsi que son interprétation des sens rattachés à ses activités et son contexte de travail (Mukamurera, 2006). La méthode qualitative considère la subjectivité humaine comme partie intégrante des interactions sociales. Les témoignages subjectifs nous permettent ainsi de mieux comprendre le sens que nos répondants attachent à leurs actions (Boutin, 2018 ; Deslauriers, 1991).

Pour répondre à notre problématique de recherche, il importe également de laisser place à la découverte et ne pas se prémunir de filtre hypothétique. Grâce à cela, nous avons collecté une grande quantité de données et d'observations empiriques qui ont orienté parallèlement nos recherches et notre analyse. Plusieurs équipes de l'hôpital ont procédé à une réactualisation de leurs modes de travail et de nombreuses collaborations interdisciplinaires et transversales ont fait surface en plus d'innovations locales et globales. Nous considérons une innovation locale comme circonscrite à une unité ou un service spécifique de l'hôpital DIVN. Une innovation globale est plutôt travaillée et partagée auprès de plusieurs unités et services de l'organisation. Toutefois, quelques équipes spécifiques, portées par des acteurs émergents, ont joué un rôle particulièrement important dans la reconstitution des routines pour faire face à la pandémie. Notre recherche cible ainsi quatre acteurs émergents et leurs collègues de proximité issus de

directions et d'unités différentes dans l'hôpital. La composition des données de recherche et des acteurs interpellés est exposée dans le tableau 1.

Notre méthode de recherche est donc qualitative, mais également inductive. L'approche inductive offre cette flexibilité de pouvoir raffiner son canevas de recherche de manière formelle en cours de collecte de données pour en faciliter son analyse (Hlady Rispal, 2002, p. 51). À la différence de l'approche déductive qui postule une problématique a priori (d'Arripe, Oboeuf, Routier, 2014), cette approche inductive, construite sur des itérations progressives, a pour avantage d'éviter de tomber dans un piège où l'on s'installe dans un cadre théorique en amont et où les faits, à la fois manipulables et interprétables, se cantonnent dans un rôle d'illustration-confirmation (Kaufmann, 2001, p.12). Suddaby (2006) emprunte aux travaux de Glaser et Strauss (1967) sur la théorie ancrée cette définition de la recherche inductive comme une méthode pratique de recherche axée sur les processus d'interprétation et l'analyse de la production réelle de significations et de concepts utilisés par des acteurs sociaux évoluant dans de réels contextes.

#### 4.2 Sources de données collectées

Trois types de sources de données ont été colligés dans le cadre de ce projet de recherche : (1) Des entretiens virtuels conversationnels pendant les trois premières vagues de prolifération du virus avec des cliniciens (médecins, infirmières, professionnels de la santé) et des professionnels en soutien (administrateurs et techniciens), (2) l'observation participante (notes de terrain) de situations d'apprentissages et de changements survenant pendant la crise et (3) les données d'archives organisationnelles produites et les nouveaux outils numériques pour actualiser et diffuser les nouvelles routines et les modes de travail afin de répondre au choc organisationnel résultant de la crise sanitaire.

#### 4.2.1: Entrevue conversationnelle

Les travailleurs de la santé, de par leur pratique, sont plus souvent qu'autrement en relation d'aide et doivent dédier toute leur écoute au patient dans un besoin d'assistance, d'expertise et de soins. Ce faisant, on peut observer une certaine humilité voire une réserve émotionnelle chez le professionnel de la santé directement en support à la population. La conversation vise à briser temporairement cette posture automatisée pour susciter une narration et des témoignages visant à transcender les mécanismes de stoïcisme professionnel. La conversation est en soi une activité à la fois banale et complexe : banale, parce qu'elle s'exerce de manière répétée et sur une base quotidienne et complexe, parce qu'en plus de faire intervenir toutes les composantes linguistiques, elle stimule simultanément les compétences psychosociales qui permettent aux individus de se comprendre et de s'entendre (Vincent, 2003). Ochs (1997) ajoute que la conversation est la forme la plus importante et la plus universelle de la construction d'un récit. Au travers de celle-ci, les acteurs impliqués sillonnent la carte du temps, se concentrant sur le passé pour ensuite mettre en relation le présent et l'avenir, parfois reconsidérant un autre fragment du passé. Par l'analyse du discours, les stratégies argumentatives et les histoires sont analysées selon des images construites imbriquées sur une structure de narration et impliquant les rôles sociaux des acteurs et leurs métaphores. (Wagner & Wodak, 2006, pp. 392-993).

Mishler (1991, pp.68, 105) propose d'accorder aux histoires une place de premier rang dans l'étude des entretiens, car il estime que les méthodes narratives sont plus appropriées pour l'étude de ces derniers, qu'il considère comme des discours dont la signification et la structure sont produits simultanément par l'intervieweur et l'interviewé. Nous nous appuyons sur les travaux de Gherardi (2016) identifiant des points de liaison entre notre méthode narrative et notre lentille théorique de l'acteur-réseau. Selon elle, la matérialité et le processus de construction sont tous deux importants lorsqu'on étudie les pratiques d'organisation et

d'innovation, car de multiples réalités peuvent être potentiellement mises en œuvre au travers de différents espaces, temps et actions. Pour pallier cela, il faut produire des récits narratifs d'agencements saisissant la matérialité, les passions et les croyances ainsi que les forces d'attraction et d'engagement au sein des enchevêtrements sous-tendant ces nids d'association.

De par mon double rôle comme professionnel de l'organisation à l'étude et meneur de ce projet de recherche, j'ai été directement impliqué dans certains comités de crise COVID et j'ai facilement eu un accès privilégié en temps réel aux données d'archives organisationnelles. Il m'était donc plus facile de saisir le pouls de l'organisation et des équipes aux vues de l'évolution de la crise pandémique. Ceci favorisant ma capacité à stimuler la conversation lors des entretiens et stimuler chez les répondants des processus implicites d'introspection, de rétrospectives et fondamentalement une motivation à partager leur aventure de lutte contre la COVID-19. Le guide d'entretien (annexe 1) est composé de catégories génériques (e.g. Section 4. L'émergence pour faire face à la crise) et a été développé pour engager une conversation flexible, sans nécessairement suivre une séquence prédéfinie qui pourrait être incohérente avec la vision narrative des répondants. Cette flexibilité facilite la conversation et permet à l'intervieweur d'agencer les questions et d'en privilégier certaines selon le fil de l'entrevue et les réponses du participant. Les questions sont généralement ouvertes pour susciter une réponse plus étoffée et le partage d'anecdotes ou de témoignages. Une question brise-glace a été développée dans l'optique de déstabiliser le participant et le distancer de sa zone de confort passible de réponses plus automatiques (*Selon vous, pourquoi avez-vous été identifié comme répondant à cette entrevue en vous basant sur les visées de ce projet de recherche ?*). Un énoncé de recadrage a été réfléchi pour se prémunir face à un blocage du participant ou une incompréhension d'un segment de l'entrevue. Dans l'ensemble, un équilibre a été nécessaire

entre les efforts d'objectivation du terrain et des sujets et un usage parcimonieux de ma connaissance des rouages internes de l'organisation et de ses acteurs.

#### 4.2.2 Composition des répondants

Pour nous aider dans la sélection de participants ayant joué un rôle essentiel dans la transformation des routines existantes pour faire face à la COVID-19, un grand soutien a été apporté par l'un des membres de l'équipe de recherche occupant un poste exécutif au sein de la direction générale et le mandat transversal de la gestion des projets d'innovation et d'intelligence artificielle. J'ai également été impliqué dans les démarches de sélection et de sollicitation des acteurs par ma connaissance du réseau interne et par le rôle de soutien que j'ai pu apporter dans la gestion de la crise. Un courriel de sollicitation (annexe 2) a été diffusé en milieu de première vague et au début de la deuxième vague. Quelques relances ont été envoyées à l'issue de la première phase d'entrevue et à la lueur des recommandations des participants. En effet, une approche de *snowball sampling* (Goodman, 1961) a été mobilisée en vue de collecter des données empiriques relatives à la construction du répertoire empirique des nouveaux acteurs-réseaux. La technique de recrutement du *snowball sampling* consiste à impliquer chaque participant à l'étude à contribuer au recrutement des prochains participants. L'usage de cette technique de recrutement s'avère un atout clé pour notre problématique de recherche qui requiert de suivre le parcours d'acteurs émergents au sein de leur réseau. L'objectif est ici de recruter des participants évoluant en promiscuité dans l'organisation pour mieux comprendre et interpréter notre terrain par l'usage de nos assises conceptuelles (i.e. routines et ANT).

La gestion logistique des entrevues a été grandement facilitée par l'outil numérique *Calendly* qui offre aux participants une interface simple d'utilisation pour sélectionner une plage d'entrevue selon leur agenda. Une fois sélectionnée, un courriel d'invitation contenant un lien

vers une rencontre de visioconférence est automatisé et envoyé aux deux parties impliquées. Le projet de recherche parallèle sur lequel nous travaillons a également été une condition favorable au recrutement et plusieurs acteurs ont ainsi accepté de collaborer aux deux projets de recherche (i.e. Travail s'inscrivant au sein du projet de recherche 2021-8965 : La transformation des pratiques professionnelles, la capacité d'innover et le partage de connaissances au-delà des canaux établis pour faire face aux besoins changeants en temps de crise de la COVID-19.) En somme, 23 participants ont été rencontrés à une seule entrevue dans le cadre de ce projet dont 15 directement pour ce projet de maîtrise et 8 ayant également participé au projet de recherche parallèle. Les participants sont des cliniciens (i.e. infirmier, gestionnaire, anesthésiologiste, intensiviste, chirurgien) directement impactés par la COVID-19 et des non-cliniciens en soutien aux équipes cliniques (e.g. gestionnaire, chef de service, conseiller). Le tableau 1 illustre la composition des répondants et des données ciblées de notre recherche.

Les critères d'inclusion ont été sélectionnés sur la base d'une démarche rigoureuse d'observations prospectives issue de ma participation aux comités de crise COVID-19 suivie d'une investigation rétrospective des transformations et innovations déployées dans ces unités et directions d'intérêts. Concrètement, des collègues de ma direction et moi-même avons été déployés en première vague COVID vers les unités de soins pour soutenir la gestion et l'animation des SWAT TEAM au bloc opératoire et aux soins intensifs. Chaque rencontre a systématiquement été documentée pour produire un compte rendu. La section 2 sur les données d'observation tout comme le tableau 1 expose plus en détails les différentes données colligées. Cet accès privilégié aux SWAT TEAM m'a permis de capter l'émergence d'acteurs s'étant impliqués au-delà de leurs rôles pré-pandémiques et de conduire un premier tour d'entrevues conversationnelles. Après cette phase prospective, j'ai été en mesure rétrospectivement d'aller

creuser et investiguer les transformations critiques au niveau des routines et de les cartographier pour remonter à la racine même des initiatives et de leur instigateur. Les quatre acteurs émergents ont ainsi été sélectionnés comme étant des membres de l'organisation ayant dépassé leur rôle et ayant acquis une légitimité par leurs actions pour transformer les routines et développer des acteurs-réseaux vers un objectif collectif et organisationnel de mobilisation et d'innovation. Ces mêmes acteurs ont judicieusement été identifiés pour nous permettre d'observer des agents ayant entrelacé des routines nouvellement interdépendantes afin de scruter avec attention le travail de maillage au travers des unités de soins telles qu'elles sont normalement constituées. Finalement, des critères objectifs et subjectifs ont été considérés pour justifier la sélection des 4 quatre acteurs émergents de ce projet de recherche. Les critères objectifs sont les observations du terrain, la mobilisation, le leadership dans la prise de décision, la gestion des équipes et les innovations. Les critères subjectifs sont les collaborations directes et indirectes avec les participants de la recherche, les suggestions recueillies par la technique du snowball sampling et les informations internes de l'équipe projet. En effet, comme meneur de ce projet de recherche, mais également comme professionnel de l'organisation ayant été impliqué dans la gestion de la crise, je me permets d'appuyer la sélection des acteurs émergents que j'ai eu la chance de suivre pendant la crise sanitaire. La structure de recrutement est également basée sur l'identification primaire des acteurs émergents du projet suivi de la sollicitation de leurs proches collègues et collaborateurs pendant la période de gestion de la crise sanitaire. Encore une fois, le *snowball sampling* a été très utile dans cette structure de recrutement. Pour citer mon directeur de recherche, « *La structure de recrutement est de bâtir le tout sur quatre archétypes d'acteur émergent en plus du réseau et des artéfacts qui les entourent.* »

Tableau 1 - Composition des répondants et sources de données collectées

Composition des répondants				Sources de données collectées			
acteur émergent (4)	Direction/unité	rôles et services	acteurs en soutien (19)	entretiens conversationnels (23)	données d'observation du terrain (69 documents, 128 pages)	Données d'archives organisationnelles et outils numériques de diffusion (46 documents)	
<b>Arnold (S10)</b> - Gestionnaire	Direction de l'enseignement et de l'académie (DEAC)	Enseignement et formation	1 chef de service	9	59 comptes rendus de rencontres de SWAT TEAM	Environnement numérique d'apprentissage (ENA) COVID	
			7 conseillers, conseillères				
<b>Acteur B (S02)</b> - Anesthésiologiste-intensiviste	Bloc opératoire (BO)	Soins cliniques et critiques	1 anesthésiologiste	5		10 listes de présence aux rencontres de SWAT TEAM	6 algorithmes COVID
			1 gestionnaire				
			2 infirmiers, infirmières				
<b>Acteur C (M031)</b> - intensiviste	Soins intensifs (SI)	Soins cliniques et critiques	2 gestionnaires	5	30 protocoles COVID	10 trajectoires COVID	
			2 infirmiers				
<b>Acteur D (S07)</b> - Gestionnaire	Direction coordination transversale et alignement des systèmes (DCTAS)	Coordination réseau, logistique	1 chirurgien	4			
			1 infirmière retraitée				
			1 gestionnaire				

#### 4.2.3 : Données d'observation du terrain

En réponse à l'écllosion de la pandémie, plusieurs équipes de l'Hôpital DIVN se sont rapidement mobilisées pour créer des groupes de travail destinés à trouver des solutions innovantes et se répartir le travail pour préparer l'organisation à faire face à la crise. Chaque rencontre a été documentée par des professionnels non-cliniciens impliqués dans les groupes de travail. J'ai joué ce rôle de preneur de notes et de facilitateur auprès d'un de ces comités.

Dans le cadre de ce projet de recherche, les **comptes rendus** des groupes de travail de l'unité des soins intensifs et du bloc opératoire surnommés **SWAT team** seront analysés de manière chronologique en plus des **listes de présence** pour corroborer les entretiens conversationnels et analyser les activités et interactions des acteurs au fil du temps (Streeck & Mehus, 2005). En somme, 23 comptes rendus ont été produits pour documenter les échanges et le partage des connaissances de la SWAT TEAM au bloc opératoire couvrant la période du 1er avril 2020 au 11 juin 2020. 36 comptes rendus et 10 listes de présence ont été également produits au niveau de la SWAT TEAM des soins intensifs du 16 mars 2020 au 20 avril 2020 (cf tableau 1).

#### 4.2.4: Données d'archives organisationnelles et outils numériques de diffusion

En s'appuyant sur les travaux de sociologues ayant énoncé qu'un trait distinctif de la socialité moderne est qu'elle est de plus en plus médiée par les artefacts matériels (Knorr Cetina, 1997), notre projet de nature sociologique considère l'apport indispensable des données d'archives ayant été développés en contexte de crise pandémique pour actualiser et diffuser les nouvelles routines et modes de travail. Orlikowski (2007) a également écrit que le matériel et le social sont constitutivement enchevêtrés dans la vie quotidienne. En concordance avec cette position sociologique, les données d'archives organisationnelles considérées traitent principalement des artefacts suivants : les nouvelles **trajectoires** de soins COVID, les **algorithmes** et les **protocoles COVID (voir section présentation des résultats)**. La littérature sur les routines privilégie généralement le terme artefact en référence au matériel empirique et épistémique encadré dans les routines et leurs interdépendances (D'Adderio, 2001, 2008, 2011). Par un travail d'agrégation, cette source de données pourra être analysée sous notre loupe conceptuelle et dévoiler son apport dans la production des nouvelles connaissances conditionnelles à la réactualisation des routines. Encore plus, nous pourrons analyser la dimension ostensive des artefacts et si elle est suffisamment explicite pour faciliter la performance des routines. Afin de

faciliter les nouveaux modes de travail et de diffuser les artéfacts au sein des équipes de l'hôpital, de **nouveaux outils numériques** ont été adoptés au sein de l'organisation et ce assez tôt en première vague COVID. Nous analyserons notamment les apports d'un nouvel environnement numérique d'apprentissage (ENA) permettant la centralisation des connaissances et routines COVID tout en facilitant leur diffusion (cf tableau 1). Observant un réseau en pleine construction à l'hôpital DIVN, le tableau 1 a été constitué après la phase de recrutement par triangulation.

Finalement, le recours à cette source de données nous a permis de trianguler (Yin, 2009) les analyses tirées des observations et des entrevues en validant chronologiquement de façon matériel le processus de développement de nouvelles routines à travers les accumulations successives des différentes versions des artéfacts qui ont été produites par les acteurs observés. Plusieurs sources de données nous ont permis de fournir une réponse intéressante et rigoureuse à notre problématique de recherche et pour bénéficier d'une analyse par triangulation. La triangulation est une procédure et une méthode d'aide à la validation visant la validité des savoirs produits par la recherche. Elle consiste en la superposition et la combinaison de plusieurs perspectives de réponses et de données sources sur un même phénomène (Denzin, 1978; Patton, 1999, Martineau 2012).

#### 4.3 Processus d'analyse

Une fois les données collectées, elles ont été classifiées, transcrites et téléchargées dans le logiciel d'analyse DeDoose pour être codées et analysées. Selon notre approche qualitative inductive, l'analyse est basée sur les méthodes de la théorie ancrée (Glaser & Strauss, 1967 ; Suddaby, 2006) pour développer des résultats et des contributions théoriques. La théorie ancrée est une méthode systématique des sciences sociales selon laquelle la construction d'une théorie

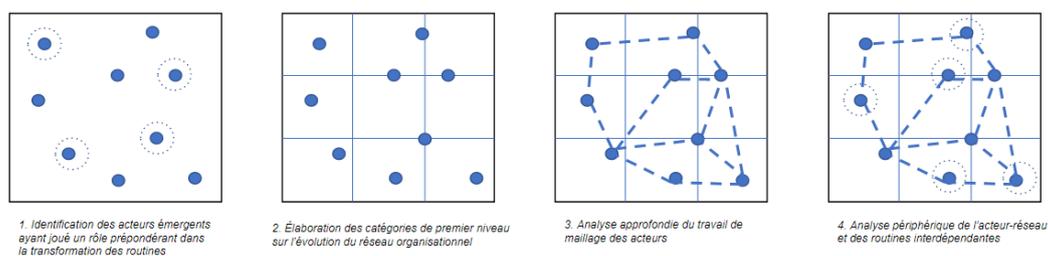
repose sur la collecte et l'analyse méthodique des informations. C'est une méthodologie de recherche de type inductive, par opposition à la méthode hypothético-déductive. La théorie est donc "ancrée" dans les données signifiant que l'analyse et le développement des théories ne sont possibles que suite à la collecte des données et suite à un processus rigoureux d'identification des thèmes principaux qui émergent des observations empiriques.

L'analyse par codage (Charmaz, 2006 ; Grodal, Anteby et Holmes, 2021 ; Kalpokaite et Radivojevic, 2019) est un processus en étapes : (1) codage ouvert des entrevues transcrites individuellement ligne par ligne pour identifier les premières catégories; (2) codage axial des catégories élaborées à la première étape pour les condenser en thèmes communs et divergents ; (3) classement des thèmes en fonction de toute temporalité présentée dans les données ou d'autres éléments prioritaires relevés dans les données. Par ce classement temporel, un processus graduel d'émergence des acteurs a été observé ainsi qu'une reconstruction interdépendante de routines au sein de différents "*temporal brackets*" (Langley, 1999) que nous appelons périodes. Le cadre conceptuel est considéré durant les étapes de codage et de classement des thématiques pour faciliter la convergence avec les assises théoriques. À titre d'exemple, les sous-thématiques "actant (artéfact, acteur)" et "défection des réseaux existants" font référence à la théorie de l'acteur-réseau (Callon 1986, Latour 1987, 2005) (ANT, voir chapitre 3 - assises conceptuelles).

Pour réaliser ce processus, l'ensemble des connaissances et des apprentissages de ce projet de recherche a été documenté et structuré dans un journal de bord. Plusieurs idées et réflexions ont été griffonnées au cours de la période entre avril 2020 et juin 2021. Des mémos d'observation (Kalpokaite et Radivojevic, 2019) et des notes éditoriales ont été ajoutés en continu lors des étapes de revue de la littérature, de collecte de données et d'analyse. De

manière systématique, des notes d'observation furent compilées pendant les entrevues et structurées selon le minutage pour faciliter la recherche dans les transcriptions et lors du codage (annexe 3). Une synthèse post-entrevue permettait d'apparier des mémos sur les notes d'observation pour proposer de nouvelles thématiques de codage, des parallèles non-considérés avec le cadre conceptuel, des acteurs, des équipes ou des départements à explorer dans l'organisation ou encore une observation intéressante à analyser. Grâce à ces techniques, le noyau d'acteurs émergents a été consolidé, les acteurs de soutien ont pu être identifiés, la problématique de recherche s'est raffinée pour cibler l'émergence d'acteurs et les routines se sont révélées comme unités d'analyse. Le chapitre 5 (i.e. présentation des résultats) est structuré à l'égard de ce processus d'analyse par codage sémantique et ordonné en chronologie des événements vécus à l'hôpital DIVN dès la déclaration de l'état d'urgence par le gouvernement Québécois. La figure 1 se veut une représentation schématique de mes observations du terrain et de mon analyse progressive du travail des acteurs pour faire face à la crise.

Figure 1 - processus d'analyse



### 1. Identification des acteurs émergents ayant joué un rôle prépondérant dans la transformation des routines

En assistant aux rencontres des acteurs mobilisés dans la lutte contre la crise sanitaire, j'ai été témoin du travail supplémentaire de certains acteurs au-delà de leur rôle et de leurs responsabilités traditionnelles. C'est d'ailleurs par ces observations que j'ai décidé de suivre de plus près leur parcours en temps de crise et les impacts qu'ils ont été capable de produire.

En analysant les comptes rendus de réunions de crise en début de première vague, j'ai pu confirmer mes hypothèses de ces acteurs en phase d'émergence.

## 2. Élaboration des catégories de premier niveau sur l'évolution du réseau organisationnel

Des entrevues conversationnelles ont été réalisées avec une première identification d'acteurs émergents. Retranscrites, ces entrevues ont été codées pour élaborer un premier niveau superficiel de catégories sémantiques (e.g. horizontalité, objets, outputs et outcomes). Les recherches de la littérature en parallèle ont influencé cette catégorisation vers les cadres théoriques des routines et de la théorie de l'acteur-réseau (e.g. interdépendance, routine, actant (artéfact, acteur). Destiné à raconter une histoire de cette crise vécue au DIVN, la chronologie des événements a également été catégorisée (e.g. Déroulement temporel/enchaînement, chronologie de la mise en place de routines). Les résultats sont structurés selon ces différentes périodes (e.g. T1 - Mobilisation et préparation locale des unités et services, T2 - Émergence et maillage des acteurs émergents).

## 3. Analyse approfondie du travail de maillage des acteurs

Au fil de nos observations de nouvelles collaborations et de structures dans la lutte contre la crise de la COVID-19, nous avons confirmé le choix réfléchi du cadre théorique de l'Acteur réseau (chapitre 3) pour pister avec attention les structures informelles de l'évolution du réseau d'acteurs et des routines de travail en reconstitution face à ce changement organisationnel. Les nouveaux objets de connaissance COVID que nous appelons artéfacts (e.g. protocole, trajectoire et algorithme COVID) ont été analysés pour investiguer ce nouveau mode de codéveloppement et de travail partagé. Les données d'archives organisationnelles (i.e. comptes rendus, listes de présence) ont corroboré notre analyse. Le processus de codage s'est poursuivi et nos catégories se sont raffinées pour les dimensions empiriques et théoriques du cadre de

recherche (e.g. réorganisation de routines, nouvelle ramification au réseau, cellule de crise, SWAT TEAM, innovations).

#### 4. Analyse périphérique de l'acteur-réseau et des routines interdépendantes

Grâce aux suggestions des premiers répondants, de nouvelles entrevues ont été conduites ciblant des acteurs émergents, mais davantage les acteurs en soutien ou en périphérie. Les développeurs d'artéfacts, les responsables et participants aux groupes de travail COVID et les formateurs de nouvelles routines COVID ont été ciblés. Une analyse incrémentale de certains artéfacts a été possible grâce au partage de l'ensemble des versions retravaillées et adaptées au fil de l'évolution pandémique à l'hôpital DIVN (e.g. L'algorithme de prise en charge des patients COVID au bloc opératoire totalise près de 60 versions). Une reddition de compte des formations COVID a été analysée pour évaluer la portée des nouvelles routines. Un environnement numérique d'apprentissage, développé par des acteurs de la Direction de l'enseignement et de l'académie (DEAC), s'est révélé la source d'information la plus riche de l'ensemble de ce projet de recherche offrant un espace centralisé de l'ensemble des connaissances, artéfacts, formations et nouvelles en rapport à la gestion de la crise. Bénéficiant d'un accès privilégié à cette source d'information, j'ai été en mesure de cerner les innovations ayant eu un impact dans la gestion de la crise et tout le travail interdépendant des instigateurs les ayant déployé et diffusé dans l'organisation.

Nous avons maintenant exposé la méthodologie nécessaire pour opérationnaliser nos cadres conceptuels. Le prochain chapitre présente et décrit les résultats sélectionnés à la lueur de la collecte des différentes sources de données empiriques. Cinq sections sont proposées comme des périodes et chacune d'elle explore en profondeur un épisode de nos résultats de manière progressive en vue de brosser un portrait photographique rétrospectif de l'histoire de nos

acteurs émergents. Les résultats se concentrent également sur les mécanismes employés par les acteurs et leur ayant permis d'émerger au-delà de leur positionnement initial. En plus des mécanismes conditionnels à l'émergence, un travail évolutif sur les routines a été nécessaire et les résultats démontrent que ce travail a d'abord été activé localement dans les différents services et unités pour ensuite se globaliser à l'ampleur de l'hôpital. Les parcours de nos acteurs émergents, quoi qu'initialement distants et individuels, convergent au fil des jours de la gestion de crise vers un parcours commun, celui du plus imposant combat des équipes du DIVN.

## Chapitre 5 – Présentations des résultats

*The measure of intelligence is the ability to change*  
Albert Einstein

Ce chapitre présente le fruit d'un travail de synthèse de nos résultats de recherche. Les données sont retenues sur la base de leur potentiel et de leur valeur à nourrir l'argumentaire de réponse à la problématique en fonction du cadre conceptuel que nous avons adopté. Les observations permettent d'extraire un alignement dans la construction chronologique et progressive d'un nouveau parcours de soins COVID composé d'interdépendances de routines amalgamées dans des artefacts (i.e. protocoles, algorithmes, trajectoire) et constituant un acteur réseau maillé par des acteurs émergents. Pour démontrer comment les innovations et les dimensions d'innovations sont construites au sein de l'acteur-réseau, les mécanismes sont suivis attentivement pendant l'évolution de la pandémie. Ces mécanismes sont travaillés et déployés par les acteurs émergents pour en faire usage dans l'actualisation de leur capacité à transformer et ramifier le réseau; pour construire de nouvelles routines. Un travail est également nécessaire au niveau des routines pour les actualiser. Nos résultats démontrent un travail des routines se complexifiant au sein de nos périodes. La visière de l'ANT sert d'outil de description chronologique du développement de réseaux notamment par la constitution de nouvelles routines, mais également par les points de passage plus ardu; moins légitimes au niveau de l'organisation. Les acteurs émergents prennent ce rôle de point de maillage pour consolider leur légitimité dans le réseau en bénéficiant d'artefacts spécifiques.

Les résultats sont ordonnés par chronologie et synthétisés en cinq sections relatives aux périodes (i.e. T0, T1, T2, T3, T4), d'observations et de collecte de données. La présentation des résultats est également tributaire du processus d'analyse par codage et catégories primaires (cf chapitre 4).

La première section, temps zéro, relate l'annonce de l'écllosion de la pandémie et l'arrivée imminente des premiers patients COVID positifs à l'hôpital DIVN (T0). La deuxième section se penche sur la mobilisation et la préparation locale des unités et services (T1). La troisième section porte sur l'émergence d'acteurs et leurs efforts de maillage d'un acteur-réseau (T2). La quatrième section présente les efforts collectifs de construction et d'adaptation des routines interdépendantes pour faire face à cette nouvelle réalité (T3). La cinquième et dernière section présente les démarches et mécanismes de diffusion des nouvelles routines pour stabiliser les équipes et tendre vers de nouveaux parcours de soins intégrant la COVID aux routines pré-existantes (T4). La figure 2 vient faciliter la visualisation des dynamiques de consolidation du nouvel acteur-réseau au fil de ces périodes. Chaque section est appuyée par des résultats combinatoires des différentes sources de données et l'attention est systématiquement focalisée sur les acteurs émergents, les mécanismes, la globalisation des routines et les mouvements de l'acteur-réseau au sein des structures formelles et informelles. Le tableau 4 étaye et complète la présentation des résultats de ce chapitre par des données additionnelles. Pour démarrer notre histoire, commençons tranquillement à faire connaissance avec les quatre acteurs émergents de ce projet. Le tableau 2 présente leurs rôles dans l'organisation ainsi que leur réponse respective à la question d'identification du guide d'entrevue conversationnelle et les propos d'un acteur-réseau relatif à chacun.

Tableau 2 - Présentation des acteurs émergents

Les acteurs émergents			
Identification	Rôles	Extrait du gabarit d'entrevue conversationnelle : <i>En contexte habituel (donc pré-COVID), quel est votre rôle dans l'hôpital où vous travaillez normalement et votre affiliation professionnelle ?</i>	Données représentatives des impacts des acteurs émergents sur l'acteur-réseau
<b>Arnold (S10)</b>	Gestionnaire développement professionnel continu (DPC) et formation continue partagé (FCP) à la direction de l'enseignement et l'académie (DEAC)	« Mon rôle était chef de service intérimaire du développement professionnel continu, j'étais intérimaire parce que je remplaçais quelqu'un qui était parti en congé de maternité, mais j'ai pas d'affiliation professionnelle liée à mon rôle, je suis membre de l'ordre des ingénieurs du Québec, mais ça a pas de lien dans mon rôle. » (S10)	« Ce qu'il a réussi vraiment avec brio, pour encore lui lancer des fleurs, c'est le fait que tout d'un coup, dans cette situation de crise on se retrouvait avec une équipe en télétravail quasi à 100 %. Je dis 100 %, mais ce n'est vraiment pas 100 %. Il y a des gens qui devaient avoir des présences terrain notamment pour aller sur les unités. Mais cette organisation du travail qui a changé du jour au lendemain, ça été des compétences que lui avait. [...] C'est comme si je ne sais pas, s'il connaissait les facteurs gagnants, la communication...tout ce qui vient en place dès le mécanisme de reddition de comptes qui roule tout seul, les types de rencontres qui sont à favoriser. Je ne sais pas à quel point il savait où c'était juste de l'instinct quand ça s'est passé, mais je crois que ça a été favorable dans ce contexte-là. » (S15)
<b>Dr. Bertrand (S02)</b>	Anesthésiologiste et intensiviste	« Je suis anesthésiologiste intensiviste de formation. Je travaille au CHUM, en fait je suis membre au sein du service de soins intensifs qui est sous le département de médecine et je suis également membre du département d'anesthésie comme anesthésiologiste et chef du groupe d'intérêt en neuro-anesthésie. Dans ce contexte, mon rôle est surtout un rôle clinique et j'ai un rôle également comme chef du groupe d'intérêt en neuro-anesthésie. » (S02)	« Je pense que c'était en janvier ou début février, quelque chose comme ça. On disait : « bon bien il y a peut-être quelque chose qui s'en vient, mais on pensait que ça allait rester loin puis que ça n'allait pas nous toucher comme tout le monde, j'imagine. Puis finalement, ce n'est pas ce qui est arrivé. On a dû se réaligner rapidement puis je pense que je ne me rappelle pas de la date de l'annonce, mais du jour au lendemain on diminuait le nombre de salles rapidement. Puis en fait, je pense, personne ne savait un peu à quoi s'attendre puis de notre côté ce qu'on a fait... Au départ c'est comme les gens qui ont... Je n'ai pas dit à quelqu'un : « toi tu t'occupes de ça... » Ce sont certaines personnes qui se sont mobilisées qui ont senti le besoin de contribuer. Je pense que vous avez rencontré S02, ça en est un. [...] C'était vraiment impressionnant. Ces gens-là ont pris en charge certains aspects et ils sont devenus les personnes-ressources sans qu'on leur dise quoi faire. » (S11)
		« Je suis un médecin spécialiste en soins intensifs de	« Il y avait quand même une belle multidisciplinarité autour de la table, beaucoup

<p><b>Dr. Chevalier (M031)</b></p>	<p>Intensiviste-chercheur</p>	<p><i>l'adulte donc je suis en charge cliniquement parlant et je m'occupe de patients aux soins intensifs sur un horaire de travail plus ou moins standard. Les autres responsabilités que j'avais, que j'ai transitionnées parce que je voulais faire plus de recherche, c'était être responsable du comité académique des soins intensifs, donc m'occuper beaucoup d'enseignement. Et sinon j'étais un expert en simulation aussi à l'Académie CHUM parce que je fais beaucoup de simulations, je fais de la recherche là-dedans, je suis chercheur aussi associé là-bas.» (M031)</i></p>	<p><i>d'acteurs. Le leadership a été très fort, très clair et ça a vraiment permis de pouvoir faire des topos, des avancements, prendre des décisions, mettre des actions en place de manière très rapide. Vraiment là le travail vitesse grand comme disait M031. On a fait le travail d'une année en quelques semaines. Ça a été incroyable le travail qui a été fait. Je pense qu'il a eu un énorme rôle à jouer. Il a mobilisé vraiment les personnes autour, tout le monde était dedans et ça a donné le résultat que ça a donné c'est-à-dire vraiment, à mon avis, un succès de prise en charge et toutes les choses qui en ont découlées c'est-à-dire la mise en place de protocoles, révision de protocoles, la mise en place de processus de transport de patients, de test des processus avec l'équipe de simulation, filmer des capsules avec l'équipe de tournage, mettre des formations en ligne, rehausser les compétences de tout le monde au niveau de différentes pratiques qui étaient maintenant nécessaires au niveau de la covid. » (S15)</i></p>
<p><b>Diane (S07)</b></p>	<p>Gestionnaire direction coordination transversalité et alignement des systèmes (DCTAS)</p>	<p><i>« Infirmière de formation. J'ai une spécialité d'infirmière praticienne spécialisée, mais actuellement je suis dans un rôle de gestion comme adjointe au directeur de la direction de la coordination transversale et alignement des systèmes qu'on appelle la DCTAS et mon rôle vise beaucoup à améliorer les trajectoires de soins des patients.» (S07)</i></p>	<p><i>« En fait S07 était plus notre experte clinique. C'est-à-dire que par son cursus bien qu'elle soit infirmière, elle est également infirmière praticienne spécialisée donc dans son rôle d'adjoint à la DCTAS, elle est appelée elle à revoir l'ensemble des trajectoires cliniques plus spécifiquement avec les acteurs cliniques des secteurs spécifiques. Exemple, le bloc opératoire en était un, les soins intensifs en ont été un autre, tout le transport interne de l'organisation qui s'effectuait entre l'urgence et les unités de soins pour les patients covid. S07 s'occupait de faire l'arrimage de tous les différents acteurs des différentes directions pour s'assurer qu'on avait une trajectoire qui était optimisée pour ces patients-là à l'intérieur de l'hôpital. Donc oui elle a travaillé avec les soins intensifs pour l'équipe de M031 et M052, mais elle a également travaillé avec l'équipe de S11 et S02. .» (S12)</i></p>

## Temps zéro (T0) - L'annonce d'une éclosion pandémique et une arrivée imminente de patients infectés à l'hôpital DIVN

*Vivre l'expérience, c'est gagner en compétences*

Mikael Lemelin Brisebois, collègue, ami et étoile montante de l'innovation en santé

Afin d'introduire cette section de notre analyse, on peut s'appuyer sur le premier postulat de recherche se caractérisant par la nouveauté et la surprise : Une éclosion soudaine et insoupçonnée d'un nouveau virus planétaire inconnu du savoir clinique. Au sein de l'hôpital DIVN, les connaissances et compétences des acteurs de l'organisation sont brutalement remises en question. Toutefois, certaines expériences passées s'avèrent plus favorables à la lutte contre la crise sanitaire et certains acteurs émergent - ou se démarquent - par la transposition de leurs savoir et compétences dans l'organisation en période de choc.

Dès la première semaine d'éclosion de la pandémie au Québec, une cellule de crise a été instaurée, composée des membres de la direction générale et des directeurs en provenance des services cliniques et administratifs de l'organisation. Cette nouvelle entité médiane entre la haute direction et le terrain est rapidement devenue une vitrine de validation des innovations et propositions du terrain pour transformer les routines et adapter l'environnement hospitalier. Arnold et Dr. Chevalier décrivent respectivement les objectifs et la composition de la cellule de crise.

*« Le Président directeur général de l'hôpital a mis en place ce qui s'appelait la cellule de crise. **La cellule de crise était les directrices et directeurs de chaque direction qui se rencontraient pour identifier les problèmes, mettre en place des actions et faire le suivi.** » (S10)*

*« Elle était présidée par le président directeur général puis l'adjointe à la direction générale, mais elle était **composée de l'ensemble des directeurs cliniques également des directeurs non cliniques** donc Direction des soins infirmiers, Direction des affaires médicales universitaires, Direction des services professionnels, Direction des services multis, la Direction des ressources humaines naturellement, Direction des services techniques. Il y avait également la Direction de la recherche qui était présente puis c'est pas mal ça. » (S12)*

Bénéficiant de l'expérience passée de membres de la haute direction dans des établissements de santé en période d'épidémie ou de grands changements, les décideurs savaient qu'une cellule de crise avait son potentiel de rapidement valider et faciliter l'implantation de processus agiles pour faire face à la crise. Les acteurs de l'organisation sont à ce stade en quête des informations à jour pour prendre les meilleures décisions possibles. La mise sur pied de la cellule de crise est une structure permettant un travail de forage des besoins et des problématiques de la crise. Les gestionnaires et directeurs se dotent d'une vigie pour favoriser l'adaptation locale des routines dans les unités et services de l'hôpital. Une conseillère pédagogique vante les bénéfices des décisions et du flair des décideurs organisationnels.

*« Notre PDG ayant vécu déjà une crise similaire, je pense que lui a rapidement mis une cellule de crise à la haute direction, puis là il essayait de reproduire, je pense qu'il a déjà fait à Toronto, ici, donc rapidement on sentait que la haute direction s'organisait puis essayait de répondre un peu aux questions, dans mon souvenir, c'est comment... La question qui se posait souvent c'était **comment faire en sorte de maximiser les capacités de chacun** pour contribuer à cette crise-là, puis soutenir la clinique. » (S01)*

Plusieurs membres de l'acteur-réseau dont nos acteurs émergents ont bénéficié de la cellule de crise pour déployer leurs innovations. Les prochaines sections en présentent les exemples principaux notamment pour le récit de Dr. Bertrand et Diane.

Les directions non-cliniques en soutien aux soins et services au DIVN ont été rapidement prévenues de l'évolution possible de leur rôle au gré des besoins émergents dans l'hôpital. La Direction de l'enseignement et de l'académie (DEAC) a suspendu plusieurs activités pour mobiliser ses équipes envers la gestion de la crise et le soutien aux cliniciens. Une conseillère pédagogique de la DEAC témoigne de ce chamboulement.

*« C'était quand même très exceptionnel comme situation, donc bref après en fin de journée le lendemain tout le monde était en télétravail, puis on a passé la semaine qui a suivi en télétravail aussi, puis par la suite on commençait à avoir un petit peu plus d'informations en nous disant, bien ça se peut, sachant qu'on est dans un hôpital, il se pourrait très bien qu'on fasse appel à nous pour qu'on joue **des rôles qui seraient complètement en dehors de notre rôle habituel, dépendamment des besoins des cliniciens, etc.** Donc, on sentait qu'il fallait qu'on soit prêt. » (S01)*

Nous verrons dans la prochaine période que suite à une réaction sécuritaire d'instaurer une mesure de télétravail pour les employés de la DEAC, un petit comité a été confectionné pour les rapatrier à l'hôpital et les déployer sur l'ensemble des unités de soins en vue de conduire une analyse des besoins d'accompagnement et de formation.

Sur les unités cliniques, les équipes commençaient à anticiper la progression de la pandémie et une première éclosion au Québec. Le chef de l'unité d'anesthésiologie parle de son équipe qui dès l'annonce a déployé un plan de contingence pour diminuer les salles d'opération et distribuer les nouveaux rôles et responsabilités.

*« En janvier ou début février, quelque chose comme ça. On disait : « bon bien il y a peut-être quelque chose qui s'en vient, mais **on pensait que ça allait rester loin puis que ça n'allait pas nous toucher comme tout le monde, j'imagine. Puis finalement, ce n'est pas ce qui est arrivé.** On a dû se réaligner rapidement puis je pense que je ne me rappelle pas de la date de l'annonce, mais du jour au lendemain on diminuait le nombre de salles rapidement. Puis en fait, je pense, personne ne savait un peu à quoi s'attendre puis de notre côté ce qu'on a fait... Au départ c'est comme les gens qui ont... **Je n'ai pas dit à quelqu'un : « toi tu t'occupes de ça... » C'est certaines personnes qui se sont mobilisées qui ont senti le besoin de contribuer.** » (S11)*

Dès lors, on observe l'émergence de certains acteurs qui se proposent pour une implication active dans la gestion de la crise. Nous observons ici des acteurs se proposant pour participer au travail de forage des besoins et du travail à effectuer au niveau des routines. Les prochaines périodes permettent de démontrer les impacts probants de ces acteurs dans la reconstruction du parcours de soins COVID.

Dans leur dimension chronologique, les observations positionnent l'unité des soins intensifs (SI) comme précurseur dans la réorganisation des modes de travail, la mise sur pied du comité SWAT Team SI (soit le groupe formé tel que décrit dans la citation ci-dessous) et l'actualisation des artefacts spécifiques à la COVID pour réorchestrer rapidement les nouvelles routines afin de

maintenir les soins et offrir des services adaptés à cette nouvelle réalité clinique. Les propos de Dr. Chevalier se rapporte au 13 mars 2020 soit une journée avant la déclaration de l'état d'urgence provincial.

*« Vendredi après la semaine de relâche, on n'était vraisemblablement pas prêts à faire face à ça du tout. Là un sentiment d'urgence s'est créé, puis suite à ça, c'était encore un peu flou à savoir ce qu'on allait faire. Puis, **certaines personnes ont pris le leadership d'essayer de dire « faut s'organiser ».** J'étais un de ceux-là avec d'autres de mes collègues (...). **Il n'y a pas eu de commande qui a été faite du Ministère, ni de la direction de l'hôpital, ça s'est fait sur le terrain** en voyant ce à quoi on faisait face et que notre capacité d'y répondre y avait d'équation pour faire de quoi. Donc moi **j'ai pris le lead pour développer un comité de formation de trajectoires de patients.** Le vendredi j'ai commencé à plancher sur un protocole [...] je me suis concentré plus sur la portion formations et aussi simulation des trajectoires de patients à travers l'hôpital, soins qui touchaient plus les soins intensifs. Des courriels ont été envoyés, j'ai travaillé jusqu'à minuit toutes ces soirées puis finalement, le lundi on avait nos premières rencontres et là ça l'a parti. Et **on a développé notre comité et on est allé de l'avant.** » (m031)*

L'ensemble des sources de données de ce projet positionne la SWAT TEAM des soins intensifs comme une pierre angulaire de la gestion de la crise et de la consolidation d'un nouvel acteur réseau. Ce passage démontre un travail de forage, mais également un début d'ancrage par la constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire (voir tableau 6). Cette analyse montre l'évolution de ce groupe d'acteurs mobilisés et dirigés de manière informelle par nos acteurs émergents dans le développement d'une série interdépendantes de nouvelles routines adaptées à la COVID.

Certaines équipes sont soudainement devenues prioritaires dans la gestion de la crise. C'est le cas de la DCTAS responsable des trajectoires patients à l'intérieur de l'hôpital qui en était à sa première année d'existence et de sa petite équipe dont fait partie Diane. Son collègue et elle nous racontent cette expérience charnière pour elle et son service.

*« Bien en fait nous **on a été impliqué très rapidement et de façon très urgente** au niveau du comité de crise de la cellule de crise **parce que sous la responsabilité de la direction de la coordination transversale donc la DCTAS on a tout ce qui touche la révision des trajectoires** avec les différents acteurs dont je viens de vous parler, mais on a également les coordonnateurs d'activités et les coordonnateurs à la gestion des lits qui sont des*

*personnes clés pour tout ce qui touche la fluidité intrahospitalière qui sont sous notre responsabilité. » (S12)*

*« Ça a été un momentum pour nous parce qu'on est une nouvelle direction qui était très très peu connue et ça a fait en sorte que maintenant la DCTAS on comprend que c'est pour des trajectoires. Donc c'est un gros bout parce que DCTAS déjà juste de savoir qu'est-ce que ça veut dire, si je fais mon sondage à l'hôpital là les gens ne savent pas c'est quoi la DCTAS. Mais quand tu parles de trajectoire de soins, je suis souvent associé à ça parce que j'ai été très présente sur le terrain pendant la covid. Puis au fond notre direction avait peut-être une année d'existence à ce moment-là. Fais que moi quand je suis arrivé, ça ne faisait même pas un an que j'étais là alors ça a été un moment charnière je trouve pour notre direction de se faire connaître aussi à travers le rôle que j'ai occupé durant la covid. » (S07)*

Nous voyons ici comment, de par la nature de la pandémie, certaines équipes et acteurs se sont mobilisés davantage que d'autres. Nous verrons toutefois que les acteurs émergents ont dépassé leurs fonctions formelles et développé des innovations clés pour faire face à la crise et favoriser la collaboration intersectorielle. Pour ce faire, après avoir surpris de plein fouet notre système de santé (T0), les équipes ont réagi en fermant temporairement leurs frontières pour procéder à une mobilisation et une préparation locale des unités et des services.

#### T1. Mobilisation et préparations locales des unités et services

Dans la foulée des événements et le rythme accéléré pour adapter le terrain et l'organisation, plusieurs acteurs ont été impactés directement dans leurs fonctions et rôles. Les équipes non-cliniques en soutien direct au terrain ont été interpellées pour prendre de nouveaux rôles distants de leur offre de services. La Direction de l'enseignement et de l'académie (DEAC) a suspendu une grande partie de ses activités pour déployer son réseau dans l'hôpital. Une tournée massive des unités a permis de conduire une analyse des besoins et d'établir des points d'ancrage dans les différentes unités cliniques. Arnold nous raconte comment cette tournée a été réfléchie.

*« La réponse de l'académie a été initiée, lancée et soutenue par la directrice de l'enseignement et de l'académie et la réponse en était une de très rapidement se mobiliser, identifier les actions clés qui devaient avoir lieu à court terme, mais par actions-clés c'était principalement faire le tour de l'ensemble des clientèles et des secteurs de l'hôpital pour récolter leur besoins et par la suite, mettre ces besoins-là en commun pour pouvoir*

*déterminer comment ils répondent et en même temps identifier les besoins de la DEAC pour pouvoir faire face à cette crise-là. Cette mobilisation-là s'est faite... ça été immédiat.*  
» (S10)

*« L'équipe de direction a identifié tous les secteurs à visiter et a vraiment identifié quels secteurs étaient prioritaires et une fois que les secteurs étaient identifiés, les divers services de la DEAC ont été appelés à collaborer et on a formé des duos et principalement les duos ont été formés inter-service donc avec une personne de chaque service pour pouvoir profiter des compétences et des aptitudes qui étaient relativement différentes d'un service à l'autre. »* (S10)

En dispersant les équipes de l'enseignement au sein des unités et services de l'hôpital, la direction était en mesure d'assurer un rôle de vigie, de capter les besoins et d'installer un point d'ancrage dans les unités COVID. Nous voyons ici un de travail d'ancrage de cette direction pour aller se positionner stratégiquement aux différents points de vigie de l'hôpital en vue d'assurer une réactivité et une contribution à la mise à jour des routines. Cette approche s'est avérée utile et nos données démontrent comment les équipes de la DEAC ont eu des impacts dans l'adaptation et la diffusion des nouvelles routines.

Certains acteurs avaient déjà un accès privilégié à différentes unités leur conférant un rôle de vigie. Dr. Bertrand nous raconte comment son double-rôle d'intensiviste anesthésiologiste a été déterminant dans son mandat d'actualiser les trajectoires et les parcours de soins.

*« Le chef du département d'anesthésie avait déterminé, voyant qu'il y avait une initiative locale et l'espèce de momentum, il disait bien : « tel, tel anesthésiste va s'occuper de tel aspect, la protection, les EPI, etc. Tel anesthésiologiste... » puis ça c'était moi. Comme j'avais des liens autant aux soins intensifs qu'en anesthésie, je m'occupais des trajectoires de voir comment est-ce qu'on peut faire circuler les patients à l'intérieur de l'hôpital, à l'intérieur même de l'hôpital et en direction du bloc opératoire. Et puis quelqu'un d'autre regardait l'approvisionnement matériel, s'assurer d'avoir les stocks, de s'assurer que les appareils d'anesthésies ne circulaient pas, par exemple, des aérosols potentiellement infectieux. Et donc ça, ça c'était tout créé localement à l'anesthésie sans faire un appel à tous pour demander qui veut faire quoi. Il y avait déjà des gens qui avaient été ciblés et ces gens ont accepté de prendre le rôle et ç'a été intégré sans absolument aucune contestation. Chacun de ces chefs de section a pris une partie de la problématique comme objectif de travail et a été chercher de l'aide de collègues pour pouvoir constituer des petits comités et travailler à développer leurs objectifs. »* (S02)

Ce passage dévoile d'une part comment la restructuration locale de certaines équipes s'est orchestrée sur la base de structures hiérarchiques formelles, mais également par la mobilisation

d'acteurs sur des structures informelles. D'autre part, on voit l'apport de Dr. Bertrand comme un point de maillage entre les unités du bloc opératoire et des soins intensifs dans le travail collaboratif de remaniements des routines, de trajectoires communes et comme nous le verrons d'un parcours de soins COVID interdépendant entre les unités et services. Dr. Bertrand a ainsi produit un travail d'ancrage en capitalisant sur son positionnement à la frontière de différentes routines cliniques et un travail de maillage assurant le rôle de passerelle et de messenger entre les groupes de travail.

Les acteurs émergents ont bénéficié de la cellule de crise et ont été encouragés par leurs pairs à présenter leurs propositions à ce groupuscule de décideurs. Cet extrait démontre Diane encourageant Dr. Bertrand à aller présenter son idée à la cellule de crise.

*« Le 24 ou le 23, autour du 20 mars, l'actrice émergente DCTAS m'a dit : « écoute, la direction générale... » Là ça a dû s'ébruiter d'une certaine façon. Elle m'a dit : « **la direction générale, la cellule de crise, veut t'entendre sur la préparation du bloc opératoire.** » Moi je ne savais pas de qui on parlait à ce moment-là. J'ai dit : « ok parfait. Je veux me rendre disponible pour pouvoir présenter. » Je me suis dit que ça ne pourrait qu'aider à faire avancer le dossier et l'officialiser. Puis là je lui demande qui va être présent à cette réunion. Je ne voulais surtout pas perdre mon temps à répéter les mêmes choses à des... Je ne savais pas ça toucherait qui. Puis elle me dit : « en fait c'est la direction générale puis plusieurs directeurs. » Bon ok. J'étais un peu surpris que ces gens-là... **En fait je ne sais pas comment ils ont su que je travaillais sur ces projets-là, mais c'était la meilleure porte pour pouvoir faire entendre le projet.** Je pense que je les ai rencontrés le 25 mars 2020 et puis je leur ai présenté le projet de planification de trajectoire pour le bloc opératoire. J'avais préparé un PowerPoint avec des croquis du bloc opératoire et des trajectoires dessinées. » (S02)*

À la suite de quoi ces propositions ont été concrétisées en innovations par un soutien de la direction générale pour bénéficier des ressources nécessaires. Cet extrait indique que onze jours après l'annonce de l'éclosion pandémique, Dr. Bertrand était maintenant porteur d'une innovation significative dans la lutte contre la crise et soutenu par l'organisation au-delà de ces fonctions cliniques d'anesthésiologiste-intensiviste. C'est un exemple phare des acteurs émergents ayant subitement gagné en légitimité et en capacité d'influence pour émerger au-delà de leurs fonctions.

*« Puis je me présente le lendemain avec mon chef de département et on présente le projet. Et c'est ça qui a fait toute la différence selon moi pour la préparation du bloc opératoire. Je vous rappelle, c'était une coïncidence qu'à travers mon implication et ma présence dans les réunions aux soins intensifs et dans les simulations et les soins organisés que j'ai croisé les gens de la DCTAS et par la suite j'ai été justement invité à cette réunion à la cellule de crise. Et le 25 mars j'ai présenté à la cellule de crise. Je n'ai même pas eu le temps de me rendre du centre de recherche ou en fait le bureau où il y avait la cellule de crise, la salle de réunion, la salle de conférence, jusqu'au bloc opératoire, que déjà j'avais des gens qui me contactait pour me dire qu'on mettait en branle le projet et ça avait reçu l'aval de plusieurs directeurs. Je me suis à peine rendu au bloc opératoire que la cogestionnaire m'accroche pour me dire : « qu'est-ce qui s'est passé? C'est quoi ce projet-là? » alors que moi j'en avais parlé des semaines avant, mais on m'ignorait. Par la suite pour me fournir... Puis c'est là que j'ai eu des outils. C'est là que j'ai eu des personnes. C'est là que la DAMU (Direction des affaires médicales et universitaires) s'est également investie, a permis de créer le comité officiellement, d'avoir justement accès à des ressources que ce soit par Teams, travailler avec vous pour pouvoir faciliter les réunions parce que ce n'est pas des trucs qu'on faisait de façon routinière et ça s'est tout organisé de façon assez rapide. » (S02)*

Certaines ramifications ont été possibles grâce à des structures informelles et ce travail d'ancrage des acteurs émergents. On voit encore une fois comment le tissage de nouveaux liens au sein de l'acteur réseau est caractéristique des acteurs émergents. Cet exemple décrit comment une initiative informelle a été rapidement formalisée et traduite en innovation par la cellule de crise et ses dirigeants pour favoriser une adaptation locale des routines et éventuellement globale. Soudainement, l'émergence a donné une voix aux acteurs et une considération. Outillés et soutenus, les acteurs émergents ont pu orchestrer la restructuration de leur réseau et actualiser les routines en interdépendances de par leurs nouvelles ramifications au sein de l'organisation. La prochaine période présente la suite des actions de Dr. Bertrand et la mise sur pied d'une SWAT TEAM au bloc opératoire (BO) pour consolider un autre point de maillage dans l'acteur réseau et travailler les artéfacts et les routines de manière interdépendante avec des acteurs pluridisciplinaires.

Les différentes sources de données attestent que l'unité des soins intensifs fut dans les premières équipes de l'hôpital à rapatrier les connaissances actualisées sur ce nouveau virus inconnu du corpus médical. Pendant la préparation locale des unités cliniques, des acteurs

bénéficiaient de leur réseau international pour contacter des collègues en Europe leur conférant un avantage pour démarrer le travail de réorganisation plus tôt. Nous parlons ici de points de contacts externes au réseau interne en constitution.

L'entrevue avec Dr. Chevalier permet d'expliquer comment ce dernier, aux faits des récentes données sur la progression de la pandémie en mars 2020, a obtenu légitimité pour entamer ses démarches de contacts auprès des différentes parties prenantes dans l'espoir d'arrimer les efforts des équipes impactées par la crise organisationnelle.

*« La première chose que j'ai faite, la fin de semaine où tout a déboulé, la fin de semaine là après la semaine de relâche, c'est là que la bombe des courriels est tombée. J'ai envoyé des courriels à toutes les personnes que je pensais être les bonnes personnes de ressources pour pouvoir gérer ça et mener à bien notre mission. Il y avait notamment la direction. J'ai dit à mon chef de soins intensifs qui n'avait donné de responsabilités à personne, je lui ai dit « je prends responsabilité de m'occuper de ça, est-ce que c'est correct? » Il dit « oui oui vas-y go ». Une fois que j'avais la légitimité de mon chef, je vais juste faire les affaires comme je le pense. Je vais aller de l'avant et je vais créer ce comité avec toutes les parties prenantes que je pensais les plus habilitées à aider. » (M031)*

Par cette prise de responsabilité et le soutien de sa direction, Dr. Chevalier a sélectionné ses collaborateurs pour reconstituer un embranchement de l'acteur réseau. Cet intensiviste émergent a produit un travail d'ancrage considérable au niveau des routines. Les besoins urgents de former les acteurs de l'organisation sur les nouvelles mesures COVID ont justifié des efforts de mobilisation des acteurs frontières détenant des expertises et des affiliations dans des secteurs clés de l'hôpital. Dr. Chevalier nous parle de la genèse et des motifs sous-jacents au démarrage de la SWAT TEAM SI.

*« Il y avait un besoin criant autre, comme faire des formations, et avec mon background en enseignement médical et en simulations, ça tombait dans mes cordes. Donc j'ai décidé de prendre le lead là-dessus. Puis là c'est à ce moment-là que j'ai envoyé des courriels, et après ça j'ai pris contact avec l'Académie CHUM, contacts aussi avec d'autres acteurs. Et lundi on a eu notre première rencontre pour lancer le comité. [...] Donc je travaillais de façon étroite avec M056 et la direction de l'enseignement. Je connais pas mal le monde là-bas : sans avoir de fonction officielle, je suis quand même très présent, ce qui fait que je suis capable de savoir quelles sont les ressources et la disposition et le potentiel que ça a aussi. » (M031)*

Ce passage marque les derniers instants de la préparation locale aux soins intensifs. Notre analyse permet de considérer le démarrage de la SWAT TEAM comme événement notoire entérinant l'émergence et la nouvelle légitimité de Dr. Chevalier auprès de ses collègues d'unité, mais également dans l'ensemble de l'organisation.

Soumise aux mêmes bouleversements organisationnels, l'entité médiane de la cellule de crise a également évolué au gré de la pandémie. Dans les premières instances de la crise, la légitimité d'influence et de capacité d'action étaient en partie distribuées par la cellule de crise comme le raconte Diane ayant été invitée à présenter le travail sur les trajectoires COVID.

*« Cette cellule de crise là a aussi évolué, mais quand qu'il a fallu y parler de trajectoire, bien on devait aller à cette cellule de crise là pour présenter un peu notre réflexion puis le plan de match qu'on avait pour une trajectoire par exemple de salle d'opération, de mère-enfant, parce que l'objectif c'était de protéger le personnel, mais aussi de faire en sorte que les patients non-covid ne soient pas contaminés par des patients covid alors au début on mandatait les équipes. Mettons la radiologie est allée présenter sa trajectoire à la cellule de crise pour avoir au fond : « ok c'est bon, vous avez pensé à tout. Vous pourrez être challengé sur des angles morts qu'on aurait pu avoir oubliés. » **Donc la légitimité elle était donnée par la cellule de crise au début du processus. Mais là plus il y avait des trajectoires et plus on en faisait et plus ils constataient qu'on faisait bien les choses. À moment donné on ne les a plus présentées, mais c'était rendu disponible aux gestionnaires de garde, etc.»** (S07)*

Ce passage appuie notre compréhension du terrain et du rôle de maître de chantier que la cellule de crise semble avoir joué dans les premières périodes pour la construction du nouvel acteur-réseau. Après validation, les acteurs pouvaient retourner auprès de leurs équipes et s'affairer à concrétiser et articuler leurs propositions. À l'égard de nos données, la cellule de crise se présente donc comme une entité temporaire bien adaptée ayant favorisé la légitimité et l'émergence des acteurs ciblés dans ce projet de recherche tout en leur laissant la flexibilité de rester proche et investi dans leur terrain. Une fois les préparatifs locaux achevés, nos données démontrent le début d'une globalisation des routines par l'entremise de nouveaux comités de travail. La prochaine période présente quelques exemples de ces résultats. Le tableau 4 expose

également cette globalisation des routines par l'appui d'extraits d'entrevues conversationnelles et de données d'observation du terrain.

## T2. Émergence et maillage des acteurs émergents - ramification acteur réseau (SWAT TEAM BO, SWAT TEAM SI)

L'équipe de direction DEAC a donc recensé les secteurs de l'hôpital et a croisé ses différents services pour former des équipes volantes à déployer dans l'hôpital. Accompagnées par l'un de ses directeurs aux doubles rôles de cliniciens-chirurgiens au bloc opératoire et cogestionnaire clinico-académique à la direction de l'enseignement, les équipes ont pu être introduites aux terrains de l'hôpital avec un gage de crédibilité.

*« Donc on a formé des duos et c'était quatre duos plus précisément et ces quatre duos-là ont eu des secteurs assignés et devaient immédiatement, la journée même, partir organiser des entrevues avec les chefs de chacun de ces secteurs-là ou les assistants-chef et pour les secteurs clinique, il était reconnu qu'un inconnu, parce que la plupart des personnes impliquées étaient des inconnus pour beaucoup de ces secteurs-là ne peut pas juste arriver sur le secteur et commencer à poser des questions, donc **profitant de l'expérience de la connaissance et de la reconnaissance au sein des unités du cogestionnaire clinico-académique, il était chargé de faire la présentation de chacun des duos lorsqu'ils arrivaient sur l'unité.** Une fois les présentations faites, le duo s'assurait de planifier les rencontres et de collecter les besoins avec les chefs. » (S10)*

Après la tournée organisationnelle des équipes d'enseignement, chaque unité et service était à présent accompagnée par un acteur de la DEAC. Les besoins de formation, de restructuration du travail, d'adaptation des lieux physiques ou de sécurité étaient maintenant captés. C'est notamment grâce à ce déploiement dans l'organisation que les équipes de la DEAC ont pu se greffer aux points de maillage du nouvel acteur-réseau par un travail séquentiel d'ancrage et de maillage (e.g. SWAT TEAM BO, SWAT TEAM SI, Cellule de crise).

Cette période marque de manière plus assumée l'émergence de nos acteurs et nos observations étayaient cette émergence. Certains acteurs prennent le rôle de facilitateur et de mobilisateur pour aligner les efforts et diriger les équipes vers un objectif commun. Une conseillère pédagogique

de la direction de l'enseignement et de l'académie (DEAC) vante les capacités de gestion en temps de crise de Arnold.

*« Il a été très mobilisateur dans le sens où même des personnes qui n'avaient pas l'habitude de travailler avec lui, il les a bien intégré dans le groupe, on avait comme des SWAT teams, puis tu sais je pense qu'il avait cette facilité à rassembler puis mobiliser les équipes, donc même tu sais il a mis les gens à l'aise assez rapidement, il répondait vite aux questions que les gens se posaient dans leur rôle, donc ça aussi ça facilitait, donc c'est comme un peu **une courroie de transmission qui facilite la coordination** quand les choses doivent aller vite. » (S01)*

Arnold est ainsi devenu un point de passage obligé dans le réseau et plusieurs rôles lui ont été attribués par sa capacité à délier les nœuds et consolider les routines par une coordination des activités. Par cette proximité avec le terrain et son investissement auprès des acteurs de ce réseau, il fournit un cadre de bienveillance et gagne en légitimité. De leur côté, les acteurs sont en confiance pour commencer à actualiser leurs initiatives et adapter leurs routines. Cet exemple démontre comment le travail au niveau des routines est porté par les acteurs émergents comme Arnold.

Pour répondre aux nouvelles contraintes de la maladie sur les unités de soins et devant l'ampleur du travail à effectuer, les gestionnaires ont mandaté des acteurs en fonction de leur profil et de leur affiliation professionnelle. Cette répartition des tâches caractérise la mise en œuvre progressive d'un nouveau réseau de routines interdépendantes. La prochaine période (T3) suit le parcours d'artéfacts représentatifs de cette nouvelle interdépendance de routines propres à la COVID.

Se fondant sur le même objectif d'organiser les équipes et de préparer le terrain face à l'arrivée imminente des premiers patients COVID, des acteurs de différentes disciplines se rencontrent pour développer un plan de contingence. Une conseillère pédagogique se propose pour offrir

du soutien à la SWAT TEAM BO sur la base d'anciennes collaborations et par le contexte facilitant du point d'ancrage auprès de cette unité clinique.

*« Pour le bloc opératoire le contexte est simple pourquoi c'était moi, c'est juste parce que je connaissais déjà le bloc, j'avais travaillé avec eux, puis je pense qu'on savait, **autant les soins intensifs développaient leur plan de contingence parce que c'était le secteur le plus critique de l'hôpital pour la covid, autant on se disait, mais tous les secteurs devraient adopter un plan de contingence**, puis avait comme des unités débordement, donc c'était, si on appelle un tels taux de patient covid, bien ils vont utiliser telle unité, etc. Donc, toutes les équipes devaient se préparer à ce plan de contingence-là, clinique et dans mon souvenir, je ne me souviens pas très bien comment ça s'est fait, mais je sais juste que **ma directrice m'a appelé en disant « le bloc opératoire doit se réorganiser pour s'adapter pour autres risques, pour adopter son plan de contingence et tout et j'aurais besoins d'aide.** » [...] Ce type de coordination nécessitait quand même une personne qui venait là pour faciliter, soutenir cette coordination, puis les animations des rencontres, etc. Donc moi j'ai atterri à leur rencontre quotidienne où **le but c'était de façon multidisciplinaire en fait prendre les meilleures décisions pour développer un plan de contingence clinique qui permettrait au bloc de s'adapter s'il y a des éclosions.** » (S01)*

Nos données mettent en lumière plusieurs similarités observables entre les deux SWAT TEAM. Par exemple : Elles légitiment leur travail sur le même objectif de préparer le terrain et les équipes, elles sont composées d'acteurs de différentes disciplines et elles sont soutenues par des acteurs non-cliniques de l'organisation. Ces acteurs non-cliniques ou en soutien proviennent en grande partie de la direction de l'enseignement suite à la dispersion du réseau d'Arnold. Grâce au travail d'ancrage des acteurs de la DEAC par une dispersion auprès des unités et services cliniques, plusieurs se sont greffés aux groupes tactiques de gestion de la crise et ont contribué à ce travail de maillage pour réactualiser les routines en interdépendances.

*« **le rôle que j'ai joué, c'était vraiment d'être la facilitatrice pendant ces rencontres, il y a beaucoup d'informations qui sort, chaque discipline à sa perception, sa façon de voir les choses, donc le rôle c'était un peu, je pense, l'apport ou l'impact positif que je percevais qu'on a eu c'était d'avoir une personne qui recense les informations ressorties, parce qu'il y avait énormément de décisions et d'informations pertinentes qu'il fallait documenter. On ne pouvait pas se permettre de dire... parce que c'était des rencontres quotidiennes, mais à chacune d'elle il y avait une richesse énorme, donc il fallait que quelqu'un puisse être un peu le gardien de ces informations-là pour donner une espèce de rythme. De dire « okay, hier on avait adopté tel, voici ce qui manque, qui doit faire quoi », donc c'est un peu organiser leurs rencontres pour donner un rythme de travail et soulager finalement les cliniciens de cette tâche-là ou cette charge mentale-là, de se dire « mon dieu, qu'est-ce qu'on s'est dit hier? »**, etc. Donc, c'était un rôle un peu de coordination,*

*d'organisation, d'animation des rencontres quotidiennes pour le plan de contingence, puis je pense que ça facilite toujours d'avoir une personne neutre quand il s'agit de collaboration médicale et clinique, donc soins et médical parce que des fois il y a certaines personnes qui sont moins à l'aise, il y a un leadership naturel médical ou chirurgical et on s'assurait quand même de bien aligner pour avoir la perception de tout le monde, les enjeux de tout le monde et d'être aussi un peu des personnes ressources si jamais il y a des enjeux qui émanent pendant la journée, qui fassent appelle à nous, puisque nous on serait un peu les modérateurs dans tout ça. » (S01)*

Ces résultats montrent comment les acteurs de soutien ont aidé à la coordination et à l'organisation des comités SWAT TEAM. Ces derniers ont également assuré la traçabilité des échanges et la gestion des connaissances en vue de les disperser dans l'organisation (T4). Ce passage explique comment la neutralité de certains acteurs était importante pour favoriser la collaboration entre les silos professionnels. Les équipes d'Arnold ont joué ce rôle de fluidifier la réorganisation des routines pour favoriser la gestion des interdépendances entre les actions cliniques de différents professionnels. Pour Arnold, ce mécanisme de positionner une ressource neutre sur chaque comité lui permis de ramifier le réseau, d'avoir un impact sur le rythme des travaux de chantier du nouvel acteur-réseau et de mieux observer les dynamiques et les interdépendances pour agir en conséquence.

Peu de temps après la mise sur pied de la SWAT TEAM des soins intensifs, un autre comité SWAT TEAM a été constitué au bloc opératoire. Cet autre point de maillage, interrelié à la SWAT TEAM des soins intensifs par la double affiliation de Dr. Bertrand et sa participation aux deux démarches. La SWAT TEAM BO est en grande partie possible grâce aux efforts de mobilisation de Dr. Bertrand ayant constaté ce besoin de consolider les efforts et d'obtenir un soutien de la direction générale. L'anesthésiologiste-intensiviste nous parle de cette diversité d'intervenants au bloc opératoire et des freins que cela engendre pour réorganiser les routines. Ce problème d'interdépendance locale est à la base de ses efforts de mobilisation et de mise sur pied de la SWAT TEAM.

*« Parce que je vous dirais qu'à priori on a fait beaucoup de travail pour se préparer au bloc opératoire, mais **je n'avais pas l'impression qu'on avait des ressources et que le message se rendait jusqu'en haut.** Et ça, c'était un problème parce qu'on pouvait bien organiser localement le travail, mais on avait besoin de ressources plus grandes et on avait besoin d'un message fort et clair pour tout le monde pour que les infirmières au bloc opératoire puissent écouter ce qu'on propose, pour que les préposés puissent écouter ce qu'on propose. Parce qu'on n'avait pas la..., entre guillemets, je ne sentais pas qu'on avait la légitimité de dire : « bien c'est nous qui allons vous dire comment il faut prendre en charge les patients, comment il faut se protéger » parce qu'on n'avait pas l'aval nécessairement de la cogestion ou de la direction générale du DIVN. Donc je ne sais pas si ça répond à la question. Je me suis éparpillé un peu, mais c'est ce qui a permis, **c'est ce qui m'a donné le goût de poursuivre et c'est un peu les stratégies que j'ai utilisées pour pouvoir éventuellement créer le comité. C'est ça qui a permis de créer le comité covid du bloc opératoire pour pouvoir préparer la salle d'opération et les trajectoires.** » (S02)*

En comparaison à la SWAT TEAM des soins intensifs ayant bénéficié d'une mobilisation pluridisciplinaire et d'un leadership fort, les propos de Dr. Bertrand relate un démarrage plus difficile de la SWAT TEAM BO, un travail plus éprouvant de maillage de routines et des objectifs distincts, notamment le recrutement et la gestion de ressources plus importantes et d'obtenir une crédibilité pour adapter le travail des infirmières face aux nouvelles mesures. Fortement inspiré des démarches parallèles au sein de la SWAT Team des soins intensifs et avantagé par son double-rôle à la frontière entre l'anesthésiologie et les soins intensifs, Dr. Bertrand a participé activement à la transmission des nouveaux modes de travail aux SI dans son autre unité du bloc opératoire. Ce travail d'uniformisation des nouvelles routines a fait de lui un expert de contenu, un messenger et ultimement le meneur dans l'animation de la SWAT TEAM BO.

Les témoignages des acteurs émergents sont conséquents avec notre position de recherche et démontre l'apport significatif des rôles à la frontière entre les disciplines et les routines de soins. Une pratique pré-pandémie divisée entre les soins intensifs et le bloc opératoire a favorisé l'émergence et a conféré à Dr. Bertrand légitimité dans ces rôles multiples de transfert des connaissances, partage des artefacts COVID et connecteur entre les réseaux d'acteurs et l'interdépendances des routines COVID.

*« Je trouvais qu'il y avait moins de momentum vraiment dans la cogestion du bloc opératoire de savoir comment on va organiser le bloc opératoire. Et **je m'inspirais beaucoup de ce qui se faisait aux soins intensifs** où là ce n'était pas uniquement des médecins qui travaillaient là-dessus, mais vraiment en plus des infirmières, des pharmaciens, des inhalos, et puis tout le monde était vraiment impliqué à vouloir faire en sorte que ça fonctionne le mieux possible. Et à partir de ce moment-là, **je me suis un peu calqué parce que j'étais invité aux deux. Je me suis un peu inspiré et j'ai établi une série de contacts que j'ai connus à travers les soins intensifs**, à travers l'organisation des soins intensifs pour pouvoir avoir de l'information et essentiellement partager l'inquiétude qu'on avait sur le terrain du manque de préparation du bloc opératoire. » (S02)*

Des membres des réseaux parallèles ont également observé les impacts des rôles frontières et corroborent notre position. Une conseillère pédagogique nous parle de cette harmonie créée par un double-rôle.

*« Je pense que cette personne-là a naturellement pris un leadership assez intéressant et rassembleur ce qui n'est quand même pas acquis quand il s'agit... je parlais tout à l'heure de peut-être potentiellement, j'en ai vu des collaboration médicale et soins, **souvent il y a cette, qu'on le veuille ou non, il y a une forme de hiérarchie informelle qui coexiste**, ce qui fait que cet intensiviste-là il a pris ce rôle-là naturel, parce que lui il a travaillé des protocoles avec justement les soins intensifs, donc il avait ce regard-là, cette expertise-là qu'il a pu transférer vers le bloc assez naturellement, puis je pense que les gens lui ont rapidement donné une place, une crédibilité, considérant qu'on savait qu'il avait contribué au plan de contingence aux soins intensifs, qu'il avait cette connaissance-là fine de la covid, puis c'est quelqu'un qui se documentait beaucoup, qui était proche un peu des faits puis de la littérature scientifique, ce qui fait que moi **ce qui m'avait marqué le plus c'était ce double-rôle qu'il jouait qui était d'expert et de leader et les autres, il a créé une forme d'harmonie**, ce qui est très rare quand on fait, quand on met en place des équipes multidisciplinaires parce que chacune des équipes à ses propres enjeux, ses propres défis. » (S01)*

Le double rôle de Dr. Bertrand a ainsi évolué au-delà des frontières cliniques vers une position binaire d'expert d'un domaine et de diffuseur des connaissances entre les unités. Tout comme la tournée des équipes d'enseignement coordonnée par Arnold ou le recrutement de Dr. Chevalier aux soins intensifs, la SWAT TEAM BO a favorisé l'émergence de Dr. Bertrand pour avoir des impacts au-delà de ses unités.

En réponse à la déclaration de l'état d'urgence, plusieurs acteurs de l'unité des soins intensifs dont Dr. Chevalier se sont mobilisés pour mettre sur pied un groupe qui prendra peu de temps

après le nom de SWAT TEAM SI (i.e. SI pour soins intensifs). Rassemblant des acteurs de différentes spécialités impactés par la pandémie, sa mission est d'adapter les routines de travail. De nombreux acteurs de notre échantillon ont fait partie de cette pierre angulaire. Dr. Bertrand raconte les premiers balbutiements de cette SWAT TEAM SI.

*« Aux soins intensifs, je me rappelle très bien et tout se passait un peu en même temps. Il y avait commencé à avoir des cellules de crise avec des réunions fréquentes, deux fois par jour, ça c'était, je pense, à partir... Je peux regarder mon horaire. Je pense que c'était à partir du lundi après la déclaration d'état d'urgence et là on était, il y avait comme **une mini cellule de crise de soins intensifs** et là ils ont vraiment commencé à déterminer comment on séparait formation, protection, trajectoire, organisation des lieux. Et il y avait encore là des chefs dans chaque section qui était responsable et qui collaborait de différentes spécialités ou discipline que ceux des... et professions qu'il soit des infirmières, des inhalothérapeutes, pharmacien, etc., pour essayer d'organiser les lieux physiques puis les protocoles de travail. » (S02)*

Afin de modifier cette quantité importante de routines et de les adapter au contexte de la COVID-19, la collaboration a dû être mise de l'avant et certaines barrières hiérarchiques et politiques ont été soumises à un moratoire informel. Un travail collaboratif de maillage a été nécessaire pour actualiser les routines. Des passerelles ont été érigées entre les fossés de spécialités et pratiques. Dr. Chevalier nous rapporte vers cet objectif commun comme point de départ ayant favorisé cette solidarité en contexte pandémique. Nous voyons ici comment les comités de crise, points de maillage et d'horizontalité au sein du nouvel acteur réseau, ont permis l'émergence d'acteurs. Nous verrons dans les prochaines périodes (i.e. T3-T4) comment ces collaborations ont permis une refonte rapide des routines.

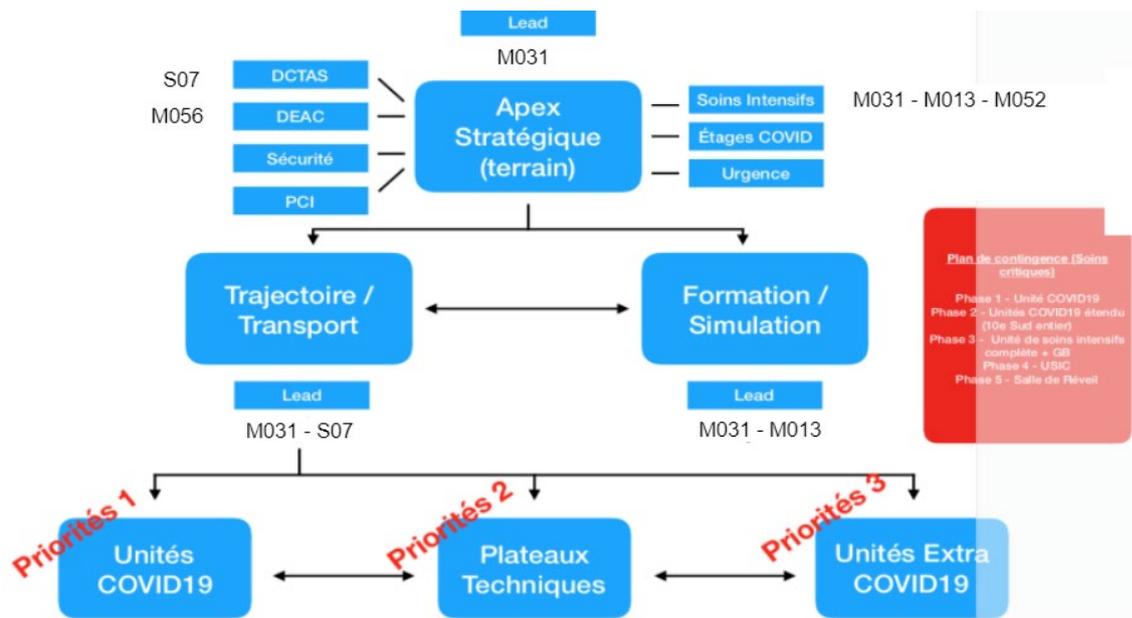
En collaboration étroite avec les autres acteurs du comité, on peut attribuer à Dr. Chevalier l'apport considérable du démarrage et de la consolidation de la SWAT TEAM SI. Son fondateur a su habilement confectionner un nouveau point de maillage au réseau composé d'acteurs, mais aussi de mécanismes et d'artéfacts.

*« Il n'y avait évidemment pas toute la direction des soins intensifs mais tous les hauts placés en tant que professions : les inhalothérapeutes, aussi des infirmiers préposés etc. J'ai envoyé des messages pour les avoir sur ce comité-là. Ensuite j'ai appelé les personnes*

à la **DEAC**, j'ai envoyé des courriels. Ensuite j'ai envoyé des courriels à d'autres personnes en charge du **département de médecine** dont M016 à l'urgence aussi, le chef de l'urgence, M055. Tout ça s'est fait. Et je pense que tout le monde s'est rallié à ça, c'était l'urgence, et il y avait un besoin d'organisation, puis ça a marché. C'est sûr qu'au fur et à mesure qu'on y allait y avait des personnes que j'avais pensé, comme la **sécurité**, les inclure dans ce comité-là. « Y avait des besoins émergents, ok on va demander à ceux-là ». **Initialement, la fameuse DCTAS, la direction de transversalité, c'est ceux qui s'occupent un peu des flux de patients à travers l'hôpital, je n'avais même pas pensé à les inclure.** C'est à un moment donné où je courais partout – je n'avais pas dormi beaucoup - je courais d'un bord et de l'autre pour faire ces simulations-là, je suis allé prendre un lunch, je montais et je rencontrais mon collègue qui est cardiologue et responsable de cette branche-là. Et je lui dis « Faut que tu sois sur notre comité ». Et ça a un peu déboulé comme ça. » (M031)

Dans sa première mouture, la composition de cette SWAT TEAM est donc sous-jacente aux ramifications internes de son fondateur. Progressivement, des itérations ont permis d'ajouter de nouveaux acteurs représentant des différents secteurs de l'hôpital, mais les réseaux d'acteurs demeurent informels. On comprend un peu mieux les démarches de consolidation de la SWAT TEAM SI et comment le travail de Dr. Chevalier a permis de créer des liens de passage auparavant moins propices tout en renouant des liens solides au sein de l'acteur réseau. Respectivement, les acteurs émergents ont été des points de maillage et la consolidation de la SWAT TEAM SI représente un moment de convergence dans notre récit pour démarrer un travail d'interdépendance touchant les routines. Les prochaines sections décrivent comment les artefacts développés ont progressivement pris ce rôle de point de passage entre les acteurs. Une structure a été schématisée par le réseau d'acteurs de la SWAT TEAM SI pour documenter et produire un artefact dynamique COVID exposant le forage de nouvelles ramifications et les nouvelles interdépendances forées par des mécanismes d'actualisation des routines (e.g. simulation, formation, trajectoire). Une reconstitution est ici présentée en figure 2 montrant l'implication et l'imputabilité de plusieurs acteurs participant à ce projet de recherche.

Figure 2 : Reconstitution de la stratégie d'action de la SWAT TEAM des soins intensifs



Le recrutement du réseau SWAT TEAM SI s’est appuyé en partie sur un double-standard d’inclure des acteurs aux expertises complémentaires, mais partageant des similarités sur leur capacité à innover. Cette figure est une représentation d’un travail de maillage au niveau des routines. Les membres se sont impliqués de façon volontaire pour apporter leur expertise et mobiliser des mécanismes de travail ayant démontré leur valeur pour reconstruire les routines.

*« Je peux vous donner un exemple. C’est une illustration là, mais ça faisait un an que je gérais un nouveau comité interprofessionnel, pour faire de la formation interprofessionnelle, et j’avais des personnes sur ce comité-là mais je trouvais que ça n’avancait pas dans le sens, parce que le monde n’avait pas la fibre pour développer, pour innover. J’avais des infirmiers, infirmières, inhalos, préposés mais c’était comme difficile, il fallait que je fasse la plupart du travail. Tandis que là, sur le comité où j’étais, on a réuni les personnes qui clairement avaient cette fibre-là, cette capacité-là, capables d’aller un peu plus loin, qui avaient cette vision-là. Fait que d’être capable de rassembler cette structure, entre avant puis maintenant, de savoir qui sont les personnes-là, leurs forces et leurs faiblesses, que leur capacité à répondre dépend de savoir en tant qu’équipe qu’on est capable de se regrouper puis de s’arrimer rapidement et faire de l’innovation comme vous avez mentionné. C’est peut-être la chose, dans ma vision des choses, qui a changé. » (M031)*

Nos observations combinées à l’analyse des différentes sources de données nous permettent de mieux comprendre le rôle prépondérant de la SWAT TEAM SI comme pierre angulaire des réseaux COVID et lieu de démarrage d’une restructuration de routines et d’artéfacts COVID

(cf T3). Inspirés par cette initiative, les acteurs sont retournés dans leurs unités pour transmettre les connaissances et insuffler ce besoin d'action face à l'urgence de la situation (cf T4).

Le momentum en cours aux soins intensifs a rapidement percolé au sein de l'organisation. Diane et son équipe de la jeune Direction coordination transversalité et alignement des systèmes (DCTAS) ont été approchées par Dr. Chevalier pour se greffer aux rencontres et contribuer au travail à effectuer.

*« J'ai eu besoin de me coller aux personnes que je sentais solides et qui pourrait m'appuyer dans ce processus-là. Je me suis collée beaucoup aux soins intensifs qui avaient déjà réfléchi bien en amont parce qu'ils avaient été en discussion avec leurs collègues européens. Puis ils voyaient eux la vague probablement bien avant qu'elle soit annoncée. Puis je te dirais qu'ils avaient déjà commencé à réfléchir sur leurs trajectoires à l'intérieur des soins intensifs. » (S07)*

Diane s'est ainsi attachée à un embranchement du réseau en construction. Avec Dr. Chevalier, ils ont pu se rapatrier sur leurs expériences et collaborations passées pour jouer un rôle notoire dans les trajectoires et les simulations d'un futur parcours de soins COVID. D'anciennes affiliations ont été réactivées en fonction des besoins et des compétences internes dans l'organisation. On observe comment Diane s'est allié avec Dr. Chevalier pour s'aider mutuellement à conduire des simulations de soins et développé les nouvelles trajectoires COVID malgré une impression de jouer un rôle dit "d'imposteur".

*« C'était un rôle d'imposteur nécessairement parce que tu dis : « ok je vais y aller avec le gros bon sens. » Puis là tu dis : « ok il faut qu'on mette des choses en place. » Puis c'est de t'allier, en tout cas, moi ma stratégie ça a été ça : « Qui dans cette organisation est l'allié le plus crédible au niveau médical sur qui je peux m'appuyer? » Puis là bien je me suis clairement appuyé sur des personnes clés. Je pense à Dr. Chevalier des soins intensifs. Ce qui nous avait rapprochés dans notre autre vie, c'est la simulation. On avait fait de la simulation à la DEAC donc on a trouvé ce lien commun pour dire : « ok il faut mettre en place des protocoles de simulation » puis lui il n'y arrivait plus. Je suis arrivé comme en rescousse pour aussi l'aider à développer toutes ces trajectoires-là parce qu'eux ont travaillé d'abord pour eux pour les soins intensifs parce qu'on s'attendait à une arrivée massive de patients. » (S07)*

Cette collaboration temporaire en temps de COVID semble justifiée par une ancienne collaboration préalablement à la crise, mais en dehors d'une affiliation professionnelle tel un

réseau alternatif. La collaboration passée de Diane et Dr. Chevalier auprès du terrain de l'enseignement (i.e. DEAC) au DIVN représente une structure informelle de notre réseau que nous pouvons suivre grâce à notre lentille théorique de l'ANT (cf chapitre 3 et discussion).

En plus des nouveaux comités de crise, de nouvelles équipes ont été consolidées sous la supervision d'acteurs nouvellement en position d'autorité. Diane a notamment été appelée à bâtir une équipe de transport dédiée aux trajectoires COVID d'une vingtaine de préposés aux bénéficiaires (PAB) pour maintenir le cap de réactualisation des trajectoires devant un essoufflement progressif des équipes terrain dans la foulée de l'évolution de la crise sanitaire.

*« On s'est rendu compte que ce processus de trajectoire, de transport d'un patient, ça devenait lourd pour les équipes alors **il a fallu mettre en place une équipe de transport dédiée et ça a été moi qui a été chargé.** Alors ça, pas que ça m'a sorti totalement de ma zone de confort, mais **je devenais un peu gestionnaire d'une équipe alors que moi je n'avais jamais géré de personnel. Mais là tout d'un coup je gérais une équipe d'une vingtaine de PAB** parce qu'il fallait couvrir ça jour, soir, nuit, les fins de semaine. Puis il fallait s'assurer que ces personnes-là soient compétentes, qu'ils respectent les règles et qu'ils gèrent les délais aussi. » (S07)*

Ces observations témoignent d'une malléabilité plus importante des rôles et des entités plus récentes dans l'organisation. Ces acteurs ont réagi plus rapidement que l'organisation et ont utilisé leur réseau informel pour se préparer à faire face à l'arrivée des patients au DIVN. Ce passage illustre comment le travail de maillage de nos acteurs émergents a provoqué des embranchements et des ramifications parfois inattendus dans la gestion de la crise. Après la restructuration des acteurs et une consolidation dans l'acteur réseau pour émerger, la prochaine période se concentre sur le travail d'interdépendance entre les acteurs pour adapter la performance des routines et les artéfacts énonçant les actions nécessaires pour les performer.

### T3. Construction et adaptation des routines interdépendantes (ostensifs et performatifs)

Se caractérisant comme un hôpital académique prônant la documentation et la gestion des connaissances comme gage d'excellence et de constance des soins et services, de nombreux

documents de travail (i.e. archives organisationnelles) résumant les nouvelles routines ont été collectivement travaillés et partagés par les acteurs émergents et leurs collaborateurs au DIVN. À titre d'exemple, on rapporte le développement de 13 trajectoires simulées et documentées en artéfacts par les équipes d'Arnold pendant le premier mois de gestion de la crise (i.e. 16 mars et 16 avril 2020, voir Tableau 4). En fonction du raffinement des routines à l'égard de leur intégration hebdomadaire dans les pratiques de soins, les artéfacts sont conséquemment mis à jour. Ainsi, plusieurs versions ont été produites en fonction des interdépendances de l'acteur-réseau dans sa capacité à faire face à l'évolution de la crise organisationnelle. Pour traiter de l'ensemble des archives organisationnelles en rapport à la gestion de la crise, le concept d'artéfact COVID est employé et positionné comme étant toute documentation consolidée et identifiée dans un fichier principalement numérique, mais aussi physique et explicitant les connaissances et les actions requises pour produire une routine unique ou une séquence de routines inter-connectées. Selon nos observations, plusieurs types d'artéfacts ont été produits dans la lutte de l'organisation contre la pandémie. Nous en présentons ici trois types (i.e. trajectoire, protocole et algorithme) pour montrer l'imbrication et la symbiose entre les dimensions performatives et ostensives des routines et comment la dimension ostensive a contribué à la diffusion des routines et à la ramification de l'acteur-réseau dans une nouvelle approche de co-développement des artéfacts. Le tableau 3 aide à mieux conceptualiser les artéfacts par des données de nos entrevues.

#### Les artéfacts COVID - dimension ostensive des routines

Trois types d'artéfacts ont été particulièrement utiles aux acteurs émergents dans leur travail de traduction, diffusion et réplique des nouvelles routines COVID et ultimement dans leur effort d'émergence. Nous faisons référence ici aux trajectoires, aux protocoles de soins et aux algorithmes. En révisant ces artéfacts au sein des unités cliniques et non-cliniques de

l'organisation, de nouvelles normes ont été édifiées par plusieurs acteurs d'un réseau plus complexe et ouvert en période de crise. Les acteurs ont ainsi transformé les routines COVID et les processus de développement pour innover de nouvelles normes de travail au DIVN.

Tableau 3 - Caractérisation des artéfacts COVID

Artéfact COVID	Données représentatives
Trajectoire	<i>« Tout ce qui touche la trajectoire interne à partir du moment où le patient arrive que ce soit par l'urgence ou encore de façon élective c'est-à-dire soit par une chirurgie ou un rendez-vous qui finalement nécessite une admission ou encore intra hospitalier c'est-à-dire un hôpital nous appelle parce qu'on a une vocation tertiaire et quaternaire puis demande une consultation spécifiquement pour un domaine qu'on a en exclusivité. » (S12)</i>
Protocole	<i>La première chose qui est absolument sécurisée. On s'entend que le risque principal dans la COVID était surtout la transmission par aérosolisation du virus et dans le secteur de soins critiques où on utilise énormément de ventilation mécanique, de ventilation non-invasive donc en fait beaucoup d'actions aérosolisantes. Donc c'était l'enjeu principal et la première chose mise en place d'un point de vue formation a été de revoir notre protocole d'intubation rapide donc ça a été tout un gros projet mené avec un nouveau protocole à la clé, etc. À limiter au maximum aussi les intervenants lors de ce genre de pratique.(M039)</i>
Algorithme	<i>« Un algorithme c'est beaucoup plus large qu'un protocole. Un algorithme, ça va être par exemple... Un algorithme est fait pour faire de l'action. Si mettons j'ai apporté mon patient aux soins intensifs et il est porteur de la covid à partir de ... (15min17). On va faire un algorithme en voulant dire qu'est-ce qu'il faut que tu prépares sur le patient? Qu'est-ce que toi tu dois préparer sur toi-même? Ça ressemble à un protocole, mais c'est plus par grandes étapes. » (M007)</i>

En considérant le risque accru de contamination intra-hospitalière et le développement plurisectoriel du parcours de soins, un nouveau processus de simulation des trajectoires a été proposé, soit d'accorder des moments d'arrêts directement pendant la simulation afin de débriefer et d'actualiser la trajectoire en direct. Une conseillère DEAC spécialiste en la matière raconte comment cette nouvelle approche a porté fruit.

*« Donc ces trajectoires-là comment qu'on faisait les simulations c'est on partait d'un point A, on savait qu'on devait se rendre à un point B. On avait des gens du terrain qui faisaient de la simulation. Contrairement à une simulation typique, ce n'était pas une simulation qu'on les laisse aller à 100% puis on regarde où est-ce qu'ils vont. C'était un principe un peu stop-and-go ce qui veut dire qu'on leur disait : « ok donc voici ton patient. Tu dois*

*aller le chercher dans sa chambre et le transférer au 19e étage » et à des moments clés où il y avait des risques on faisait un temps d'arrêt et on débriefait sur le tas. Ce que ça veut dire c'est que par exemple lorsque la personne rentre et là elle se rend compte : « mon dieu, je suis habillé, je suis dans la chambre. Je n'ai pas fait mon appel. » Ok, temps d'arrêt. Ça, ça veut dire que dans notre processus et notre protocole, ça, ça doit être fait avant. Ok, parfait, on va modifier ça. Ça nous permettait d'adapter les processus au fur et à mesure puis de trouver les moments qui sont clés et tournant pour pas que ce soit, que ça crée des enjeux au moment des transferts. Donc cette procédure de stop-and-go là faisait qu'une simulation d'une trajectoire de dix minutes pouvait prendre une heure et demie à réaliser à peu près, mais ça a été quand même très parlant. » (S05)*

Quoique plus chronophage, ce nouveau processus de développement d'une trajectoire COVID a pour avantage de permettre l'expérimentation des points de passages obligés des nouveaux liens d'interdépendance entre les routines des équipes clinique afin de limiter les risques lors de la pratique et de la production en environnement hospitalier. Cette routine permet également d'engager plus d'acteurs dans le nouveau réseau développé par les acteurs émergents. Les points critiques des nouvelles routines peuvent être réfléchis en direct et une prise de décision commune est non seulement possible, mais encouragée. On voit ici une manifestation d'un travail combiné de maillage et de diffusion des routines par l'usage des mécanismes de simulation in-situ et de débriefing. Des notes d'observation ont également été documentées par les équipes de la Direction de l'enseignement et de l'académie (DEAC) en vue de produire une trace évolutive de l'avancement des formations et de l'ensemble des trajectoires simulées. L'annexe 4 démontre que treize trajectoires ont pu être simulées au cours des trente premiers jours de la crise sanitaire, soit plus rapidement que les anciennes pratiques de l'hôpital DIVN.

Certains acteurs de soutien ont été déployés sur la SWAT TEAM SI pour soutenir les rencontres récurrentes et produire des comptes rendus. De son côté, cette conseillère au centre d'apprentissage et spécialisée en simulation de trajectoire de soins a participé activement au comité de crise sur la base de ses connaissances et de son expertise.

*« Tous les efforts DEAC ont été, de ce que je sais du moins, ont été mis sur soutenir le terrain avec la gestion de crise qui se passait. Donc en fonction des besoins au centre d'appel justement quand qu'on parlait de compte-rendu, on s'est dit : « ça prend une traçabilité de ce qu'on fait donc une ressource administrative DEAC a été prêtée si on*

*veut au comité SWAT covid pour faire des comptes-rendus de toutes ces rencontres-là qui étaient deux fois par jour pendant deux, trois semaines puis après ça, plusieurs fois par semaine. Donc pour assurer cette traçabilité-là, cette ressource-là a été donnée en fonction des besoins de simulation aussi les équipes du centre d'apprentissage fournissent du matériel / temps pour aller soutenir sur le terrain au besoin. Il y a eu aussi tout ce qui est traçabilité des formations qui étaient gérées par S10 dont je ne connais pas beaucoup, mais je sais qu'il y a eu beaucoup beaucoup de choses qui ont été faites de ce côté-là. Justement par traçabilité je veux dire des formations par exemple d'EPI, les formations en lien avec certains types de processus soit ventilation ou position ventrale tout ça, juste pour s'assurer que nos équipes étaient...» (S05)*

Au sein même de la Direction de l'enseignement, on observe un remodelage des équipes et un croisement entre les services pour temporairement ériger un nouveau réseau interne. Certains sont envoyés en soutien à la simulation des trajectoires COVID en collaboration avec la SWAT TEAM SI. Ces rôles émanent de manière organique à l'égard des besoins de l'organisation pour adapter les routines. Le travail de maillage des routines est alors efficace et les acteurs de soutien sont dispersés rapidement en fonction des besoins.

*« Le rôle des personnes dans chacun de ces projets-là, je crois a été déterminé de manière très organique parce qu'on arrivait, tu sais on arrivait là dans une situation où tout était inconnu, et là on se rend compte soudainement, ça prend une trajectoire... Ça prend une trajectoire définie et bien organisée pour un point A, un point B dans l'hôpital avec des règles puis des choses à suivre, je ne crois pas que c'était quelque chose d'habituel, donc puisque c'était pas quelque chose d'habituel, qui chapeaute ça, qui va se mettre une gopro dans le front et filmer le tout, donc j'ai l'impression que beaucoup de rôles que les membres de l'équipe de la DEAC ont eu s'est organisé de façon très spontanée. » (S10)*

En impliquant des acteurs de l'enseignement à différents points du réseau en construction, les acteurs de soutien ont pris ce rôle de point de maillage et un réseau plus ramifié a été façonné donnant une vue dynamique et transversale de l'organisation en crise aux acteurs émergents. Comme nous l'avons vu à la deuxième période, la fine compréhension locale d'Arnold envers sa direction lui a été bénéfique pour mieux structurer sa stratégie de dispersion dans le réseau. Ce rôle de vigie est également un facteur d'émergence d'intérêt.

Un protocole de soins est une recette à suivre à la lettre où une succession d'étapes précises nécessaires à la production d'un soin ou d'un service clinique. De cela, la dimension ostensive

d'une routine clinique doit être très proche de sa dimension performative. Avec la restructuration majeure des routines au sein des différentes spécialités cliniques et des unités de l'hôpital DIVN, une grande quantité de protocoles sont soudainement devenus obsolètes avec un besoin urgent d'actualisation.

Un conseiller en soins spécialisés (CSS) de l'unité des soins intensifs explique comment le rythme de développement d'un protocole a été amplifié en contexte de crise et comment les protocoles sont nécessaires à la formation du personnel de l'hôpital.

*« Dans les deux premières semaines je vous dirais, une semaine et demi à peu près, j'avais formé 600 personnes pour les équipements de protection individuelle; pour le protocole d'intubation j'en avais au moins 500 facilement et je commençais les autres protocoles qui pouvaient être en plus petite quantité parce que c'était des procédures un peu moins fréquentes. À partir de deux semaines et demie, le protocole était écrit, notre organisation de soins à l'intérieur de l'unité était pas mal faite. » (M013)*

Ce passage démontre comment les artéfacts ont été les ingrédients de forage du nouvel acteur-réseau vers un parcours de soins adaptés à la crise sanitaire. Un protocole de soins sert de référence aux acteurs dans leur apprentissage et augmente la capacité de routinisation ou en termes plus simples d'opérationnalisation d'une routine ou d'un assemblage de routines. S'appuyer sur un protocole rédigé dans une pratique clinique, ou la performance d'une routine, facilite non seulement la performance, mais également la consolidation des nouvelles routines. La masse de personnel formée en un court laps de temps est maintenant apte à répliquer les routines dans leur terrain respectif et ce même si le protocole n'a pas été validé selon un processus standard pré-pandémique. Nos acteurs émergents ont activement participé à la formation et ce travail de diffusion des nouvelles routines au sein du réseau (T4).

À l'égard de nos données d'observation et la chronologie des événements, le développement d'algorithmes se présente comme postérieur au développement des protocoles et à la simulation des trajectoires. Ce type d'artéfact semble également avoir été privilégié par Dr. Bertrand et

ses collègues au sein de l'unité du bloc opératoire. Un algorithme se caractérise par un document plus générique souvent schématisé en arbre décisionnel qui décrit les séquences de soins ou de routines à produire en fonction de la situation. La Figure 4 est un exemple reconstitué d'un algorithme d'arrêt cardiorespiratoire en zone COVID-H (i.e. H fait référence à la première lettre du mot anglais Hot en référence aux zones chaudes de l'hôpital accueillant et traitant des patients positifs à la COVID-19).

Figure 4 : Reconstitution d'une version de l'algorithme de l'arrêt cardiorespiratoire en zone Covid-H.

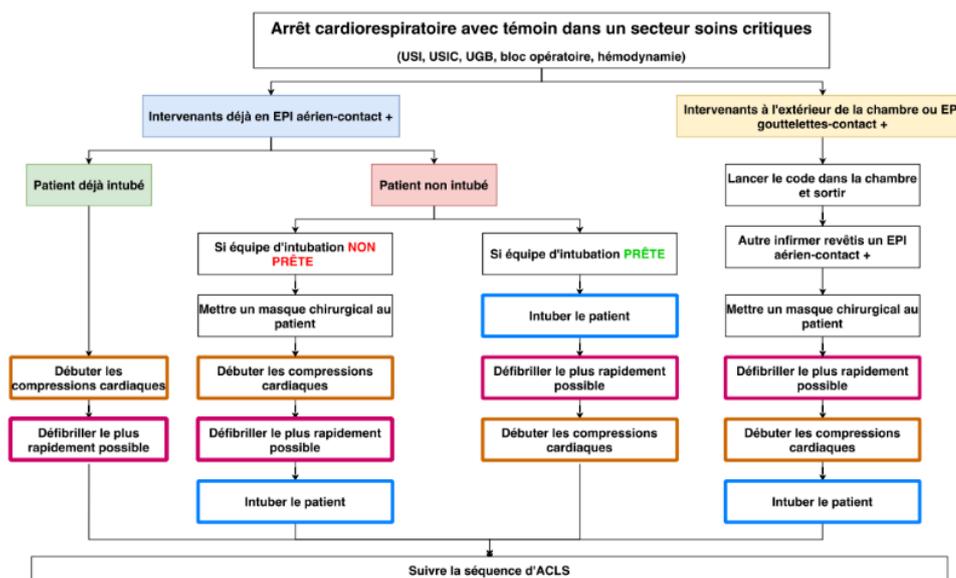


Figure 6. Algorithme de l'arrêt cardiorespiratoire en zone COVID-H.

La schématisation imbriquée dans cet artefact nous permet de mieux distinguer les préférences de routines en fonction des pratiques médicales des acteurs émergents. Le bloc opératoire a été contraint de suspendre une bonne partie de ses activités et de fermer des lits nécessitant une évaluation de la sévérité et de l'urgence de chaque opération. Travailler un algorithme COVID est donc une nouvelle routine de Dr. Bertrand et ses collaborateurs pour maintenir en place les routines pré-pandémique tout en les intégrant au nouvel acteur réseau.

Nous avons vu précédemment que les processus de développement des artéfacts COVID ont changé en période de crise sanitaire. C'est également le cas pour les algorithmes ou certains acteurs de notre acteur-réseau sont devenus des porteurs de certains artéfacts COVID. Ils devenaient ainsi responsables de leur actualisation en fonction de la performance des routines sur le terrain. Le chef de service de l'anesthésie et un infirmier du bloc opératoire rapportent comment une anesthésiologue du bloc opératoire et acolyte de Dr. Bertrand a porté l'algorithme de prise en charge des patients COVID au bloc opératoire.

*« La référence pour tout ce qui est algorithme covid, qu'est-ce qu'on fait avec quel patient, c'est S14 qui s'en est occupé et encore aujourd'hui c'est la référence. Elle se fait appeler encore aujourd'hui souvent par les docteurs en anesthésie, mais aussi par d'autres personnes au bloc opératoire. » (S11)*

*« Oui puis elle a fait un travail vraiment incroyable. Puis ce qui a été incroyable dans son travail c'est à quel point elle a mis à jour l'algorithme en fonction de l'évolution des connaissances puis aussi de l'apprentissage qu'on avait au niveau de l'environnement. Puis ce qui est le fun c'est qu'elle a partagé ces connaissances-là non seulement avec ses collègues médecins, mais aussi avec l'ensemble des infirmières, des préposés, des inhalos. Puis on recevait toute l'information en même temps. Puis je pense que ça a rassuré les gens d'avoir quelqu'un qui était comme le visage finalement de cet algorithme-là que les gens pouvaient se fier à elle parce qu'elle avait pris connaissance de la littérature, qu'elle avait les dernières informations à jour. Moi je pense que ça, c'est définitivement des événements forts de la covid. Puis je pense que les gens attendaient aussi de savoir toujours où est-ce qu'on était, où est-ce qu'on s'en va, c'est quoi le plan de match. Oui, il y a le plan de match d'opérationnalisation au bloc. Il y a le plan de match pour l'utiliser tout ça, mais d'une manière plus globale pour nous qu'est-ce que ça représentait, mais je pense que ça a été gagnant définitivement. » (S09)*

Le dernier passage met en lumière comment certains artéfacts, comme cet algorithme, ont permis de rafistoler en continu les connaissances internes et externes à l'organisation sur les nouvelles connaissances relatives à la COVID. Cette anesthésiologue a produit un travail de diffusion et de mise à jour de cet assemblage de routines interdépendantes. C'est également une représentation d'émergence au sein de l'acteur réseau et de l'interdépendance des dimensions ostensives et performatives du nouvel assemblage de routines. On voit également ici que les artéfacts jouent des fonctions à la fois pour la constitution de l'acteur-réseau (routines) et pour l'émergence d'acteurs sortant de l'ombre.

La double pratique clinique de Dr. Bertrand a eu des répercussions sur la construction des artéfacts COVID et sur l'actualisation du nouveau réseau interdépendant de routines.

*« On a beaucoup travaillé ensemble, mais il y a plusieurs autres anesthésiologistes, sans parler des intensivistes, qui étaient impliqués autant ou plus que moi, mais qui n'avaient pas le même rôle. Dr. A qui a été, et qui encore nous a envoyé récemment une version de l'algorithme pour la protection au bloc opératoire et les coordonnateurs dont Dr. B, par exemple, avec qui j'ai travaillé énormément pour élaborer les premières trajectoires. C'est un peu lui qui a semé la graine dans le sens où il m'a dit : On en avait jasé de façon informelle puis il m'a dit : « peux-tu t'en occuper? » Parce qu'il trouvait je pense, il avait des bonnes idées, mais il n'était pas capable de bien les communiquer et donc c'est là que moi j'ai beaucoup travaillé avec lui. J'ai fait mon travail tout seul par la suite, mais tous ces projets-là ils sont cuisinés ensemble en travail collaboratif avec certains collègues. Puis après ça moi j'ai été un peu le porte-parole de ça c'est la façon qu'on a choisie de procéder ou de proposer une trajectoire. Aux soins intensifs encore là ils avaient leurs leaders qui se sont clairement démarqués dès le départ. Puis encore là c'était multidisciplinaire, plusieurs infirmières, plusieurs inhalothérapeutes, un pharmacien et plusieurs collègues intensivistes qui avaient encore là chapeauté différentes sections : enseignement, simulation, préparation de protocoles, préparation des trajectoires. Et donc moi j'étais plus comme observateur aux soins intensifs et comme consultant et au bloc opératoire j'avais plus un rôle de leader où j'allais essayer de mimer ce que j'avais vu aux soins intensifs. » (S02)*

Ce passage montre plusieurs rôles joués par Dr. Bertrand ayant eu des impacts dans sa capacité à émerger. Tout d'abord un rôle de porte-parole très important dans la perspective ANT et dans la constitution du nouvel acteur réseau en temps de crise. Ensuite comme observateur aux soins intensifs et comme consultant et expert de contenu au bloc opératoire pour entrelacer les mailles de notre filet-réseau et aligner les routines constitutives.

Les notes d'observation de la SWAT TEAM BO offrent une autre perspective sur la réorganisation des trajectoires COVID. L'annexe 5 d'un compte rendu produit en date du 23 avril 2020, soit plus d'un mois après l'annonce choc, démontre que les trajectoires COVID sont encore prioritaires et documente les priorités et enjeux afin de préparer la prochaine rencontre et de faciliter la résolution de problèmes. En plus des trajectoires décrites par ces notes d'observation, on remarque que la SWAT TEAM BO a participé à la transformation de plusieurs routines COVID en impliquant un réseau d'acteurs cliniques. Pour le transfert des patients inter-hospitalier (en jaune), on demande de valider la présence d'un anesthésiologiste,

d'un inhalo et d'un préposé du bloc opératoire. On demande ensuite de valider la procédure suivante : "Le chirurgien doit accepter d'accueillir le nouveau patient et par la suite assister l'anesthésiste et l'inhalo et ce en fonction du nombre de cas actuels dans l'hôpital." En devenant un validateur du développement des routines et des artéfacts, Dr. Bertrand a consolidé ses nouveaux rôles et a concrétisé son émergence.

Un nouveau mécanisme de travail collaboratif a été observé en contexte de crise pour développer les artéfacts COVID. Un droit à l'imperfection et à la co-construction itérative au détriment d'une ancienne culture de perfection et de ségrégation professionnelle. Une nouvelle posture active, agile et non perfectionniste. Les acteurs émergents et leur réseau ont débuté la construction d'artéfacts documentant les nouvelles connaissances et la transformation des routines. Volontairement inachevés, ces artéfacts ont été partagés aux autres unités de soins pour favoriser une construction collective et interdisciplinaire. L'équipe des soins intensifs a d'ailleurs été un précurseur de ce mode agile rapidement suivie par le bloc opératoire :

*« Les soins intensifs ont fait un document, l'ont partagé aux unités de soins, l'ont partagé au bloc, puis se disait 'okay, même si ce n'est pas parfait, tenez, inspirez-vous' puis eux ils partaient là-dessus, donc c'est comme si l'apprentissage se bâtissait naturellement, sans avoir peut-être une forme de barrière qui nous empêchait des fois de sortir un document de notre direction parce qu'il dit 'oui il est pas tout à fait parfait, « mais là je l'ai pas révisé', bla-bla-bla. Alors ça c'est comme un apprentissage. » (S01)*

Dr. Chevalier nous décrit ces messages pour insuffler ce nouveau mode de travail donnant le droit à l'erreur au profit d'un gain en efficacité. Ces messages se devaient d'être clairs pour mobiliser les acteurs en période de crise. On voit ici la résilience des acteurs qui ont accepté que le travail de diffusion des routines doit se faire en continu et au gré de l'évolution de la pandémie.

Une gestionnaire des soins infirmiers résume comment la reconstruction décloisonnée des différentes routines et des artéfacts correspondants a été possible grâce à cet objectif commun et urgent de produire un nouveau parcours de soins COVID tout en limitant la contamination intra-hospitalière.

*« On a refait et on a essayé d'imaginer en équipe tout ce qui peut nous arriver, partout on nous amenait les patients. Ça on a fait ça à l'intérieur des groupes de travail le matin et le soir à tous les jours. Donc c'est un peu ça. **On a mis un protocole en place autant médical qu'infirmier pour savoir quelles actions on allait faire et on a mis en place de la formation rapidement en s'associant avec d'autres directions de l'hôpital qu'on a inclus dans nos équipes pour vraiment vraiment être capable d'être comme je le disais en avance. [...] on met souvent le patient au centre de nos soins. Là on gardait le patient au centre en éliminant un peu la famille bien malgré nous, mais on ajoutait dans le centre de ça la protection de notre personnel parce qu'on a aucun moyen d'en perdre. C'est vrai dans la vraie vie aussi, mais là on n'avait vraiment pas le choix, donc on réfléchit les actions un peu différemment.** » (M052)*

Le patient est généralement privilégié dans un parcours de soins et la sécurité des cliniciens et des équipes est secondaire. Dans ce contexte de crise organisationnelle, les routines COVID doivent également considérer la protection du personnel. Le nouvel acteur réseau est ainsi plus que jamais ficelé et constitué d'acteurs impliqués dans son développement global.

Un conseiller en soins infirmiers (CSI) et proche collaborateur du CSS (conseiller en soins spécialisés) de l'unité des soins intensifs nous explique comment ce contexte particulier a fait tomber les processus standards de développement et de validation d'un protocole de soins.

*« Mais je vous dirais, moi j'ai adoré cette période-là, pourquoi? Même si c'était absolument épuisant, parce qu'en fait je vous dirais on a complètement enfin, **en termes de temps en fait, ça nous a permis en des temps record parce que ça passait pas par 20 comités, par 20 secteur de gestion, 2-3 directions, de faire valider en un temps record des protocoles, des procédures, des déploiement de formation etc.** Alors oui, on s'entend on avait des budgets beaucoup plus illimités, on avait des ressources beaucoup plus importantes en termes de personnel, on avait, donc il faut mettre les choses aussi, faut relativiser les choses, mais depuis le covid moi c'est quelque chose qui me perturbe un peu c'est que maintenant dès qu'on veut déployer quelque chose il faut que de nouveau il faut qu'on repasse par la machine institutionnelle qui est fondamentalement longue. » (M039)*

Face à la COVID-19, les routines de développement ont été restructurées temporairement au même titre que les routines de soins. Le travail de maillage des routines interdépendantes a accéléré les processus de validation. Une cadence accélérée de transformation du travail a été possible notamment grâce aux différentes itérations des protocoles partagées et enseignées aux acteurs. L'acteur CSI emprunte le terme "émulation" pour parler de cette cadence de transmission des nouvelles routines et cette restructuration globale.

*« Comme je vous le disais tout à l'heure, on a rédigé avec une infirmière de plancher avec une vingtaine d'années en SI. On a rédigé un protocole de soins infirmiers pour pouvoir finalement décortiquer tout ça et pouvoir transmettre et puis moi, mon rôle en tant que CSI a été de transmettre ceci auprès des assistants, des gens sur le plancher, de les coacher, de leur montrer comment il fallait faire. J'allais corriger les erreurs parce que cela ne se fait pas du jour au lendemain. Donc ça l'a été transmis et une forme d'émulation autour de tout ça. Finalement les gens ont appris les uns des autres et on a eu une vraie transmission créée autour de ça. » (M039)*

Ces propos exposent le rôle prépondérant de ramification et de courroie de transmission qu'ont joué certains acteurs du réseau dans la construction du nouvel acteur réseau. Encore plus, c'est par la formation et le transfert de connaissances des nouvelles pratiques COVID que le partage des nouvelles routines COVID s'est accéléré pour bâtir et solidifier le nouveau réseau. La dernière période de notre analyse (cf T4) creuse davantage la diffusion des routines en vue de les stabiliser vers un parcours de soins adapté à la COVID au DIVN.

L'annexe 6 présente la page couverture du protocole COVID-19 soins critiques développé par l'équipe des soins intensifs. Datant du 5 avril 2020, on peut remarquer l'énoncé suivant : Toujours vérifier que vous avez la version la plus récente. Une version de plus de 7 jours est EXPIRÉE. Ce dernier démontre le changement de processus de développement des routines et des protocoles en contexte de crise COVID. En complément aux mécanismes de restructuration des routines COVID, des vidéos explicatives ont été développées par les acteurs émergents et leurs collègues pour maximiser la rétention des connaissances et faciliter la diffusion vers une portée plus importante d'acteurs de l'hôpital. Entreposées sur une page web de

l'Environnement numérique d'apprentissage par les équipes de l'enseignement au DIVN, ces vidéos ont appuyé le transfert des connaissances, la formation et la diffusion des nouvelles routines au sein de l'acteur réseau. Les vidéos sont devenues des artefacts complémentaires principalement aux trajectoires et aux protocoles de soins pour favoriser la constitution de nouvelles routines. L'annexe 7 présente un exemple capturé d'une capsule vidéo sur le protocole de transport COVID-19 intrahospitalier produit en collaboration avec les équipes de tournage et la SWAT TEAM SI.

Une nouvelle équipe se spécialisant dans les trajectoires et les parcours de soins, était en quête de légitimité avant l'éclosion de la pandémie. La Direction de coordination transversale et alignement des systèmes (DCTAS) participe activement à la simulation des trajectoires et à la constitution d'un nouveau mode de développement collaboratif de trajectoires et de simulations. Un gestionnaire de cette direction parle de son positionnement stratégique entre les unités COVID et la cellule de crise comme un élément incontournable de l'arrimage entre les directions de l'hôpital.

*« Juste avant la première vague de la pandémie, ça faisait environ neuf mois qu'on était là, puis on était dans l'arrimage avec les différentes directions cliniques pour leur expliquer notre rôle de transversalité et d'aide à la trajectoire. **Dans le cadre de la pandémie on a été plongé directement dedans et pour eux, on devenait des acteurs incontournables pour faire le lien avec l'ensemble des directions pour s'assurer qu'il y avait un arrimage qui était fait avec les autres directions.** Pour nous la DCTAS, la pandémie nous a aidé beaucoup à nous mettre sur place, à nous mettre en œuvre, puis que les gens comprennent encore mieux notre inter-relation qu'on a pour s'assurer que toutes les directions se parlent et ne travaillent pas en silos. Parce que par le fruit de ce qu'on faisait, puis de moi qui rapportait l'information au niveau de la cellule de crise ou du comité tactique, ils voyaient bien qu'on s'assurait de l'arrimage de tant à l'arrivée, à l'urgence que des plateaux techniques par exemple ou encore de l'unité de soins et du congé par la suite. » (S12)*

On voit ici l'émergence d'un département existant préalablement à la pandémie et qui a profité de la restructuration nécessaire des trajectoires de soins au DIVN. Nos observations démontrent que les trajectoires ont joué un rôle clé dans le remaniement d'un parcours de soins COVID.

Bien que documentés en artéfacts, nos données tendent à considérer la trajectoire comme un réseau de routines interdépendantes confectionné par des acteurs mobilisant des mécanismes comme la simulation et le débriefing. Diane et ses collègues, de par leur expertise dans le développement de trajectoires, ont porté un travail de maillage des routines et un rôle important dans la construction de l'acteur-réseau. La convergence des trajectoires est constitutive de l'acteur réseau et du nouveau parcours de soins COVID. Une innovation significative dans la lutte contre la COVID est donc l'ensemble des trajectoires tracées par les acteurs émergents. Les annexes 9 et 10 sont des reconstitutions de trajectoires simulées.

La simulation de trajectoire COVID est devenue un terrain dynamique de reconstruction des routines en interdépendances avec les acteurs et leurs réseaux. Les artéfacts développés pour expliciter les trajectoires ont ainsi été codéveloppés par les acteurs impliqués dans leur réactualisation. L'acteur émergent BO nous raconte comment il est entré en relation avec l'actrice émergente DCTAS, par le biais d'une collaboration en simulation de trajectoire.

*« Tout a été un concours de circonstance puis surtout qui a été possible par mon implication aux soins intensifs. Je voyais certains collègues aux soins intensifs qui s'occupaient de trajectoire, qui s'occupaient de préparations et des formations, qui avaient selon moi beaucoup plus de ressources et des contacts avec notamment Diane. J'ai participé à des simulations qui devaient toucher les deux secteurs donc qui devaient toucher la radiologie, les AVC, qui touchent les anesthésiologistes, qui peuvent toucher les intensivistes aussi et c'est là que comme participation durant cette simulation j'ai eu beaucoup de discussions avec les gens de la DCTAS. Et puis ça m'a permis d'établir un contact avec eux. » (S02)*

En plein développement et traçage des trajectoires, les compétences en formation de Diane ont été mises à contribution par la valorisation de la technique pédagogique du débriefing utilisée pour consolider les apprentissages et assimiler les nouvelles connaissances directement après une performance.

*« On en a fait plusieurs des débriefings parce qu'il y avait tellement de gens impliqués puis il y avait un roulement tellement important que c'était comme tout le temps nouveau*

*pour l'équipe qui était là. Alors tu ne pouvais jamais te fier sur un processus clair que tout le monde va savoir parce qu'il y avait trop de personnes impliquées. J'ai été terrain très longtemps et il n'y a pas eu d'accident majeur, mais il y a eu des incidents importants : des délais de prises en charge ou d'un ambulancier qui peut être 20 minutes dans le garage et il n'y a personne qui vient chercher le patient puis c'est des patients malades. Alors ça, il faut tout le temps que tu reviennes : « qu'est-ce qui n'a pas marché dans le processus? » **Débriefer, débriefer, débriefer. Ça a été beaucoup ça avec les différents acteurs.** » (S07)*

L'approche du débriefing a servi Diane dans ses efforts pour consolider les nouvelles routines COVID et en favoriser leur assimilation auprès des équipes.

Les innovations de trajectoires COVID travaillées et déployées par nos acteurs émergents ont généré des archives photographiques des interdépendances de routines et du nouveau réseau d'acteur mobilisé. Les trajectoires sont devenues un nouveau mécanisme pour cartographier les interdépendances de routines et de réseaux d'acteurs. Diane décrit comment ils ont procédé pour bâtir ces cartographies en partant des besoins des clientèles cliniques à risque avec la COVID.

*« On est parti des besoins de cette clientèle-là se disant que ces patients là pour plusieurs d'entre eux auront besoin de soins intensifs puis surtout parce que le travail était amorcé. [...] Donc ça a été ça. On y est allé par bouchée. Le patient qui fait un AVC doit faire la même chose parce qu'il va s'en aller dans une zone de soins intermédiaires au treizième étage. On est allé vraiment avec les différents profils de patients qui pourraient se présenter puis en cartographiant un peu par où ils passent, c'est quoi leur chemin, on était capable un peu de savoir qui devait être impliqué puis quelle formation on devait donner puis quelle modalité puis quel soutien. Ça a été comme ça qu'on a procédé. » (S07)*

En anticipant les scénarios par des phases de simulation dans les espaces de l'hôpital, il est devenu possible d'expérimenter et d'adapter simultanément au sein des mêmes espaces. Les acteurs ont été impliqués dans la reconstruction d'une séquence de routines sous le substrat de trajectoires simulées. Ces trajets ou scripts ont été documentés sous forme de données d'archives organisationnelles appelées trajectoire. L'annexe 8 présente un exemple d'une trajectoire COVID-19 pour un transfert de patient en provenance des soins intensifs vers le bloc opératoire. Au fil de cette séquence d'étapes, les routines sont dictées en appariement aux

acteurs mobilisés. Ce type d'artéfact en rapport aux trajectoires COVID a été développé sous diverses formes d'archives organisationnelles. L'annexe 9 est un autre exemple de schématisation d'une trajectoire COVID en provenance de l'unité d'urgence vers les soins intensifs. Cet élément d'une donnée d'archives est identifié : PROTOCOLE DE TRANSPORT COVID 19\_V4 (1) et a été modifiée pour la dernière fois, selon notre collecte, le 23 mars 2020. Remarquons ici que ce protocole de transport décrivant les trajectoires COVID est présenté sous sa 4ème version de par sa nomenclature (i.e. V4). Dix jours suivant l'annonce du choc pandémique, les équipes avaient adapté une partie conséquente des routines et avaient développé un ensemble d'artéfacts pour appuyer la performance et la diffusion des routines COVID.

Cette section des résultats témoigne d'une transformation massive et maintenant globale des routines à l'ensemble de l'organisation pour faire face à la crise de la COVID-19. Les observations permettent de distinguer des adaptations locales dans les unités de soins et services et parallèlement un processus collectif d'adaptation globale de l'ensemble des routines et procédures de l'hôpital DIVN. Les équipes ont travaillé simultanément sur la performance des nouvelles routines COVID et sur la mise à jour des artéfacts représentatifs (i.e. trajectoire, protocole, algorithme) de ces routines. Au sein de l'organisation et spécialement en contexte de crise sanitaire, une relation de symbiose médiée par des mécanismes (e.g. simulation, vidéo, formation, débriefing, imperfection) semble caractériser l'interdépendance entre un artéfact et l'assemblage de routines analogues. Les acteurs ciblés dans cette étude ont émergé en partie par leur apport significatif sur la réorchestration des routines et de leur artéfact. La trajectoire peut se présenter sous forme d'artéfacts, mais également comme amalgame de routines interdépendantes qui permet de ficeler globalement un nouvel acteur réseau et un parcours de

soins adapté à la nouvelle maladie. La dernière section de notre analyse traite de la diffusion des nouvelles routines, conditionnelle à la stabilisation du travail des acteurs.

#### T4. Diffusion des nouvelles routines et stabilisation vers un nouveau parcours de soins COVID

En se dotant d'une structure et d'un plan d'intervention globale des unités de l'hôpital, la SWAT team SI a été en mesure de bâtir un plan de formation séquentielle et de forer un nouveau réseau alternatif dans l'organisation en temps de crise notamment par l'implication active des équipes de l'enseignement et de la formation de l'hôpital DIVN.

*« La DEAC qui est notre Direction de l'Enseignement et de l'Académie DIVN comme espèce de support technique qui nous donnait beaucoup de support technique en termes d'audiovisuel, si on avait besoin d'aide sur qui enregistrerait tous nos meetings, qui faisait la retranscription et la diffusion de toute l'information, qui nous supportait en termes de ce dont on avait besoin comme matériel, comme aide sur le plan humain, d'avoir des bras etc. C'est sûr que la DEAC a joué un grand rôle là-dedans. Et tous les autres qui étaient là, c'était des personnes comme la DCTAS pour les flots de patients, la PCI (i.e. prévention des infections), et ensuite soins intensifs c'était moi et mes collègues. Et le non critique, fallait quand même avoir un lien avec les autres personnes ailleurs dans l'hôpital, on ne pouvait pas juste travailler en silos. » (M031)*

Ce passage met en lumière un rôle précis des acteurs de la DEAC comme soutien et accompagnement du travail de formation. Que ce soit par la retranscription, le prêt de matériels ou le montage, Arnold et son équipe ont eu un rôle important de diffusion des routines COVID. Ils devenaient également porte-paroles et traducteurs du réseau. Un autre exemple du rôle de diffusion de l'équipe de l'enseignement et de la formation est la création du nouvel 'entrepôt numérique' permettant de centraliser les archives et les différents documents en rapport à la COVID-19. La page COVID-19 de l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) a pour objectif d'entreposer, de faciliter le dépôt et la mise à jour des archives, de favoriser l'accès et la diffusion des archives en dépit des limitations physiques et ultimement de colliger des données sur la formation et la mise à niveau du personnel. Les routines COVID ont été développées à plusieurs niveaux dans l'organisation pour répondre simultanément à la crise

globale de l'hôpital et aux crises locales des services et unités. De cela, chaque groupe d'acteurs aborde la problématique selon son environnement et ses besoins et il devient difficile de se partager les connaissances et les routines adaptées COVID. Des documents numériques sont ainsi développés pour formaliser les connaissances et les routines et en faciliter leur partage. Ces archives organisationnelles que nous appelons les artéfacts COVID (e.g. trajectoires, protocoles, algorithmes) ont été progressivement centralisées dans ce nouvel outil numérique. Arnold nous partage les objectifs derrière cette initiative de gestion des connaissances.

*« La DEAC a produit nombre de vidéos, formations, tous en lien avec les trajectoires et la diffusion fait que la DEAC a créé la page covid sur l'ENA où toutes les formations, informations, documents, protocoles révisés, catégorisés étaient présentés pour que tous les besoins en compétences et en connaissances des intervenants de l'hôpital étaient rassemblés au même endroit et on produisait une grande partie de ces documents-là et ceux qu'on produisait pas on les recevait, puis on les mettaient en ligne. » (S10)*

Par cette innovation bénéfique à l'ensemble de l'organisation, Arnold et son équipe ont développé, adapté et entreposé les nouvelles routines pour contribuer au nouveau parcours de soins COVID. De cet espace numérique, les opérations de révision, catégorisation, reddition de compte sont moins rigoureuses et les équipes de la direction de l'enseignement deviennent imputables de la gestion de la page ENA COVID. Ce travail de diffusion des routines, de convergence et d'entreposage d'équipes comme la DEAC et la DCTAS a favorisé la restructuration de trajectoires COVID partagées entre les unités de l'hôpital DIVN. La trajectoire est ici considérée à la fois comme un artéfact organisationnel et un outil intégré dans les pratiques médicales, mais également comme un réseau de routines interdépendantes. Cet amalgame de nouvelles trajectoires COVID a permis de tracer un parcours de soins adapté à la pandémie. La page ENA a généré de la collaboration et de la convergence pour favoriser la restructuration d'un travail de trajectoires partagées entre les unités et les acteurs du nouvel acteur réseau.

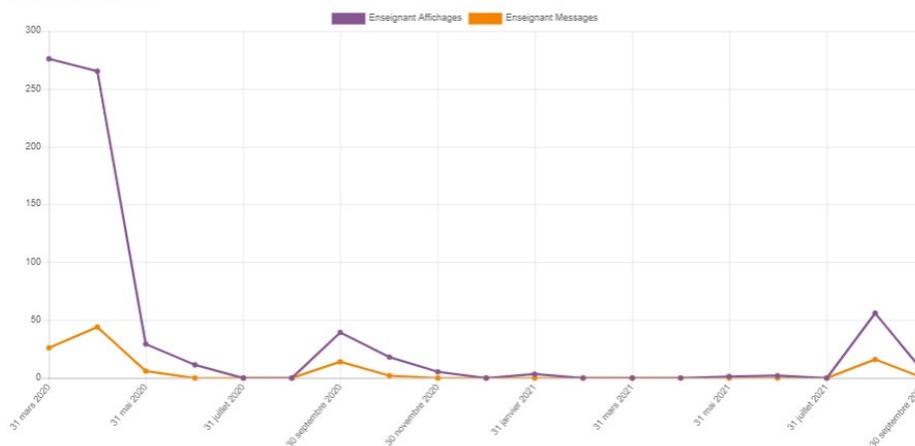
Ce nouvel ‘‘entrepôt numérique’’ offre une traçabilité de la transmission des nouvelles routines au sein de l’organisation. Dr. Chevalier rapporte les nombreux visionnements des archives de formation et de nouvelles routines COVID centralisées dans l’outil numérique.

*« Les autres choses qu’on peut voir pour les retombées où ça a été pertinent c’est le **nombre de fois que les acteurs sont allés voir mettons parce qu’on a mis les formations en ligne. Fait qu’on voit le nombre de visionnements, et c’était par milliers. On voit clairement que le personnel de l’hôpital et le personnel des soins intensifs sont allés voir ça.** » (M031)*

Les propos de l’intensiviste étayent également ce rapprochement entre les directions et les nouvelles interdépendances réparties entre les directions et les secteurs. La DEAC et ses acteurs ont outillé les autres réseaux pour suivre plus adéquatement le déploiement du plan de formation, le travail de diffusion des routines et la révision des artéfacts. Le tableau 7 présente un rapport partiel d’archives organisationnelles produit dans l’ENA et exposant l’ensemble des activités en rapport à la COVID-19 sur une période de 17 mois, débutant à l’éclosion de la première vague.

Tableau 7 : Rapport partiel des activités COVID-19 sur l’environnement numérique d’apprentissage (ENA)

**Formations COVID-19 - Toutes les activités (consultations et messages)  
Enseignant**



La diminution progressive des activités que l'on observe de mars à juin 2020 corrobore nos données empiriques détaillant une stabilisation graduelle d'un nouveau réseau de routines interdépendantes. Respectivement, les deux segments ascendants de la courbe (i.e. septembre 2020 et janvier 2021) coïncident avec la deuxième et la troisième vague de la pandémie au Québec. Cette distribution s'explique par un travail de révision des acteurs pour valider si les routines sont toujours en adéquation avec l'évolution du virus et de la maladie.

Au bloc opératoire, Dr. Bertrand a eu la chance de présenter à la cellule de crise et au président directeur général une innovation de SAS à pression négative pour limiter l'aérosolisation et conserver le virus dans les chambres COVID (T1). De cela, il a obtenu la légitimité pour mettre en œuvre son innovation et devenir un précurseur galvanisant les innovations locales.

*« J'ai trouvé ça intéressant le directeur général, quand j'avais présenté à la réunion ou à la cellule de crise, je lui avais présenté justement le fait qu'au bloc opératoire les salles sont à pression positive pour réduire le risque d'infection de plaies et que ça dans un contexte d'aérosolisation, d'intubation, les aérosols pouvaient se disperser un peu partout dans le corridor. Donc il fallait créer une espèce de **tampon à pression négative d'où ces espèces d'antichambres**. J'avais aussi dit qu'on n'avait pas le temps de commencer à faire de la validation. Il fallait y aller avec le meilleur des connaissances parce que ça nous prendrait des semaines et des semaines de valider de façon officielle que ces antichambres étaient parfaites et prévenaient le risque, mais que **selon notre compréhension c'était probablement la meilleure solution avec les infrastructures qu'on avait**. Il a repris ces termes-là, il m'a dit : « effectivement vous avez raison » puis il l'a dit devant le reste de la direction : « vous avez devant vous **un expert qui s'est penché sur le dossier** et puis la réponse parfaite on ne l'aura pas en temps de crise. Mais on va prendre **la meilleure décision**. » (S02)*

Cette nouvelle posture de travail imparfait, mais efficace que l'on a observé dans le développement des artéfacts COVID a percolé jusqu'aux propositions d'innovations et de transformation des routines. Ce délestage d'un travail parfait est ainsi encouragé du terrain à la haute direction facilitant la capacité des équipes de l'ensemble de l'hôpital à composer en contexte de crise.

Plusieurs rôles informels ont été observés en contexte de crise organisationnelle et sous divers motifs : e.g. Actualisation des espaces et des ressources hospitalières, manque de personnel,

innovations, nouvelles routines, prévention et sécurité. Pour certains acteurs, les rôles non-officialisés ont évolué au gré de la pandémie.

*« Après la première vague on a révisé nos trajectoires donc ça a impliqué de façon ponctuelle des ajustements. Tant par exemple, comment transporter un patient covid du bloc opératoire vers les soins intensifs, les soins intensifs vers le bloc opératoire, des étages vers le bloc opératoire, de la salle d'urgence vers le bloc opératoire [...] Après la première vague bien j'ai eu l'impression que **mon rôle est un petit peu plus tombé en rôle passif** donc on voulait plus me voir comme un **consultant** : « qu'est-ce que tu penses pour ça? Qu'est-ce que tu penses pour ça? Ou la cogestion de propos de faire telle affaire. Es-tu d'accord? Penses-tu ci? Penses-tu ça? » Mais **je le répète, je n'avais pas de rôle officiel, je n'avais pas de titre officiel.** » (S02)*

Cet exemple décrit le parcours d'un acteur émergent ayant été d'abord innovateur/ expert de contenu et plus tard en posture "passive" de consultant. Ce témoignage démontre un des apports de nos acteurs émergents dans la lutte contre la pandémie. Porteurs de rôles non-officialisés, ils ne sont pas soumis aux rouages administratifs au même titre que les postes institutionnalisés leur permettant d'agir sur leurs fonctions et d'adapter leurs rôles en fonction des besoins évolutifs de la crise organisationnelle. Nos acteurs émergents ont ainsi eu des impacts diversifiés à plus long terme même après la première vague COVID à l'hôpital DIVN.

Au même titre que la simulation et le débriefing, la formation est un autre mécanisme dynamique et engageant ayant favorisé la restructuration des routines et la consolidation de routines COVID en plus de leur diffusion. Dr. Chevalier raconte comment une formation massive s'est orchestrée aux soins intensifs sous l'égide d'un objectif commun d'éviter la contamination intra-hospitalière et de revoir le parcours de soins.

*« Donc on a fait une liste de choses qu'on doit faire à **commencer par faire des formations, des simulations, d'ÉPI (équipement de protection individuelle) pour former les 400 personnes qui travaillent aux soins intensifs.** On a fait ensuite des formations pour les procédures qui allaient changer : l'intubation ventrale. Étant donné la pathologie sous-jacente qui fait ce qu'on appelle des ADS, il fallait revoir notre façon de faire ce qu'on appelle du « décubitus ventral ». [...] Ben fallait refaire tout ça, fallait faire des simulations pour pouvoir intuber le monde, pour le transport - **juste la façon de transporter le patient change de A à Z.** Pour l'habillement, il fallait une escorte de sécurité qui vienne pour nous escorter à travers l'hôpital pour éviter qu'il y ait des contaminations nosocomiales. On faisait en sorte que **notre seul et unique but soit encore une fois d'éviter la contamination***

*intra-hospitalière. Cela a simplifié et recadré beaucoup nos interventions. Fait qu'on a fait une liste de priorisations qu'on a suivies à la lettre. Et en l'espace d'une semaine peut-être, on a formé à peu près 400 personnes pour l'habillement. Ensuite la semaine d'après on a formé encore 400 personnes dans les formations de simulations pour l'intubation qui était faites directement à l'intérieur des soins intensifs des salles de simulation qu'on a montées à ce moment-là avec l'aide de l'Académie. Ensuite on a fait le décubitus ventral, aussi l'arrêt cardiaque. Il y a eu des formations de transport. On a fait ensuite des vidéos pour démontrer ça, pour faire du renforcement, pour que les personnes non seulement voient et vivent la formation et qu'ils aient ensuite un document de référence pour s'y référer en cas d'oubli. On a fait au-dessus – je ne sais plus le nombre de formations – au-dessus de 500 personnes en l'espace de 2-3 semaines, on a tourné je pense 10 vidéos de formations en l'espace de 2 semaines et demie. » (M031)*

Pour atteindre l'ensemble des acteurs au DIVN et stabiliser le réseau de routines, les acteurs émergents ont participé activement aux vagues de formation par l'usage de multiples méthodes (e.g. formation vidéo, formation de simulation, simulation de trajectoire, documents de référence). Ces actions correspondent à un travail de diffusion des routines propulsé par les acteurs émergents. Amalgamés dans l'acteur-réseau et sous-tendus par des artéfacts, nos quatre acteurs émergents et leurs équipes de soutien ont constitué une écologie de routines dynamiques favorable à une diffusion rapide et efficace des nouvelles normes COVID.

Pour sa part, Dr. Chevalier a su faire bénéficier un grand réseau de son expertise en simulation. Plusieurs visites ont été effectuées au sein de l'hôpital pour rencontrer et former les équipes par ce mécanisme dynamique d'adaptation des routines.

*« En intrahospitalier, tout ce qu'on fait, surtout pour les simulations de trajectoire, a été énormément apprécié par le personnel. Je pense juste à toutes les rencontres. C'est qu'au début on était très focusé sur les soins intensifs mais tout est tellement imbriqué étroitement qu'on a dû... À un moment donné je suis allé faire des simulations au bloc opératoire alors que je ne suis pas un chirurgien, je suis un intensiviste. J'allais faire des simulations à l'urgence alors que je ne suis pas urgentologue non plus. J'allais faire des simulations en salle d'angio-radiologie; en radiologie, j'ai eu des réunions avec le chef de département de radiologie. Ça a comme débordé parce que cette espèce d'expertise qu'on s'est faite au fur et à mesure qu'on le faisait devenait un peu...on transmettait un peu les savoirs qu'on avait. Il n'y avait pas beaucoup d'autres personnes qui pouvaient le faire de cette façon-là je pense. » (M031)*

Détenteur de cette expertise critique dans la lutte contre la COVID-19, la simulation fait partie des vecteurs d'émergence de Dr. Chevalier. Nous avons vu dans les précédentes périodes

comment les démarches d'actualisation des routines étaient dans un premier temps localement travaillées pour ensuite se globaliser par des points de maillage et d'ancrage dans le réseau (T2,T3). Une certaine relocalisation s'est produite au niveau de la formation, car Dr. Chevalier a pris l'initiative de former les acteurs de son unité des soins intensifs sur des routines globalement travaillées. C'est ensuite par un embranchement et une structure informelle qu'il a été appelé à former les autres unités comme le bloc opératoire ou l'urgence. Encore une fois, notre perspective théorique s'avère fort utile pour bien suivre l'évolution des structures informelles de notre acteur-réseau (chapitre 3).

Les simulations de trajectoire ont également servi de mécanisme dynamique d'adaptation et de diffusion in-situ des routines dans les espaces de soins et ce pour l'ensemble des acteurs impliqués dans leur réalisation. Diane a participé à l'adaptation sécuritaire des nouvelles trajectoires patients COVID et non-COVID.

*« Ça a été beaucoup ça moi pendant la covid, c'est de m'assurer qu'une fois que le patient arrive dans le DIVN, il est transporté de façon sécuritaire. Donc quand il arrive dans le garage du débarcadère puis que l'agent de sécurité voit ce patient-là, bien il sait que c'est un patient covid puis là il y a une activation de chaîne : « l'accueil est avisé. L'accueil appelle l'étage. L'étage descend dans un délai raisonnable, prend en charge un patient et va le remonter selon le chemin qu'on a établi tout en respectant toutes les procédures de prévention des infections. Ça a été cette gymnastique-là, ces simulations-là qu'on a faites avec les différentes équipes. » (S07)*

*« Un transport du patient se faisait avec deux préposés puis deux agents de sécurité. Donc il y avait quatre personnes mobilisées pour transporter un patient parce qu'il y en avait un qui s'assurait que personne ne soit en contact avec le patient donc il était là. L'autre qui était celui qui va mobiliser l'ascenseur, peser sur les boutons puis les deux personnes qui vont transporter le patient les pompes... Donc ça mobilisait énormément de personnes.» (S07)*

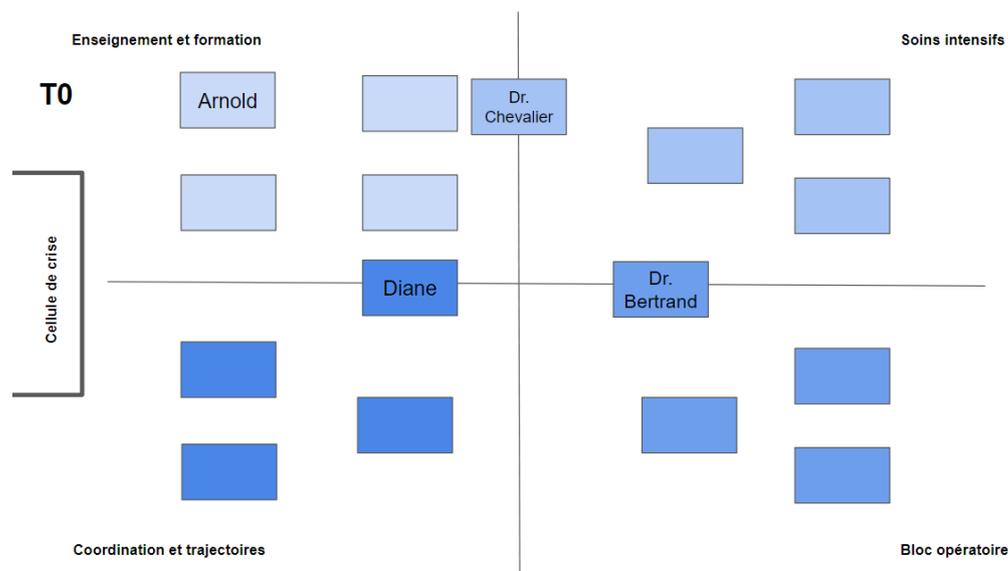
La simulation est, selon nos observations, l'un des mécanismes les plus utilisés pour travailler les trajectoires conjointement et dans cette optique d'un nouveau parcours de soins constitué d'un réseau de trajectoires de routines interdépendantes. Le transport d'un patient COVID au sein de l'hôpital est devenu un agencement de routines impliquant un nombre plus important

d'acteurs et un mécanisme combinatoire d'un travail de maillage et de diffusion des routines. Après cette séquence de plongeon dans nos différentes périodes, sautons plus en surface en direction de la figure 3 résumant les dynamiques de notre réseau en T0,T1,T2,T3 et T4.

Figure 3: Évolution chronologique de l'acteur réseau - ramifications et des interdépendances de l'acteur réseau

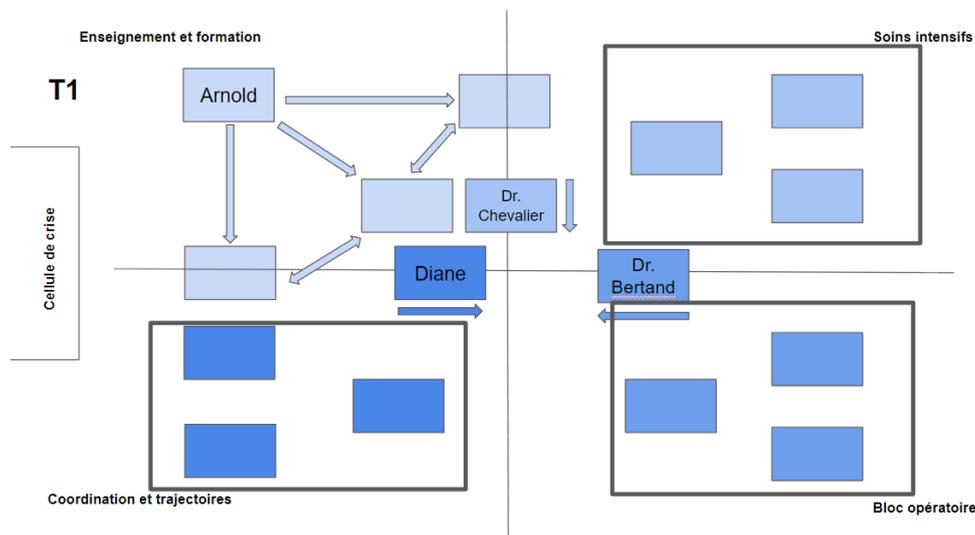
T0. Écllosion

Préalablement à la crise sanitaire au sein de l'hôpital DIVN, les directions et leurs frontières politiques sont stables et relativement indépendantes. Quelques acteurs sont positionnés à la frontière entre les directions et on observe quelques interdépendances de routines. En réaction à l'écllosion de la pandémie, la cellule de crise de la direction générale est démarrée et se positionne comme entité médiane entre le terrain et la haute direction afin de faciliter les innovations, accélérer les validations et effectuer un travail de forage des routines. Les acteurs émergents et leurs collègues en soutien oeuvrent en majorité dans leur unité/service local.



T1. Mobilisation et préparation locale des unités et services

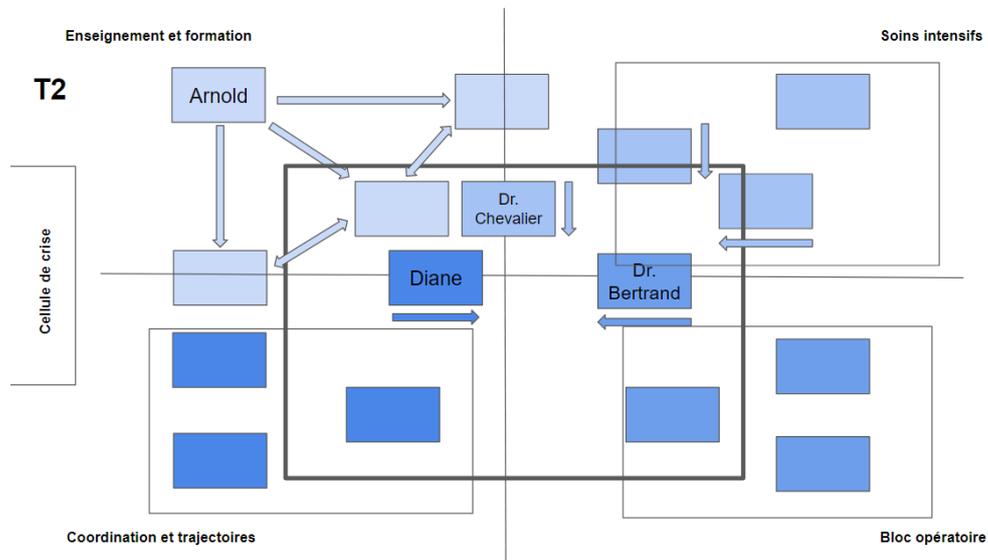
Une mobilisation locale des unités se met en branle. Arnold disperse ses acteurs et conduit une analyse des besoins dans l'organisation. Cette dispersion encourage le travail d'ancrage des équipes de l'enseignement sur les autres unités/services. Les unités cliniques des soins intensifs et du bloc opératoire commencent à s'organiser et voient respectivement Dr. Chevalier et Dr. Bertrand lever la main pour s'impliquer activement dans la gestion de la crise. Pour sa part, Diane voit une opportunité pour sa direction de gagner en crédibilité et d'actualiser les trajectoires de soins pour la COVID. Cette représentation permet d'exposer comment trois de nos acteurs émergents sont positionnés aux frontières de différents services au DIVN leur conférant un avantage concurrentiel pour émerger au-delà de leurs rôles. Pendant que les acteurs émergents cherchent des points de passage au sein du réseau subitement plus étanche, les directions et unités ferment leurs frontières pour préparer localement leur terrain.



## T2.Émergence et maillage des acteurs émergents

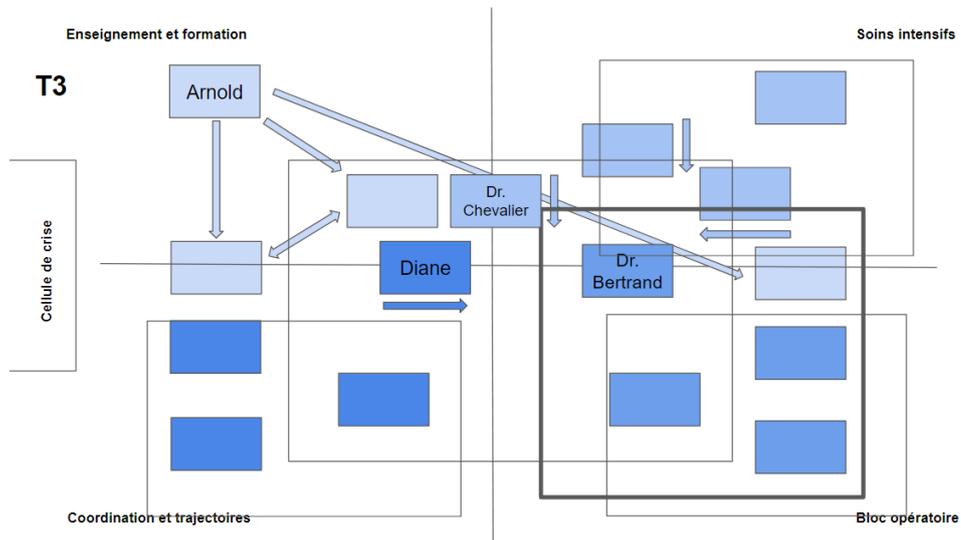
Un nouveau point de maillage prend forme pour rassembler les acteurs sous un objectif commun et effectuer le travail d'adaptation des routines. La SWAT TEAM des soins intensifs devient rapidement une pierre angulaire de la lutte contre la crise de la COVID-19. La direction de l'enseignement se coordonne et ses acteurs arrivent à se rapprocher des autres réseaux et de

collaborer aux démarches parallèles de gestion de la crise au sein des autres unités de l'hôpital. Une réaction observée sur le terrain d'études est la mobilisation d'acteurs dans la constitution de groupes de travail.



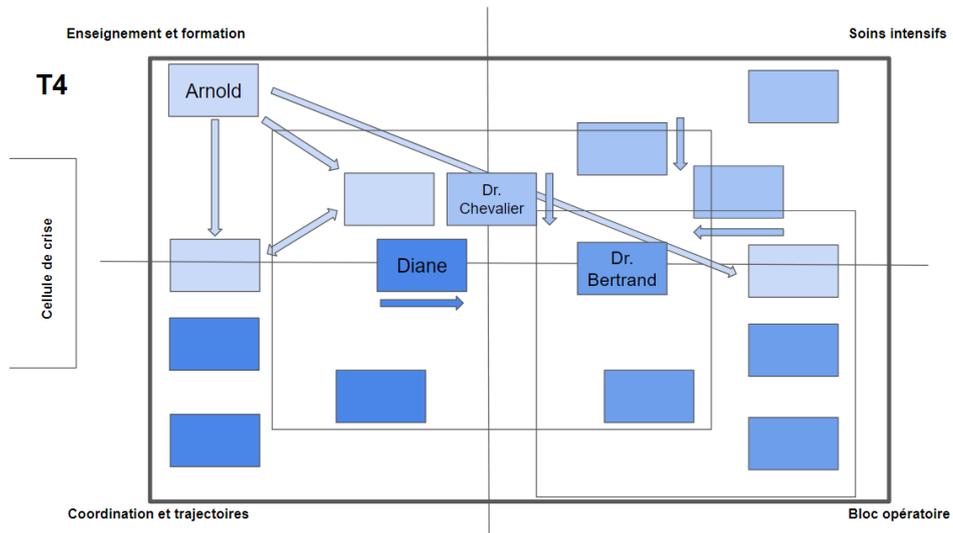
### T3. Construction et adaptation globale des routines interdépendantes

Pour pallier au retard des nouvelles interdépendances de routines émergentes de la SWAT TEAM des soins intensifs, Dr. Bertrand transpose les nouvelles routines et modes de travail dans son autre unité d'appartenance pour constituer un autre point de maillage. Le réseau a évolué et dispose maintenant d'une plus grande ramification aidant à la diffusion des routines et des artéfacts.



**T4 : Diffusion des routines et stabilisation d'un parcours de soins COVID**

Par l'entremise d'une vague de formation des acteurs émergents et de leurs équipes, on observe une stabilisation des routines de travail. L'espace numérique d'entreposage des artéfacts COVID permet aux acteurs un travail de diffusion accélérée. On observe un phénomène de stabilisation vers un parcours de soins intégré à la COVID et aux routines courantes du DIVN.



Les résultats ont volontairement été structurés en ordre chronologique pour nous permettre d'observer comment nos acteurs émergents ont procédé pour reconfigurer les routines en interdépendances. Par l'usage de mécanismes (e.g. simulation, débriefing, tournée des besoins), d'artéfacts (e.g. protocole, algorithmme, vidéo, trajectoire), de comités de travail et

décisionnel (SWAT TEAM SI, SWAT TEAM BO, Cellule de crise), de multiples rôles (e.g. diffuseur, porte-parole, traducteur, formateur), Arnold, Dr. Bertrand, Dr Chevalier et Diane ont trouvé comment émerger et faire une différence. Ces différents moyens leur ont permis de se donner la capacité de bâtir un nouvel acteur réseau fondé en partie sur des structures formelles et informelles et enchevêtré de points de maillage et de points de passage informelles que sont les acteurs émergents. L'agencement des nouvelles trajectoires de routines interdépendantes correspond à ce nouveau parcours de soins adapté au DIVN pour faire face au virus du SARS-COV-2.

Le tableau 4 vient appuyer notre analyse par un agencement chronologique des différentes sources de données complémentaires. Au sein des quatre unités ciblées de l'organisation, on observe des phénomènes croissants et progressifs de globalisation des routines au sein du nouvel acteur réseau, de complexification et de co-développement des innovations produites par des groupes d'acteurs pour faire face à la crise.

Notre prochain chapitre de discussion nous permettra de revenir sur quelques interrogations conceptuelles, notamment investiguer les impacts d'une reconfiguration locale et globale des routines interdépendantes sur la restructuration d'un acteur-réseau ou encore comment les mécanismes et le travail des routines observés au DIVN peuvent contribuer aux travaux sur la dissociation temporaire d'acteurs envers un réseau et face à un choc organisationnel. Nous voilà mieux disposés pour fournir une réponse à notre problématique et montrer comment celle-ci ainsi que l'ensemble de ce projet de recherche participent à la construction et au partage de la science.

Tableau 4 - Synthèse chronologique des résultats

Chronologie	T0 - Écllosion	T1 - Mobilisation et préparation locale des unités et services	T2 - Émergence et maillage des acteurs émergents	T3 - Construction et adaptation globale des routines interdépendantes	T4 - Diffusion des routines et stabilisation d'un parcours de soins COVID
Globalisation, mécanismes et innovations	local mécanismes : e.g. Cellule de crise	local mécanismes : e.g. travail en binôme pour couvrir l'organisation, volontariat, nouveaux rôles innovations : e.g. SAS à pression négative	global mécanismes : tournée des équipes, innovations : e.g. SWAT TEAM SI, SWAT TEAM BO, trajectoires COVID	global mécanismes : debriefing, simulation innovations : e.g. Trajectoires, protocoles, algorithmes	global mécanismes : formation vidéo, super-formateur, formation par artefact innovations : e.g. environnement numérique d'apprentissage (ENA) - page COVID
Direction de l'enseignement et de l'académie (DEAC)	<b>Entrevue conversationnelle</b> « Dès qu'on a fait la transformation du DIVN, on a démenagé les hôpitaux, c'était clair qu'il fallait un travail puis une expertise particulière au DIVN pour travailler les flux parce qu'on se disait, il faut sortir l'hospitalo-centrisme, il faut faire des corridors de service avec le réseau, donc c'était un projet transformationnel qu'on avait en tête pré pandémie. » (S01)	<b>*Stratégie d'ancrage</b> <b>Entrevue conversationnelle</b> « J'ai volontairement décidé, en partie grâce à mon expérience, en autre partie en raison de l'équipe qu'il y avait en place et aussi en partie de ma préférence de style de gestion lorsque ça s'applique, de gérer l'équipe de cette façon-là, de mettre en place un environnement où on était pour pousser cette responsabilité-là au plus bas niveau possible ou vu d'un autre angle, rehausser le niveau de responsabilité de chacun des membres de l'équipe. » (S10)	<b>Entrevue conversationnelle</b> « Ces quatre duos-là, dont je faisais partis, je faisais l'un des duos, donc en plus d'être chef de service, je suis allé faire des entrevues de clientèle aussi et ces duos-là se rapportaient à moi pour l'organisation de leur horaire, mais c'était plus pour l'organisation et moins pour la présentation des résultats parce que la présentation des résultats c'était les membres du duo qui ont fait tous les fichiers de suivi, qui ont fait tous les fichiers dans lequel les données étaient présentées, c'était les membres des duos qui ont retravaillés l'information selon les directions, les besoins de la direction, de la directrice, fait que tu sais je dirais que plus d'un point de vue de fournir un cadre, c'est un peu le rôle que j'avais, mais sinon le travail s'exécutait, les duos étaient responsabilisés, produisaient le contenu, le contenu, la responsabilité a été poussé au plus bas niveau possible. » (S10)	<b>*Stratégie de maillage</b> <b>Données d'observation du terrain</b> 13 Trajectoires simulées entre le 16 mars et le 16 avril 2020 :  Exemples : <ul style="list-style-type: none"> <li>Unités COVID Critiques (Soins intensifs, Unité Grand-Briès, Unité soins intensifs coronariens, Urgence)</li> <li>Intervention de l'équipe d'intervention rapide au 10e Sud (Unité d'hospitalisation COVID)</li> <li>Transfert de patient urgence vers Hémodynamie</li> <li>Trajectoire de patient sur l'Unité COVID de soins critiques à l'unité des Grand-Briès</li> <li>Trajectoire entre Soins intensifs (10e SUD) vers Radiologie (2e étage)</li> <li>Trajectoire de patient entre l'urgence - salle de choc vers Radiologie (2e étage)</li> </ul> (Formation au DIVN) en contexte de pandémie (COVID-19), Document préparé par Académie DEAC, mise à jour 2020-04-10)	<b>*Stratégie de diffusion</b> <b>Données d'observation du terrain</b> Formations interprofessionnelles par simulation in situ :  Exemples : Simulations d'intubation endotrachéale in situ pour patients COVID + (unités soins critiques) Apprenants formés : > 300 infirmières > 40 inhalothérapeutes 23 médecins intensivistes > 80 médecins radiologistes Simulations de « prone positioning » in situ pour patients COVID + avec ARDS (unités soins critiques) Apprenants formés : > 200 infirmières > 400 inhalothérapeutes 23 médecins intensivistes > 20 préposés (Formation au DIVN en contexte de pandémie (COVID-19), Document préparé par Académie DEAC, mise à jour 2020-04-10)
Bloc opératoire (BO)	<b>Entrevue conversationnelle</b> « Qui on s'est préparé, qui on a eu des plans de matons sur les trajectoires. Se préparer justement à la formation : comment qu'on perçoit ça? Il y a eu aussi d'avoir accès à la prévention des infections qui était un peu finalement les plus connaisseurs dans cette histoire-là. Puis d'avoir finalement un peu... d'avoir la difficulté d'avoir accès à cette information-là. Ça aussi c'était préoccupant parce que c'est un peu comme dans une toue. Il y a quelqu'un qui annonce quelque chose de catastrophique, mais tout le monde veut fuir de chaque côté pour se sauver de la situation qui pourrait être catastrophique. Mais là ça a été un peu la même chose pour les départements puis d'avoir la direction qui essaie de coordonner ça et de contrôler ça, je crois que ça a aidé beaucoup, mais il n'y en reste pas moins que l'accès aux connaissances, s'il y avait eu moyen de partager plus puis de tout ça, je pense que ça aurait été très positif. Mais en même temps je comprends qu'il y avait une capacité, que c'est une situation exceptionnelle. » (S09)	<b>*Stratégie de forage</b> <b>Entrevue conversationnelle</b> « Je me rappelle d'une réunion qui je pense a été névralgique dans le changement de ton. C'était un vendredi, on se préparait. On voulait élaborer un plan de travail comme intensiviste, pas comme anesthésiste, on ne savait pas trop comment aborder les patients. Il n'y avait pas beaucoup de tests de dépistages disponibles. On n'avait pas de protocole de prise en charge des patients covid et puis là on avait fait une petite réunion entre intensivistes pour discuter de ça et le ton a monté parce que les gens n'étaient pas tous d'accord sur l'urgence de devoir se préparer. Et finalement cette réunion-là a été, je pense, le point tournant où on a décidé et ça été, et ça a mis tout en branle. On a pris au sérieux la préparation et on a vraiment beaucoup plus été de l'avant à préparer un protocole de prise en charge des patients covid et on a pu rédiger un document. » (S02)	<b>Données d'observation du terrain</b> Partage d'information : <ul style="list-style-type: none"> <li>Possibilité de modification du nombre de salles à prévoir dès lundi 06/04/2020</li> <li>Le MSSS a annoncé avoir délésté les hôpitaux pour libérer 7000 lits</li> <li>En attente d'une politique sur le dépistage préparatoire pour l'ensemble des spécialités (S14)</li> <li>Appel à la persévérance et la résilience dans ce contexte dynamique qui cause des ajustements fréquents au niveau de la planification, des EPI ou des trajectoires.</li> <li>Visite de la SDR du 5ième vendredi le 4 avril pour tester la trajectoire visant à transformer la SDR en zone froide pour es SI</li> </ul> (Réunion quotidienne de la SWAT TEAM du bloc opératoire, 2020-04-03)	<b>Entrevue conversationnelle</b> « Ce qu'on s'est dit et ce que j'ai dit à tout le monde, c'est il faut surtout pas attendre avant d'agir, il faut surtout pas attendre que ce soit parfait avant d'agir sinon on n'y arrivera pas. Il y a des plans qui ont été changés en fonction de la situation, mais au moins on avait quelque chose, on ne partait pas de rien, on savait qu'on avait un espace de lieu commun, on savait où est-ce qu'on s'en allait. » (M031)	<b>Données d'observation du terrain</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Partage d'information :                              Transfert inter-hospitalier : Les ambulanciers ne peuvent circuler au DIVN si transport patient COVID ou intermédiaire. Ils sont autorisés pour un cas vert. (DCTAS)</li> <li>La dernière procédure pour les patients en provenance CHSLD indique un besoin de zone jaune pour asymptomatique et rouge si symptomatique.</li> <li>Les dernières versions des documents algo et trajectoires sont publiées sur l'ENA provincial (section trajectoire)</li> <li>Diffusion globale des 3 derniers documents sur les trajectoires atypiques (à suivre)</li> <li>Les patients en transfert inter-hospitalier sont tous accueillis au premier sous-sol du pavillon D</li> <li>Uniquement les patients thrombectomie AVC passent par le garage des urgences</li> </ul> (Réunion quotidienne de la SWAT TEAM du bloc opératoire, 2020-04-23)

Chronologie	T0 - Écllosion	T1 - Mobilisation et préparation locale des unités et services	T2 - Émergence et maillage des acteurs émergents	T3 - Construction et adaptation globale des routines interdépendantes	T4 - Diffusion des routines et stabilisation d'un parcours de soins COVID
Globalisation, mécanismes et innovations	local mécanismes : e.g. Cellule de crise	local mécanismes : e.g. travail en binôme pour couvrir l'organisation, volontariat, nouveaux rôles innovations : e.g. SAS à pression négative	global mécanismes : tournée des équipes, innovations : e.g. SWAT TEAM SI, SWAT TEAM BO, trajectoires COVID	global mécanismes : debriefing, simulation innovations : e.g. Trajectoires, protocoles, algorithmes	global mécanismes : formation vidéo, super-formateur, formation par artéfact innovations : e.g. environnement numérique d'apprentissage (ENA) - page COVID
Soins intensifs (SI)	<b>*Stratégie de forage</b> <u>Entrevue conversationnelle</u> « En fait, l'impact s'est fait sur tout ! C'était de revoir l'entièreté de nos façons de fonctionner pour être sûrs à 100% qu'on soit prêt à recevoir une quantité qui aurait pu être massive de patients. Donc d'avoir un débordement en termes de capacité de réception de patients, premièrement; et deuxièmement de revoir notre capacité à gérer des patients et surtout à ne pas se contaminer lors de la gestion de ces patients, tant dans nos façons de faire dans nos soins directs aux patients que dans les affaires aussi banales que de transporter un patient à travers l'hôpital. Cela a vraiment eu un impact sur la totalité de notre gestion de soins intensifs : sur nos horaires de travail, sur tout. » (m031)	<b>*Stratégie d'ancrage</b> <u>Données d'observation du terrain</u> Mise en contexte :  À partir du 16 mars 2020, un groupe de travail multidisciplinaire a été mis en place afin de planifier les formations et les trajectoires en lien avec la pandémie Covid-19. Ce document vous présente les grandes lignes de ce qui a été effectué jusqu'au 16 avril 2020.  (Document de travail SWAT TEAM SI, 2020-03-20)	<b>*Stratégie de maillage</b> <u>Entrevue conversationnelle</u> « La chose qui a changé le plus... Comment je peux dire ça... Il y a eu beaucoup plus de collaboration qui s'est installée et beaucoup moins de fossés entre spécialités, car on voit souvent ça, des espèces de division, par groupes, pas hiérarchiques, mais des espèces de groupes « fait -ci et l'autre le groupe fait ça et on se comprend mal, on se lance des fleches ». Là c'était vraiment une collaboration où on se serrait les coudes, il y avait beaucoup plus de solidarité. Je ne sais pas de quoi c'est venu, peut-être juste le fait de faire face à une situation extrême, comment est-ce que les humains se rassemblent. Je sais pas, peut-être que l'on se soutenait énormément là-dedans, je sais pas mais beaucoup plus de collaboration. » (M031)	<b>Données d'observation du terrain</b> Rappel des objectifs : • Avoir zéro contamination intra-hospitalière Ce qui a été fait : • Première rencontre pour établir les formations pour le personnel – formations 'just in time training' pour le personnel qui pourrait côtoyer des patients atteints • Protocole de déshabillage fait mais pas finalisé ni entériné, donc serait une V2 de la prévention des infections • Trajectoire de patients entre urg - soins intensifs et urg - 19e et sera testée le 17 mars 2020 (Compte-rendu rencontre SWAT TEAM SI, 2020-04-01)	<u>Entrevue conversationnelle</u> « On a instauré un système de décontamination où il y a toujours en permanence une personne qui nous observait nous habiller et nous déshabiller. Donc à travers la vitre, des fois c'était moi qui le faisais pour l'infirmière, des fois c'est une infirmière qui le faisait pour moi, des fois c'est une inhalothérapeute qui le faisait. Il n'y avait pas de rôles pré-établis dans ce sens-là, et on s'entraidait. Si moi je voyais une personne qui attendait là pour se faire déshabiller et qu'elle était là depuis un petit bout, parce qu'il y avait trop d'activités, j'allais la voir et je lui disais « ok je te regarde » et si elle faisait une erreur, je cognais dans la vitre et je lui disais « non non lave-toi jusque-là ». Fait que beaucoup plus d'entraide et beaucoup plus de solidarité. » (M031)
Direction coordination transversale et alignement des systèmes (DCTAS)	<u>Entrevue conversationnelle</u> « Au 13 mars 2020 où on a eu comme tout le monde l'annonce de cette première vague-là arrivait. On revenait de la semaine de relâche. Je me souviens que moi à cette époque-là moi je partais en voyage où j'ai annulé mes vacances. Et le premier réflexe c'est "Ah une autre affaire..." puis de ne pas le prendre tant au sérieux... Puis tranquillement voir des collègues qui avaient la Covid, ensuite de voir l'absentéisme. Puis de voir tranquillement ce qui se passait aux nouvelles en Europe puis de se dire "Oh my god, ça va nous atteindre !" » (S07)	<u>Entrevue conversationnelle</u> « Du fait qu'on s'occupait des trajectoires puis que dans la vision de beaucoup de personnes les trajectoires c'étaient les DCTAS parce que dans notre titre on a un peu ça : Direction de la Coordination. Donc on était visé parce qu'il y avait trajectoire et c'est notre travail. Ça, ça a été un. Puis deux, est-ce que tu es délégué? Oui j'ai pris en charge les trajectoires, mais la façon dont je l'ai pris en charge venait de mon bagage. Venait de : ok je viens de l'enseignement alors j'ai une force. Je sais que la formation c'est important. Qu'est-ce que je sais faire de mieux moi c'est la simulation puis ok je suis capable de leader et d'embarquer une équipe dans un projet. Je pense que c'est ça qui a fait que j'ai été mis là puis je me suis débrouillé. Pour moi c'était comme dans le contexte d'urgence je ne me suis pas posé mille questions. C'est : ok il faut que la job se fasse. Il faut qu'il y ait quelqu'un qui prenne le lead alors je l'ai pris. Ça a été ça. » (S07)	<u>Entrevue conversationnelle</u> « On est parti de tout ce que le patient des soins intensifs aurait besoin. L'imagerie alors à partir du moment où on dit : « ok il va falloir qu'on aille en scan avec ces patients-là. » Alors là ok on fait les liens avec la radiologie puis on sensibilise la radiologie qui dégage du personnel. Puis on réfléchit avec eux : « quel est le meilleur chemin pour pas que les patients non-covid et covid se croisent? » Alors là, il a fallu faire des chemins avec ces équipes-là. Puis là on a dit : « ok toute l'habilitation, le déshabillage pour la PCI il faut le pratiquer parce que là à partir du moment où tu touches le lit il est considéré contaminé. » Alors il a fallu tout faire ce ballet, au fond c'était un peu ça. C'est un ballet artistique où il fallait le pratiquer et mettre en place des activités de simulation pour que tout le monde sache quels rôles ils avaient quand qu'il y avait un scan qui était demandé pour un patient. [...] Il y a eu la DEAC qui a été fortement impliquée pour des vidéos, etc. parce qu'à moment donné on ne peut pas faire de simulation tout le temps. Puis on a pratiqué ça avec les étages. Puis à moment donné il y a un autre étage qui devient covid alors il faut refaire ça avec une autre unité. Puis on fait ça avec la mère-enfant parce qu'il y a des femmes enceintes qui accouchent qui sont covid avec la salle d'accouchement, avec la salle d'opération. » (S07)	<b>*Stratégie de maillage</b> <b>Données d'observation du terrain</b> Trajectoire et transport : • Priorité aux plateaux techniques • Trajectoire testée aujourd'hui : SI vers le Bloc (14h) • Mère-enfants : Trajectoires en 4 scénarios internes faits mercredi am, nécessité d'avoir un observateur externe, la PCI et le soutien de Diane de la DCTAS • Demande faite : chaque unité doit faire ses trajectoires • Responsable transport externe aux unités COVID : Dr X • Diane poursuit les travaux avec le SWAT transport notamment avec la neurovasc. et la psychiatrie  (Compte-rendu rencontre SWAT TEAM SI, Formation - 2020-04-03)	<u>Entrevue conversationnelle</u> « Un transport du patient se faisait avec deux préposés puis deux agents de sécurité. Donc il y avait quatre personnes mobilisées pour transporter un patient parce qu'il y en avait un qui s'assurait que personne ne soit en contact avec le patient donc il était là. L'autre qui était celui qui va mobiliser l'ascenseur, passer sur les boutons puis les deux personnes qui vont transporter le patient les pompes... Donc ça mobilisait énormément de personnes. » (S07)

## Chapitre 6 – Discussion

*La théorie est absurde sans la pratique et la pratique est aveugle sans la théorie*  
Emmanuel Kant

Le criticisme intemporel d'Emmanuel Kant s'avère très à-propos pour présenter la structure proposée de notre chapitre de discussion. Durant la crise sanitaire à l'hôpital DIVN, j'ai été appelé à prendre différents rôles pour répondre aux besoins changeants et soutenir les équipes cliniques et administratives. Par ce projet de recherche, je tenais à observer les actions, les innovations et les changements orchestrés par les acteurs de l'hôpital sous l'égide d'un alliage de lentilles théoriques. Mes intentions demeurent d'identifier et de partager des apprentissages de cette pandémie pour l'organisation et le réseau de la santé dans la capacité de gérer des changements en contexte de grandes turbulences. L'intention suivante est de contribuer à la progression des connaissances théoriques de l'approche des routines, des routines dynamiques et du cadre de l'acteur-réseau (ANT). Dans ce chapitre de discussion, je souhaite me prononcer sur comment ce travail de recherche permet une meilleure compréhension de notre problématique : **Comment l'émergence d'acteurs a-t-elle influencé la reconstitution d'un réseau interdépendant de routines et l'adaptation d'un parcours de soins pour faire face à la COVID-19 à l'hôpital DIVN ?** Nous reviendrons également sur les interrogations soulevées en rapport à notre cadre théorique pour y apporter de nouvelles connaissances à l'issue de cette expédition de recherche. La première section se penche sur les contributions théoriques qu'une approche combinatoire des routines et de l'acteur-réseau peut apporter comme connaissances et compréhensions d'un hôpital et de ses acteurs devant réorganiser drastiquement leur travail face à l'éclosion d'une pandémie et une arrivée de patients infectés à un nouveau virus. La deuxième section s'adresse aux acteurs de l'hôpital DIVN, à mes collègues et aux décideurs où je souhaite livrer des contributions de l'étude, découlantes des

contributions théoriques, pour l'apprentissage organisationnelle dans une perspective managériale. Nous terminons le chapitre de discussion, en toute modestie, par un partage des limites de ce projet dans l'optique de documenter les éléments inachevés de cette recherche, frayer un chemin et inciter à la poursuite de ce travail. Nous verrons que plusieurs actions et stratégies ont été de mise pour contrer les faiblesses potentielles de cette recherche et respecter les différents critères de validité en recherche qualitative inductive.

### 6.1 Contribution théorique

Ce projet de recherche se distingue des travaux précédents sur les crises organisationnelles (Burnard et Bhamra, 2011 ; Linnenluecke et al., 2012 ; Tilcsik & Marquis, 2013 ; Faraj & Xiao, 2006), les crises de routines (Cohendet et Simon (2016 ; Deken et al., 2016) et les écrits sous le socle théorique de l'acteur réseau (Callon 1986, 2006; Latour 1987, 2005, 2006 ; Akrich, Callon, Latour, 2006) par sa convergence théorique de l'approche des routines avec la théorie de l'acteur réseau pour étudier un établissement de santé face à une crise pandémique, nécessitant d'actualiser un tout nouveau parcours pour les patients infectés tout en maintenant les soins et services en place. Les professionnels de santé de l'hôpital DIVN impliqués dans la gestion de la crise se sont mobilisés pour adapter un nouveau parcours de soins COVID par une consolidation d'interdépendances de routines amalgamées dans des artéfacts (protocoles, algorithmes, trajectoires) et produit par des acteurs de l'organisation. Ce nouveau parcours de soins représente la constitution du nouvel acteur réseau dans ses ramifications et ses points de maillage plantés par les acteurs émergents.

#### 6.1.1: Le maillage et l'émergence de routines interdépendantes

Nous avons observé une construction chronologique de nouvelles routines interdépendantes - à travers la lunette de l'acteur réseau - en réaction à un bouleversement organisationnel à

l'hôpital DIVN. Soudainement, les processus décisionnels et les structures formelles de l'hôpital se retrouvaient mise à l'épreuve et sujette à une obsolescence spontanée. L'approche de la théorie de l'acteur-réseau (ANT) s'est révélée comme un choix adéquat pour étudier l'émergence de routines et des acteurs qui les ont co-construites. La littérature a déjà démontré que les acteurs sont en mesure d'outrepasser les réseaux en place dans un contexte de manque de cohérence et/ou d'équilibre et que les innovations se développent au gré des alliances et de l'arborisation de ces réseaux (Denis et al. 2007). Selon cette perspective, une innovation ou une décision stratégique se construit conditionnellement à (1) un effort de mobilisation des acteurs centraux, aussi appelés traducteurs dans le lexique ANT, envers d'autres participants ou envers des entités non-humaines et (2) par un besoin des traducteurs de positionner et camper un langage commun déchiffrable entre les acteurs et favorable au maintien des initiatives (Denis, Dompierre, Langley et Rouleau., 2011). Notre analyse démontre que certains acteurs tout comme leurs actants ont su créer des passerelles transfrontalières en attachant des maillons neutres pour s'y positionner comme porte-parole, intermédiaires et médiateurs, mais aussi pour y loger un alliage d'actants matériels traduisant les routines pour l'ensemble des membres du réseau et pour en faciliter leur diffusion et performance en plus de favoriser le remaniement et la stabilisation des nouvelles alliances et collaborations. Les résultats établissent ce parallèle d'un rôle de traduction qu'ont respectivement joué Arnold, Dr. Bertrand, Dr. Chevalier et Diane dans l'actualisation des nouvelles routines et dans la construction du nouvel acteur réseau. Leurs efforts de traduction ont contribué à l'instauration d'un langage commun propre aux acteurs impliqués dans les démarches de réorganisation du travail. Dr. Bertrand et Diane se sont concentrés sur le développement et l'actualisation de nouveaux algorithmes et des trajectoires de soins COVID, Dr. Bertrand a également joué ce rôle d'intermédiaire en étant impliqué dans les deux SWAT TEAM du bloc opératoire et des soins intensifs. Dr. Chevalier a participé à l'actualisation de

plusieurs protocoles de soins qu'il a ensuite diffusés aux acteurs en soutien via des mécanismes de formations vidéo, de simulation et de débriefing. Arnold a finalement dispersé ses collègues au sein des différents embranchements par un travail d'ancrage des routines en plus de déployer un nouvel environnement numérique d'information et de stockage sur la COVID-19. Les porteurs de ces nouveaux concepts sont rapidement devenus des acteurs incontournables dans la lutte contre la pandémie.

Dans notre chapitre sur les assises conceptuelles, nous avons mentionné ce manque de connaissances sur comment et par quels mécanismes les acteurs d'un réseau arrivent à temporairement se dissocier ou à créer un embranchement temporaire pour faire face à un contexte turbulent. Nous savons maintenant que nos acteurs émergents ont utilisé de mécanismes adaptés aux besoins changeants de l'hôpital comme la simulation, la validation auprès de cellule de crise, la tournée des unités cliniques ou encore la formation vidéo. La constitution des SWAT TEAM au bloc opératoire et aux soins intensifs par Dr. Bertrand et Dr. Chevalier sont des manifestations d'embranchements temporaires de l'acteur-réseau en réaction à la crise. Ces espaces sont devenus des points de maillage pour les acteurs et des leviers de mobilisation et de circulation fluide des informations.

Nous sommes maintenant en mesure de proposer de nouvelles connaissances pour expliquer les apports et impacts possibles d'une reconfiguration locale et globale des routines sur la transformation d'un acteur-réseau. Latour (1991) positionne l'organisation comme un acteur-réseau et nous voyons ici le nouvel acteur-réseau consolidé par les acteurs émergents, les acteurs de soutien et l'interdépendances des routines comme étant bimodal, local et global en fonction de sa taille. Sa taille peut varier dans le temps et dépend des opérations de traductions de ses portes-paroles. C'est par une évolution du travail au niveau des routines (Deken et al.,

2016) passant d'un travail d'ancrage vers un travail de maillage puis de diffusion (voir tableau 6) que les acteurs ont progressivement pris ces rôles de traducteur et de porte-parole. Travaillant directement sur la reconfiguration de routines en interdépendances auprès des acteurs des différentes disciplines de l'hôpital, nous pouvons extraire un phénomène de globalisation des routines au fil de nos différentes périodes. De cette façon, leur travail a eu des impacts à la fois sur les crises locales et globales des routines et ces rôles relevés de traducteurs et de porte-parole en conjoncture avec l'usage de mécanismes adaptés les ont propulsés vers une reconnaissance nouvelle et une capacité d'influence pour faire face adéquatement à la crise de l'hôpital DIVN. Sur notre terrain d'études, les relations entre acteurs et rôles sont rapidement devenues indissociables et garantes de la capacité d'influence sur les cercles sociaux. Des relations entre acteur, rôle et artéfact ont également émergé dans le travail de réactualisation des routines interdépendantes. Par son rôle de gestionnaire à la Direction coordination et transversalité des systèmes (DCTAS) et son mandat organisationnel de réviser les trajectoires de soins et les flux hospitaliers, Diane est devenue responsable du travail de simulation des trajectoires COVID et de la production des documents de référence de ces trajectoires. Une anesthésiologiste en soutien à Dr. Bertrand a développé la première version de l'algorithme de prise en charge au bloc opératoire et bloc obstétrical. Son rôle est devenu légitime et acquis très rapidement et elle est demeurée la responsable de cet artéfact COVID tout au long du processus d'une soixantaine de mises à jour de ce produit de connaissance. Plusieurs théoriciens de l'ANT parlent d'une théorie d'acteurs et d'actants intercalés dans un réseau, mais Greimas (1966) s'est depuis longtemps opposé à cette idée. Il ajoute sa perspective d'une théorie des actants en tant que réseau. Selon cette vision holistique à laquelle nous adhérons, une trajectoire de soins est un réseau tout comme un protocole ou un environnement numérique d'apprentissage destiné à la COVID-19. Les acteurs émergents se sont donc déchargés du travail nécessaire au niveau des dimensions performatives des routines (Feldman & Pentland,

2003) en consolidant dans des artefacts les éléments ostensifs des routines interdépendantes. L'environnement numérique d'apprentissage (ENA) est éventuellement devenu le point d'entreposage des routines ostensives et les acteurs de l'organisation y avait accès en temps réel. Les acteurs émergents ont alors pu privilégier le travail de maillage et de construction de l'acteur-réseau. Callon et Latour rejettent les approches séparant l'humain du non-humain pour réconcilier une vision du monde non pas en termes de groupes sociaux, mais en réseaux. Le social est associatif et collectif soutenu par les relations et les médiations (Latour, 2006, p.37). Nous comprenons mieux maintenant comment l'usage d'artefacts peut décharger le travail d'acteurs et leur permettre de prioriser le ficelage et la construction de l'acteur réseau.

L'objectif organisationnel de produire un nouveau parcours de soins pouvant répondre à la réalité d'une pandémie au sein des murs de l'hôpital DIVN est conditionnel au dynamisme du réseau composé d'un assemblage d'interdépendances de routines, médié par des artefacts, travaillés et produits par des acteurs. La trajectoire s'est avérée un terrain fertile de recomposition des routines et de mobilisation d'un réseau plus ramifié d'acteurs. Tout comme les protocoles et les algorithmes, les artefacts ont été un point de ralliement de l'acteur-réseau et certains acteurs ont émergé pour apporter plus de valeur dans leur actualisation et leur diffusion. Initiée par l'acteur émergent Dr. Chevalier et ses collègues, La SWAT TEAM des soins intensifs se positionne comme une pierre angulaire de gestion de la crise sanitaire regroupant un ensemble d'acteurs de diverses pratiques cliniques et administratives. Au cours des trente jours de la première vague, ce groupe a simulé et actualisé 13 trajectoires de soins (e.g. Unités COVID Critiques, Transfert patient urgence vers hémodynamie, Trajectoire entre soins intensifs vers radiologie - voir tableau 4). Contribuant activement à ces trajectoires, Dr. Chevalier et Diane ont encouragé l'usage de mécanismes adaptés tel la simulation et le débriefing pour adapter directement les routines en interdépendances avec les autres membres

de la SWAT TEAM et les équipes des différentes unités et services impliqués dans les trajectoires COVID. Ces éléments apportent une constatation fort intéressante de convergence et de réconciliation de nos cadres théoriques et empiriques : La trajectoire de soins COVID est à la fois un artéfact documentant les interdépendances de routines et élément de cartographeur de l'acteur-réseau. La simulation des trajectoires de soins fut essentielle et conditionnelle à la production collaborative d'un parcours de soins adaptés à la nouvelle maladie au sein de l'hôpital DIVN. Les mouvements observés entre les acteurs pour actualiser les modes de travail concordent avec notre définition des routines dynamiques comme un ensemble de schémas médiés par des structures organisationnelles, temporelles, sociales, physiques et cognitives pouvant influencer la performance des acteurs (Pentland et Rueter, 1994). Caractérisés comme des flots d'idées, d'actions et d'effets connectés (Feldman, 2000, p.613), les routines dynamiques ont servi de filage aux acteurs émergents pour tisser et entrelacer l'acteur-réseau.

#### 6.1.2: Le travail des routines dans la constitution d'un réseau d'interdépendances

Notre analyse permet finalement d'esquisser un travail évolutif au niveau des routines. Ce travail s'appuie sur la définition de *Routine Work* de Deken et al. (2016) comme référence aux efforts des acteurs pour orienter les performances de routines vers des résultats souhaités tout en répondant aux conséquences émergentes du travail antérieur sur les routines. Ce travail se présente comme étant partagé par les acteurs émergents, mais ayant contribué globalement à l'objectif commun d'adapter un parcours de soins tout en préservant les soins et services offerts. Plusieurs données et observations sont présentées dans le chapitre des résultats ainsi que dans le tableau 4 pour appuyer cette proposition d'un travail distribué entre Arnold, Dr. Bertrand, Dr Chevalier, Diane et les acteurs de soutien. Le tableau 5 présente ce travail de routines à l'égard de la chronologie des événements ainsi qu'une définition de chaque type de travail.

Tableau 5 : Une reconstitution progressive par un travail de routines

Travail	Chronologie (périodes)	Définition
Forage	T0 et T1	Les acteurs sont en quête d'information à jour sur la nouvelle maladie. Ils évaluent l'ampleur du travail à effectuer et les besoins pour adapter leur unité et leurs routines locales. Ils adaptent localement leurs routines et leur environnement.
Ancrage	T1 et T2	Les acteurs se dispersent auprès des autres unités et services. Ils prennent connaissance des actions et du travail en dehors de leur discipline et de leur unité. Des comités pluridisciplinaires se forment. Les acteurs se positionnent dans le réseau par une implication dans les groupes de travail externes.
Maillage	T2 et T3	Un travail collaboratif et pluridisciplinaire est réalisé pour actualiser les dimensions performatives et ostensives des routines. Les artéfacts sont adaptés en groupe pluridisciplinaire et ne sont pas soumis aux processus traditionnels de validation. Des groupes tactiques sont consolidés avec pour mandat d'actualiser les routines en interdépendances. Les routines sont implantées et actualisées au gré de l'évolution de la crise. Les points de maillage facilitent l'approbation, l'efficacité et la validité du travail

Diffusion	T4	Actualisées, entérinées et développées en interdépendances de disciplines, les routines sont diffusées par des acteurs et entreposées dans des structures numériques augmentant la portée et la consultation en temps réel. En format numérique, elles peuvent rapidement être actualisées si nécessaire.
-----------	----	---

Au fil de l'évolution de la crise à l'hôpital DIVN, le travail pour actualiser les routines a transcendé les frontières des unités et services. Au cours des deux premières périodes, les acteurs sont en quête d'information à jour sur la nouvelle maladie. Ils évaluent l'ampleur du travail à effectuer et les besoins pour adapter leur unité et leurs routines locales. Ils adaptent localement leurs routines et leur environnement. La Direction de l'enseignement et de l'académie (DEAC) prend rapidement la décision de forcer le télétravail pour protéger ses équipes, les unités et services cliniques organisent localement les premières rencontres pour évaluer la situation et les besoins. Ces exemples se rapportent à un travail de *forage* des routines. Le travail d'*ancrage*, comme par exemple le déploiement des équipes d'Arnold auprès des unités cliniques ou la participation de Dr. Bertrand à la SWAT TEAM des soins intensifs dans l'optique de capter les meilleures pratiques et les avancements pour ensuite les rapatrier dans son unité du bloc opératoire, marque un point de fissure dans les frontières locales pour tendre graduellement vers la mise en place de structure informelles et composé d'acteurs diversifiées de l'hôpital. Nous savons maintenant comment le travail de *maillage* des acteurs émergents a été nécessaire pour actualiser les routines en interdépendances tout autant que les artéfacts. Un travail de *diffusion* des nouvelles routines a finalement permis à l'ensemble de l'organisation de faire face à la crise de la COVID-19 par des formations en

présentiel, in-situ, par simulation ou en ligne par vidéo ou consultation asynchrone des artéfacts à jour. La globalisation des routines a été tributaire de ce travail évolutif des acteurs émergents en collaboration étroite avec les acteurs de soutien.

## 6.2 Contributions managériales

Devant les résultats de notre analyse et le portrait global de notre démarche de recherche articulée en plusieurs étapes (e.g. observation, méthodologie, codage, recrutement), un bilan rétrospectif permet d'extraire trois constats ayant eu des influences notables dans la gestion de la crise COVID à l'hôpital DIVN. Le premier constat est que la COVID-19 est une maladie nouvelle (Greenhalgh et al., 2020) et donc que les connaissances scientifiques disponibles et les directives des agences gouvernementales et internationales sur la manière de faire face à ce virus manquaient à mesure qu'il se propageait dans le monde entier. Les cliniciens de l'organisation ont donc soudainement été forcés de réactualiser leurs pratiques cliniques et de développer de nouveaux protocoles de soins, de nouveaux algorithmes décisionnels et de nouvelles trajectoires en considérant le risque accru de contamination nosocomiale du SRAS-COV-2. Le deuxième constat est que les acteurs terrain ont réagi plus rapidement que les dirigeants. Encore une fois, par un manque de savoir sur la manière de réorganiser leurs routines, les cliniciens sur le terrain ont dû rapidement expérimenter de nouvelles manières de faire tout en révisant leurs routines existantes. Le rôle des cliniciens sur le terrain dans l'adaptation de leur propre travail était particulièrement important et davantage que les équipes administratives étant donné les découvertes continues que la recherche scientifique et gouvernementale apportait sur le virus (Manent et al., 2021, en soumission). Un nouveau parcours de soins adapté à la COVID-19 a progressivement été développé au sein de l'organisation par un travail collaboratif des acteurs en provenance de plusieurs directions cliniques et administratives. Face à l'inconnu, nous comprenons maintenant que le contexte a

favorisé l'émergence et la révélation d'acteurs ayant relevé de nouveaux rôles pour faire face à la crise. Le contexte de la pandémie est ici vu à la fois comme une rupture (Langley, 2021) et un choc (Meyer, 1982) bouleversant les pratiques anciennement légitimes pour traiter les maladies connues du savoir médical. Les équipes et les organisations n'ont pas eu le choix de réactualiser ce qui est soudainement devenu obsolète, menant alors à une crise profonde de transformation d'une véritable *cosmologie* de routines: « *A cosmology episode occurs when people suddenly and deeply feel that the universe is no longer a rational, orderly system.* » (Weick, 1993). Le troisième constat que nous sommes en mesure d'extraire de nos observations et de notre analyse est que ce choc organisationnel, dans une perspective thermodynamique, a bouleversé la matière et a catalysé de l'entropie à tous azimuts de l'hôpital DIVN. Cette entropie a produit des réactions en chaîne générant de l'espace propice à une émergence interstitielle (Meyer, 1982 ; Furnari, 2014). C'est apparemment par ces espaces que les acteurs d'intérêts de ce projet ont émergé pour produire des impacts et favoriser la capacité de l'organisation à innover et faire front commun pour développer les nouvelles routines au sein et à travers leurs unités pour gérer la pandémie.

Les données d'observation de nos premières périodes (i.e T0, T1) ont exposé un niveau faible de collaboration entre les équipes, au sein des disciplines et entre les secteurs cliniques et administratifs. On fait référence, en apparence du moins, à une structure pré-pandémique de travail divisée et circonscrite dans des pratiques de soins et services. Difficile d'imaginer comment, dans cette composition organisationnelle, les acteurs ont été en mesure de mobiliser une réorganisation globale du travail ainsi qu'un savoir collectif pour faire face à la COVID-19. En creusant dans l'histoire et la réputation érigée au DIVN au fil des années, certains piliers culturels prônant l'expérimentation et l'innovation en provenance du terrain font surface. Avant l'apparition de la pandémie, le DIVN travaillait déjà à introduire une vision dynamique

de l'organisation soutenant et accompagnant l'innovation et la créativité afin de mieux capter et concrétiser les besoins de la population. Cette vision puise ses fondements théoriques et conceptuels dans les travaux de Henry Mintzberg (2009) sur les entreprises organiques (Brunet, Malas & Fleury, 2020). On retrouve trois piliers constitutifs à ce modèle : (1) Une culture de la créativité et de l'innovation soutenue par un leadership et son concept de "*communityship*" (*i.e.* "*To stand between individual leadership on one side and collective citizenship on the other.*"', Mintzberg, 2009), (2) Une structure organisationnelle et des mécanismes agiles et (3) un réseau et un écosystème d'innovation ouverte. L'économie de ce système est sous-tendue par ces piliers et permet donc une décentralisation des initiatives d'innovation et de créativité. Les acteurs du terrain sont encouragés à proposer des approches et idées nouvelles pour améliorer les pratiques de l'organisation. La littérature traite plutôt d'unités spécifiques mandatées pour explorer de nouvelles idées et expose cette incapacité selon cette configuration de favoriser les initiatives locales des praticiens (Brown & Duguid, 2001 ; Nelson & Winter, 1982). Beaucoup de milieux et de secteurs de travail ont depuis longtemps réfléchi à leur stratégie d'amélioration continue et d'innovation selon une centralisation des ressources dédiées à l'exploration de nouvelles pratiques et à la recherche et développement (R&D). Il est assez courant de voir des organisations se structurer de manière à mettre sur pied une équipe exclusivement dédiée à la R&D jusqu'à même porter le nom du service. On parle alors de l'équipe en R&D ou des spécialistes en R&D. Prenons un exemple du côté industriel afin de mieux conceptualiser comment une culture fondée sur l'expérimentation peut démocratiser la créativité, l'innovation et décentraliser un modus operandi.

En 2017, le directeur design de Booking.com a proposé un changement radical de processus d'idéation : Tout employé de l'organisation avait maintenant le droit et la responsabilité de proposer une vision ou une amélioration du design de l'environnement numérique et ce à tout

moment. Cette proposition allait même plus loin, les employés avaient le feu vert pour expérimenter et tester leur proposition de design. Ce faisant, le site accumulait en simultanée une quantité considérable de nouveaux visuels qui étaient distribués selon une géométrie préétablie afin de collecter des données sur l'expérience utilisateur. Ces derniers n'avaient pas forcément accès au même environnement design entre leur visite sur le site de Booking.com. Cette transformation radicale des processus d'expérimentation a permis à Booking.com d'expérimenter plus de 1000 tests simultanément, culminant plus de 25000 tests par année. Cette phase de démocratisation a transformé la compagnie d'une startup allemande vers la plus importante plateforme d'accommodation au monde en moins de deux décennies. Au-delà de la performance organisationnelle, les impacts sont importants au niveau des équipes qui sont décrites comme étant portées par la curiosité, l'ouverture d'esprit, la soif d'apprentissage et la résolution de problèmes avec une grande tolérance à l'erreur (Thomke, 2020). Cet exemple décrit un environnement construit collectivement et une culture semblable au DIVN fondée sur l'expérimentation, la reconnaissance de l'initiative et l'innovation continue et ouverte. Cette culture décentralisée semble mieux prédisposée et outillée à composer dans l'ambiguïté et l'incertitude et vient appuyer notre analyse. En dépit d'un travail segmenté par services et spécialités cliniques avant la crise, les cliniciens et professionnels de l'hôpital DIVN n'ont pas hésité à se réinventer et proposer des innovations pour mieux faire face à la pandémie. Encourager l'initiative, l'expérimentation et la décentralisation des démarches d'innovation s'avèrent donc un facteur favorisant l'émergence d'acteurs d'impacts. Nous recommandons de poursuivre ce travail d'instauration d'une culture d'innovation ouverte et de mesurer ces impacts et bénéfices afin de favoriser la pérennisation et la valorisation pour l'avenir de l'hôpital DIVN.

S'adapter à une crise aussi profonde demande aux acteurs et aux organisations d'apprendre et de partager localement de nouvelles idées pour modifier leurs pratiques et répondre aux grands changements (Burnard et Bhamra, 2011 ; Linnenluecke et al., 2012). L'ensemble des réseaux de santé considérant le réseau québécois doivent composer avec un haut niveau de complexité privilégiant ainsi une priorisation axée sur la production et la prestation des soins et services et une considération moindre pour l'innovation, l'exploration de nouvelles pratiques et le développement de ses acteurs. Ces enjeux témoignent en partie du rythme lent observé dans les processus d'innovation en santé. Il reste beaucoup à apprendre et à observer la manière dont les professionnels et leurs communautés réagissent en temps de crise (Tilcsik & Marquis, 2013) ni sur les ressources utilisées pour réaliser ces changements. Les organisations doivent dépasser les modes de gestion conventionnels pour garder le rythme et proposer des modes de travail coordonnés par souplesse et agilité au détriment de structures hiérarchiques traditionnelles (Faraj & Xiao, 2006). Notre environnement interne à l'hôpital DIVN, toutefois, se détache relativement de son réseau externe de santé en termes de vision et de stratégie par sa culture d'expérimentation et d'innovation ouverte combinée à une hiérarchie démocratisée de communauté de communautés (i.e. communityship, Mintzberg, 2009). « *Communityship requires a more modest form of leadership that might be called engaged and distributed management. A community leader is personally engaged in order to engage others, so that anyone and everyone can exercise initiative.* » (Mintzberg, 2009). Nous avons observé ce mode de gestion engagé et distribué auprès des équipes de l'hôpital DIVN et une ouverture des frontières de pratiques et de spécialités en réaction à la pandémie. Des communautés se sont rapidement formées pour se partager les tâches requises et travailler en complémentarité vers cet objectif commun de maintenir les soins et services tout en adaptant un parcours de soins spécifique à la COVID-19. Nous pensons à la cellule de crise des gestionnaires et décideurs de l'hôpital qui a été mise en place dès l'annonce de l'écllosion de la pandémie au Québec. Cette

communauté a facilité l'approbation et la révision des différentes innovations proposées en provenance du terrain et des équipes. Nous pensons aux initiatives de nos acteurs émergents Dr. Bertrand et Dr. Chevalier de consolider des SWAT TEAM au bloc opératoire et aux soins intensifs. Ces communautés ont travaillé de concert en impliquant des acteurs à la frontière des différents comités facilitant la transmission des nouveaux savoirs, la validité des pratiques cliniques, des nouveaux artefacts (i.e. algorithme, protocole, trajectoire) et toute la réorganisation du travail. Porté par Arnold, le travail de forage et de dispersion des acteurs de la Direction de l'enseignement et de l'Académie (DEAC) auprès des secteurs et unités cliniques est un exemple de cette réorganisation du travail en communautés. Notre analyse à partir de l'approche de l'acteur-réseau a montré que ces communautés ont communiqué par l'entremise des SWAT TEAM qui sont des points de maillage. Les SWAT TEAM sont des espaces de points de maillage tissés par nos acteurs émergents. Les structures informelles de travail ont ainsi démontré toute leur valeur dans la gestion de la crise à l'hôpital DIVN et devraient être encouragées au-delà de la crise. Les acteurs émergents ont conçu ces espaces pour mobiliser leurs collègues, choisir leurs collaborateurs et orienter le rythme du travail. Cette tactique a manifestement porté fruit et à avantage leur émergence.

Un autre facteur décisif ayant favorisé l'émergence d'Arnold, Dr. Bertrand, Dr. Chevalier et Diane réside dans leur capacité d'exploitation de certains mécanismes d'impacts dans la gestion de la crise. Le tableau 6 résume les mécanismes les plus fréquemment observés et leurs impacts dans la lutte des équipes au DIVN face à la pandémie.

Tableau 6 - Mécanismes et impacts dans la gestion de la crise

Mécanismes	Impacts
Simulation	<p>Développement des trajectoires</p> <p>Adaptation des protocoles de soins</p> <p>Formations dans les unités de soins et les zones chaudes, tièdes et froides</p> <p>Adaptation en direct et progressif des nouvelles routines</p>
Debriefing	<p>Apprentissage dans l'action</p> <p>Partage de connaissances actualisées</p>
Cellule de crise	<p>Révision et validation accélérées du travail</p> <p>Vigie organisationnelle</p> <p>Prise de décision organisationnelle éclairée</p> <p>Rapprochement des acteurs du terrain vers les décideurs</p>
Tournée des unités cliniques	<p>Accompagnement des équipes cliniques et administratives</p> <p>Gestion des inquiétudes</p> <p>Recensement des besoins et vigie du pouls organisationnel</p> <p>Favorise la prise de décision éclairée</p>
Formation vidéo	<p>Reddition de compte en temps réel pour quantifier le % des acteurs formés</p> <p>Portée plus grande de formation</p> <p>Format asynchrone limitant les ressources nécessaires et le temps</p>

Notre analyse des résultats confirme que ces mécanismes ont servi de leviers d'émergence pour les acteurs. Au-delà d'un apport individuel, ces mécanismes ont généré des impacts facilitant

le travail des équipes et de l'organisation dans la gestion de la crise. Leurs impacts doivent faire partie des leçons apprises de cette lutte et une intégration pérenne dans les pratiques courantes devrait être considérée pour l'ensemble des acteurs de l'hôpital.

Les recherches préalables à la pandémie de la COVID-19 s'intéressant à l'innovation dans les systèmes de santé dénoncent cette capacité limitée des acteurs et des organisations à innover de manière accélérée (Cutler, Wikler, Basch, 2012; Tuckson, Edmunds, Hodgkins, 2017). Nous avons pourtant observé des acteurs, portés par une motivation endogène et intrinsèque, avec un profond désir de proposer des initiatives et de dépasser leur rôle traditionnel. Arnold, Dr. Bertrand, Dr. Chevalier et Diane ont profité des bouleversements affectant l'ensemble des structures formelles de l'hôpital en crise et ont induit progressivement un rythme d'innovation et de travail collaboratif plus efficace. Respectivement, ils ont pris l'initiative d'atténuer les structures hiérarchiques pour instaurer un climat d'horizontalité dans leurs groupes de travail. Cette similarité est très révélatrice de leur capacité d'émergence et de leur rapprochement graduel vers des objectifs communs et un travail co-développé d'adaptation des routines et des artefacts COVID. Ces constatations tendent à démontrer que l'horizontalité et l'émergence ont ce potentiel d'accélérer l'innovation d'une organisation en période de choc.

### 6.3 Limitations et considérations de validité

Fondant notre projet sur une approche qualitative de théorie ancrée, nous adoptons les critères de validité de l'adéquation, de pertinence, d'applicabilité et de modifiabilité (Glaser et Strauss, 1967) qui conviennent à notre cadre théorique des routines sous-jacent à une approche de la pratique. Pour demeurer en adéquation avec le travail de recherche empirique, avec la construction du cadre théorique et avec le processus d'analyse par codage catégorique, j'ai eu la chance de bénéficier d'un accompagnement soutenu et disponible de mon directeur de

mémoire. Nos rencontres ont permis d'orienter les réflexions et de les garder proches de la problématique de recherche et du cadre théorique. En tant qu'acteur de l'hôpital DIVN, j'ai également pu rencontrer les participants du projet de recherche après leur entretien conversationnel pour confirmer ou préciser des éléments rapportés. Ce fut un moyen efficace de maintenir une adéquation entre les constructions théoriques et les actions des acteurs pendant la lutte contre la pandémie.

Colliger plusieurs sources de données (i.e. entretiens conversationnels, données d'archives organisationnelles, artefacts COVID-19) fut une stratégie gagnante pour respecter le critère de pertinence. L'assemblage des différentes sources de données permettaient de compenser les forces et faiblesses de chacune et de bonifier la validité globale des résultats (Patton, 2003). Encore une fois, mon investissement actif sur le terrain d'études et ma participation à la gestion de crise m'ont conféré une connaissance approfondie des mouvements du terrain me permettant de mettre en évidence des éléments contextuels détaillés tout comme des éléments fondamentaux du travail observé (Langley et Abdallah, 2011).

Une phase d'analyse par codage partagé et de validation par les pairs a été réalisée avec mon directeur de recherche et une autre assistante de recherche dans l'objectif de maximiser l'applicabilité de nos construits théoriques et de demeurer ouvert au critère de modifiabilité en se dotant d'autres perspectives. Deux collaboratrices externes avec des compétences en analyse statistique quantitative ont été sollicitées pour prendre connaissance de notre méthode d'analyse et de l'agrégation de nos résultats en vue d'émettre des recommandations et des points de révision de notre approche.

Lincoln et Guba (1985) postulent d'autres critères de fiabilité des études qualitatives (i.e. la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité). La crédibilité fut respectée par un engagement actif d'une durée de presque deux ans sur ce terrain de recherche et une observation approfondie des données. Travaillant anciennement dans la Direction de l'enseignement et de l'académie (DEAC), j'ai pu bénéficier d'un accès privilégié à l'ensemble des redditions de compte des formations COVID et de tout le travail de mise à jour et de diffusion des protocoles, algorithmes et trajectoires travaillés pendant la gestion de la crise. Encore aujourd'hui, je demeure informé de toute mise à jour d'un artéfact ou d'un document en lien avec la pandémie à l'hôpital DIVN.

Une autre limite touche à la transférabilité et la généralisation. Notre approche de recherche qualitative et inductive ne se prête pas à la généralisation statistique de nos résultats, mais vise plutôt d'extraire des conceptualisations qui sont théoriquement généralisables (Feldman et Orlikowski, 2011). Toutefois, cela ne signifie pas que celles-ci soient prédictives des apprentissages de la crise et des actions futures. Nous avons suivi le parcours d'acteurs ayant réussi à transformer les routines et mobiliser un réseau de collègues dans l'hôpital. Nous ne pouvons toutefois démontrer que ces routines ont bien été implantées et qu'elles font aujourd'hui partie intégrante des processus de travail. N'oublions pas que ce projet de recherche prend place au sein d'un Centre hospitalier académique innovant qui a façonné des piliers fondateurs d'une culture encourageant l'expérimentation, l'initiative, l'agilité et l'innovation ouverte en provenance du terrain comme de l'administration. Ces facteurs sont prédisposants à une capacité de réagir adéquatement en contexte d'incertitude.

## Chapitre 7 – Conclusion

On a l'impression que la vie va de plus en plus vite, probablement parce qu'on se met de plus en plus à penser au temps qu'il nous reste.

Le rapport au temps est paradoxal. Il défile quand on l'apprécie et peut sembler interminable quand on le subit.

Alors comment l'aborder ?

The puzzle of a lifetime

 , 2021

À la lueur de tout ce travail de recherche et du rôle que j'ai eu le privilège de jouer dans la lutte contre la crise pandémique à l'hôpital DIVN, nul n'aurait pu prévoir un tel choc pour notre réseau de santé. Cette crise pandémique de l'éclosion du virus SARS-COV-2 a demandé un travail colossal aux acteurs de l'hôpital de revoir leurs pratiques, transformer leurs rôles et leurs espaces de travail et de faire preuve d'une grande résilience durant cette lutte. Ce choc a mis en lumière des faiblesses inhérentes du système de santé empêtré dans une abondance de structures formelles et de rouages administratifs limitant la capacité d'adaptation et d'innovation du réseau et de ses acteurs. À l'avant scène des établissements innovants et technologiques du système de santé québécois (Newsweek, 2021), le Centre hospitalier académique DIVN regroupe en un seul site le résultat d'une fusion de trois établissements hospitaliers en 2017. Pour la plupart, les équipes ont un degré de familiarité avec la convergence de processus de travail et avec les pratiques de trajectoires de soins. De plus, la direction générale accorde une grande importance et développe des ressources, des méthodes et des structures pour encourager l'expérimentation et les initiatives d'innovation en provenance du terrain. En dépit de ces piliers agiles, les équipes rapportent néanmoins une collaboration assez limitée au-delà des frontières de leurs disciplines et services. Dès l'éclosion

de la pandémie et l'annonce imminente de l'arrivée de patients infectés à la COVID-19 au DIVN, on commence à observer des rapprochements progressifs de certains secteurs mobilisés par des acteurs se proposant comme soldats de front pour la gestion de la crise. Dans la foulée des bouleversements, les processus administratifs deviennent instables et certains sont laissés de côté pour favoriser une adaptation plus organique du travail. Nous cherchons donc à investiguer l'apport de ces soldats de front rapidement auto-promu aux rangs informels de tacticiens, généraux et stratèges à en juger par la mobilisation et leurs impacts observés dans le cadre de ce projet de recherche. Ces acteurs sont ceux ayant levé la main pour en faire plus que leur rôle traditionnel à l'hôpital DIVN ne leur permet. Nous appelons ces acteurs émergents que nous définissons comme un acteur de l'organisation ayant adapté son rôle et ses pratiques professionnelles par des mécanismes et des stratégies pour accroître la portée de son influence, développer des innovations et générer des impacts et des bénéfices pour faciliter la lutte contre la pandémie. Nous sommes maintenant en mesure de fournir une réponse à notre problématique de recherche sur **Comment l'émergence d'acteurs a-t-elle influencé la reconstitution d'un réseau interdépendant de routines et l'adaptation d'un parcours de soins pour faire face à la COVID-19 à l'hôpital DIVN ?**

Nous avons démontré que la création d'espaces de structures informelles (e.g. SWAT TEAM, Cellule de crise) a favorisé le tissage de relations au sein des unités et services de l'hôpital DIVN. L'usage de ces structures et de mécanismes adaptés (e.g. simulation, debriefing, formation vidéo, ENA COVID) a permis aux acteurs émergents de galvaniser une reconstitution et une globalisation progressive des routines locales de travail distribuées entre les unités et services. Nous avons finalement établi un travail d'adaptation des routines s'étant raffiné au fil de la gestion de la crise (i.e. forage, ancrage, maillage, diffusion) et ayant joué un

rôle majeur dans la consolidation du nouvel acteur-réseau constitutif du parcours de soins adapté à la COVID-19.

L'entropie catalysée par l'éclosion de la pandémie à l'hôpital DIVN a favorisé l'émergence d'acteurs émergents suivis dans ce projet de recherche. Dans le cadre du mémoire, nous avons tracé ce processus d'émergence de quatre acteurs: Arnold de la Direction de l'enseignement et de l'académie (DEAC), Dr. Bertrand, anesthésiologiste-intensiviste au bloc opératoire et aux soins intensifs, Dr. Chevalier, intensiviste aux soins intensifs et Diane, gestionnaire de la Direction coordination transversalité et alignement des systèmes (DCTAS). Cette onde de choc a déstabilisé les structures formelles et hiérarchiques permettant aux acteurs émergents de mettre en place des agencements et des structures informelles de travail (e.g. SWAT TEAM soins intensifs, SWAT TEAM bloc opératoire, tournée des équipes DEAC). Ces structures à portée innovante ne sont pas soumises aux rouages administratifs traditionnels leur conférant une plus grande adaptabilité et la capacité d'induire de nouveaux modes de travail. Progressivement, ces structures, ou points de maillage, sont devenues des communautés de communautés, imbriquées au sein du même acteur-réseau et alignées vers un objectif commun d'actualiser un nouveau parcours de soins et services adaptés à la pandémie tout en préservant les services en place. Le travail endogène de nos acteurs émergents a servi de levier d'émergence pour nos acteurs et de vecteurs de transformation de leurs rôles et des routines auxquelles ils ont contribué. On prône maintenant une horizontalité et une motivation endogène à contribuer à la gestion de la crise. Rappelons notre constat que le terrain a réagi plus rapidement que l'organisation et que la culture d'expérimentation et d'innovation ouverte a bénéficié aux acteurs émergents les soutenant dans leur capacité d'innovation. L'horizontalité et l'émergence se révèlent des vecteurs d'accélération de l'innovation des routines pour faire face à la crise de la COVID-19.

Les acteurs émergents ont incorporé dans les plans de construction du nouvel acteur-réseau des points de maillage que sont ces structures informelles (e.g. SWAT TEAM bloc opératoire, SWAT TEAM soins intensifs, cellule de crise) pour favoriser une reconstruction collective des routines en interdépendances des rôles et disciplines. Arnold, Dr. Bertrand, Dr. Chevalier et Diane ont pris ces rôles de traducteurs et de porte-paroles entre les frontières de routines cliniques et administratives pour incarner eux-mêmes l'impact de leur proposition de structures novatrices et inciter à un travail global de réorganisation des routines en interdépendances.

Nos quatre acteurs émergents ont graduellement confectionné un travail évolutif et collaboratif (i.e. forage, ancrage, maillage, diffusion) au niveau des routines que nous avons pu suivre pendant l'évolution de la crise à l'hôpital. Ces derniers ont également été les porte-paroles et les traducteurs de mécanismes efficaces dans l'organisation locale et globale des routines (e.g. simulation, tournée des équipes, mise en place de comité de crise, environnement numérique d'apprentissage, formation par vidéo). Progressivement, les initiatives locales ont convergé vers les acteurs émergents par l'entremise de leurs structures innovantes et multi-disciplinaires pour réaliser un travail interdépendant de reconstruction d'un acteur réseau composé d'interdépendances de routines amalgamées dans des artéfacts de connaissances (i.e. protocole, algorithme, trajectoire). Les efforts de production des trajectoires de soins des acteurs émergents ont permis de tisser et d'entrelacer un nouvel acteur-réseau et un nouveau parcours de soins adapté à la COVID. Un autre impact de l'émergence de ces acteurs dans la capacité des équipes à faire face à la crise est ce phénomène observé de globalisation des routines augmentant le travail d'équipe vers cet objectif commun. Un travail de globalisation, puis de diffusion de ces dernières a donné un avantage aux équipes de pouvoir implanter les routines,

les documenter dans des artefacts, les entreposer dans des espaces numériques pour maintenir la capacité de les partager et de les adapter.

Cette recherche contribue à notre compréhension des processus de gestion de grands changements organisationnels en réaction à des secousses environnementales ou des catastrophes naturelles. Nos observations démontrent que c'est dans l'instabilité des structures formelles et hiérarchiques que peuvent émerger de nouveaux acteurs par la proposition d'innovations répondant à des problématiques ou des besoins criants. La mise en place de nouvelles routines et de structures informelles pour dépasser les frontières organisationnelles de disciplines et les rouages administratifs est un facteur favorable de gain en efficacité, en collaboration et en capacité innovante. L'horizontalité et l'émergence se révèlent comme étant des accélérateurs de l'innovation.

Cette recherche contribue également à la littérature sur la théorie de l'acteur-réseau (*Actor Network Theory, ANT*) (Callon 1986, Latour 1987, 2005) qui a déjà démontré que les acteurs peuvent excéder les réseaux en place face à une période de déséquilibre et que les innovations sont influencées par les alliances et l'arborisation d'un réseau d'acteurs (Denis et al. 2007). Nous savons maintenant que l'usage de mécanismes adaptés à un contexte de crise peuvent faciliter les embranchements temporaires de l'acteur-réseau en intégrant des points de maillage. Nous savons également qu'un travail évolutif au niveau des routines supporte la reconfiguration en interdépendances et peut appuyer la gestion d'une crise locale comme globale. Les efforts d'actualisation du travail correspondent à la définition des routines dynamiques comme un ensemble de schémas médiés par des structures organisationnelles, temporelles, sociales, physiques et cognitives pouvant influencer la performance des acteurs (Pentland et Rueter, 1994). Les routines dynamiques servent donc de ressources aux acteurs à

la fois pour tisser et entrelacer un acteur-réseau en construction. Nous contribuons finalement à la compréhension du rôle que peut jouer l'artéfact pour l'acteur dans sa quête de légitimité et de diffusion d'une nouvelle routine. Lorsque stabilisé, l'artéfact permet de décharger l'acteur, mais un travail itératif et une relation de proximité entre l'acteur et l'artéfact peut s'avérer nécessaire en fonction de l'instabilité de l'environnement.

Il serait finalement très intéressant de poursuivre ce travail de réflexion sur la relation entre acteurs émergents et artéfacts. Nous pourrions alors poser notre regard attentif sur le positionnement des acteurs émergents, sur la pérennisation des routines développées en interdépendances et si les artéfacts sont encore pertinents et utilisés comme produits de connaissance et de pratiques de soins. Inspiré par l'apport de Schatzki (2012) qui considère que plusieurs travaux mobilisant une théorie de la pratique ancrée dans la théorie structurationniste ont pris trop de distance avec l'acteur ou encore que l'acteur est pris pour acquis dans la routine. De cette position, j'ai voulu concentrer ce travail de recherche sur les acteurs et sur les facteurs endogènes et agenciels de leur émergence et de leur rôle clé dans la constitution de nouvelles routines et de nouvelles relations d'interdépendance. La dimension endogène est omniprésente dans ce travail de recherche grâce à la perspective ANT qui a permis de tracer cette émergence des routines. Toutefois, le travail de développement d'artéfacts et de consolidation d'un nouvel agencement interdépendant de routines est un processus d'explicitation d'un substrat endogène. Le travail des acteurs non-humains et des actants a donc été considéré, mais une analyse approfondie des dynamiques humaines et non-humaines pourrait être pertinente. En tentant de conserver un équilibre entre ces deux éléments de matière à l'étude, l'analyse a révélé des impacts artéfactuels dignes d'une enquête minutieuse et investie. La table est mise !

## Bibliographie

Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (Eds.) 2006. *Sociologie de la traduction : Textes fondateurs*. Paris : Presses des Mines.

Amin, Ash et Patrick Cohendet (2004). *Architectures of knowledge firms, capabilities, and communities*, Oxford ;, Oxford University Press.

Arrow K. J. [1986], "Rationality of Self and Others in an Economic System", *Journal of Business*, vol. 59 (4), trad. franç. : "De la rationalité - de l'individu et des autres - dans un système économique", *Revue Française d'Economie*, Vol II (1), hiver 1987, p. 22 à 47.

Ashforth BE, Fried Y (1988) The mindlessness of organizational behaviors. *Human Relations* 41(4):305–329.

Beam, A. L., Manrai, A. K., & Ghassemi, M. (2020). Challenges to the reproducibility of machine learning models in health care. *Jama*, 323(4), 305-306.

Becker MC, Lazaric N, Nelson RR, Winter SG (2005) Applying organizational routines in understanding organizational change. *Indust. Corporate Change* 14(5):775–791.

Bechky BA (2003) Sharing meaning across occupational communities: The transformation of understanding on a production floor. *Organ. Sci.* 14(3):312–330.

Bencherki, N. (2017). Actor–Network Theory. In *The International Encyclopedia of Organizational Communication* (pp. 1-13).

Bhamra, R., Dani, S., & Burnard, K. (2011). Resilience: the concept, a literature review and future directions. *International Journal of Production Research*, 49(18), 5375–5393.

Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (1992). *Réponses: pour une anthropologie réflexive*. Seuil.

Boutin, G. (2018). *L'entretien de recherche qualitatif : théorie et pratique* (2e édition). Presses de l'Université du Québec.

Brown JS, Duguid P (1991) “Organizational learning and communities-of-practice: Toward a unified view of working, learning, and innovation”. *Organization Sci.* 2(1):40–57.

Brown JS, Duguid P (2001) “Knowledge and organization: A social-practice perspective”. *Organ. Sci.* 12(2):198–213.

Brunet, Fabrice, Kathy Malas et Danielle Fleury (2020). « A model of an agile organization designed to better manage the covid-19 crisis », *Healthcare Management Forum*.

Bucher, Silke et Ann Langley (2016). « The interplay of reflective and experimental spaces in interrupting and reorienting routine dynamics », *Organization Science*, vol. 27, no 3, p. 594-613.

CALLON, M. (1986). ÉLÉMENTS POUR UNE SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION: La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année Sociologique (1940/1948-)*, 36, troisième série, 169-208. Retrieved July 3, 2021

Callon, Michel. Sociologie de l'acteur réseau In : Sociologie de la traduction : Textes fondateurs, Presses des Mines, 2006, 304 p.

Carlile PR (2002) A pragmatic view of knowledge and boundaries: Boundary objects in new product development. *Organ. Sci.* 13(4): 442–455.

Carlile, P. R. (2004). Transferring, translating, and transforming: An integrative framework for managing knowledge across boundaries. *Organization science*, 15(5), 555-568.

Charmaz, K. 2006. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Los Angeles: Sage.

Cheese, P. (2016). Managing risk and building resilient organizations in a riskier world. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*.

Cloutier, Charlotte. (2009). *Managing Opportunity, Managing Power and Managing Difference: How Nonprofits Strategically Manage Their Relationships With Funders*. PhD Thesis.

Cohen, M. D., P. Bacdayan. 1994. Organizational routines are stored as procedural memory: Evidence from a laboratory study. *Organ. Sci.* 5 554–568.

Cohen MD (2007) Reading Dewey: Reflections on the study of routine. *Organ. Stud.* 28(5):773–786.

Cohendet, P. S., & Simon, L. O. (2016). Always Playable: Recombining Routines for Creative Efficiency at Ubisoft Montreal's Video Game Studio. *Organization Science*, 27(3), 614-632.

Cooper, N. (2021). The world's best hospital 2021, *Newsweek*. <https://www.newsweek.com/best-hospitals->

2021/canada?fbclid=IwAR0zuIT9luTeM2O4MAL0JRVZbMTEQHmAIHQLWo0S2q1gEws9mUSLYqLfxfk

Corradi, Gessica, Silvia Gherardi et Luca Verzelloni (2010). « Through the practice lens: Where is the bandwagon of practice-based studies heading? », *Management Learning*, vol. 41, no 3, p. 265-283.

Cromwell, J. et Kotelly, B. (2021) A Framework for Innovation in the COVID-19 Era and Beyond, *MITSloan Management Review*

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*.

Cutler, David M. "Where are the health care entrepreneurs? The failure of organizational innovation in health care." *Innovation Policy and the Economy* 11.1 (2011): 1-28.

Cutler, D. M., Wikler, E., & Basch, P. (2012). Reducing administrative costs and improving the health care system. *New England Journal of Medicine*.

Cyert, R. M., J. G. March. 1963. *A Behavioral Theory of the Firm*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

D'Adderio L (2001) Crafting the virtual prototype: How firms integrate knowledge and capabilities across organizational boundaries. *Res. Policy* 30(9):1409–1424.

D'Adderio L (2003) Configuring software, reconfiguring memories: The influence of integrated systems on the reproduction of knowledge and routines. *Indust. Corporate Change* 12(2): 321–350.

D'Adderio, L. (2008). The performativity of routines: Theorizing the influence of artifacts and distributed agencies on routines dynamics. *Research policy*, 37(5), 769-789.

D'Adderio L (2011) Artifacts at the centre of routines: Performing the material turn in routines theory. *J. Institutional Econom.* 7(2):197–230.

D'Adderio L (2014) The replication dilemma unraveled: How organizations enact multiple goals in routine transfer. *Organ. Sci.* 25(5):1325–1350.

d'Arripe, A., Oboeuf, A., & Routier, C. (2014). L'approche inductive : cinq facteurs propices à son émergence. *Approches inductives*, 1(1), 96-124. <https://doi.org/10.7202/1025747ar>

Deslauriers, J. (1991). *Recherche qualitative: guide pratique*. McGraw-Hill, Montréal.

Deken, F., Carlile, P. R., Berends, H., & Lauche, K. (2016). Generating Novelty Through Interdependent Routines: A Process Model of Routine Work. *Organization Science*, 27(3), 659-677.

Denhardt, J., & Denhardt, R. (2010). Building organizational resilience and adaptive management. *Handbook of adult resilience*, 333-349.

Denis, J.-L., A. Langley, L. Rouleau. 2007. Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations* 60(1) 179–215.

Denis, J.-L., Dompierre, G., Langley, A., & Rouleau, L. (2011). Escalating Indecision: Between Reification and Strategic Ambiguity. *Organization Science*, 22(1), 225-244.

Dutton JE, Worline MC, Frost PJ, Lilius J (2006) Explaining compassion organizing. *Admin. Sci. Quart.* 51(1):59–96.

Duymedjian R, Rüling CC (2010) Toward a foundation of bricolage in organization and management theory. *Organ. Stud.* 31(2): 133–151.

Faraj, Samer & Xiao, Yan. (2006). “Coordination in Fast-Response Organizations”. *Management Science*. 52. 1155-1169.

Feldman, M. S. 2000. Organizational routines as a source of continuous change. *Organ. Sci.* 11 611–629.

Feldman, M.S. and Pentland, B.T. (2003). Reconceptualizing Organizational Routines as a Source of Flexibility and Change. *Administrative Science Quarterly*, 48(1): 94-118.

Feldman MS, Orlikowski WJ (2011) Theorizing practice and practicing theory. *Organ. Sci.* 22(5):1240–1253.

Feldman MS, Worline M, Baker N, Lowerson V (2013) Routines, disruption and the temporalities of continuity. Presentation, European Group of Organization Studies (EGOS), Brussels, Belgium, July 5, Montreal, Canada.

Fisher, M. (2000). *Le millionnaire*. interforum editis.

Furnari, Santi (2014). « Interstitial spaces: Microinteraction settings and the genesis of new practices between institutional fields », *Academy of Management Review*, vol. 39, no 4, p. 439-462.

Gersick, C. J., J. R. Hackman. 1990. Habitual routines in task performing groups. *Organ. Behavior Human Decision Processes* 47 65–97.

Gherardi, S. (2016). To start practice theorizing anew: The contribution of the concepts of agencement and formativeness. *Organization*, 23(5), 680-698.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.

Glouberman S, Zimmerman B. *Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like?* Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002

Goodman, L. A. (1961). Snowball Sampling. *The Annals of Mathematical Statistics*, 32(1), 148–170.

Greimas, A.J. (1966). Éléments pour une théorie de l'interprétation du récit mythique, *Communications*, 8 (8), 28-59.

Grenier, C., & Berardini-Perinciolo, J. (2015). Le manager hybride, acteur-passeur et acteur-clôture aux frontières institutionnelles. *Analyse d'un médecin-chef de pôle hospitalier. Revue française de gestion*, 41(250), 125-138.

Grodal, Stine, Michel Anteby et Audrey L. Holm (2021). « Achieving rigor in qualitative analysis: The role of active categorization in theory building », *Academy of Management Review*, vol. 46, no 3, p. 591-612.

Hlady Rispal, M. (2002). *La méthode des cas : application à la recherche en gestion*. Bruxelles : De Boeck.

Hanefeld, J., T. Powell-Jackson et D. Balabanova (2017). « Understanding and measuring quality of care: Dealing with complexity », *Bull World Health Organ*, vol. 95, no 5, p. 368-374.

Hannan MT, Freeman JR (1984) Structural inertia and organizational change. *Amer. Sociol. Rev.* 49(2):149–164.

Hendry J, Seidl D (2003) The structure and significance of strategic episodes: Social systems theory and the routine practices of strategic change. *J. Management Stud.* 40(1):175–196.

Howard-Grenville, J. A. (2005). The Persistence of Flexible Organizational Routines: The Role of Agency and Organizational Context. *Organization Science*, 16(6), 618-636.

Howard-Grenville, J. A., & Carlile, P. R. (2006). The incompatibility of knowledge regimes: consequences of the material world for cross-domain work. *European Journal of Information Systems*, 15(5), 473-485.

Kalpokaite, N., & Radivojevic, I. (2019). Demystifying Qualitative Data Analysis for Novice Qualitative Researchers. *The Qualitative Report*, 24(13), 44-57.

Kaufmann, J.- C. (2001). *Ego : pour une sociologie de l'individu*. Paris : Nathan

Kislov, R., Hyde, P., & McDonald, R. (2017). New game, old rules? Mechanisms and consequences of legitimation in boundary spanning activities. *Organization Studies*, 38(10), 1421-1444.

Knorr Cetina, K. 1997. Sociality with objects. *Theory, Culture Soc.* 14(4) 1–30.

Lampel, J., Bhalla, A. & Jha, P. P. (2014). Does governance confer organisational resilience? Evidence from UK employee owned businesses. *European Management Journal*, 32(1), pp. 66-72

Langley, Ann, Kajsa Lindberg, Bjørn Erik Mørk, Davide Nicolini, Elena Raviola et Lars Walter (2019). « Boundary work among groups, occupations, and organizations: From cartography to process », *Academy of Management Annals*, vol. 13, no 2, p. 704-736.

Langley, A. (2021). Pistes conceptuelles et méthodologiques pour la recherche en temps de rupture [présentation d'un conférencier invité]. Département de management, HEC Montréal.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. 1985. *Naturalistic Inquiry*. London, UK: Sage.

Fachin, F.F. & Langley, A. (2018) Researching organizational concepts processually: The case of identity, In C. Cassell, A. Cunliffe & G. Grandy (Eds.) *SAGE Handbook of Qualitative Business and Management Research Methods*, 308-327, London, UK: Sage Publications

Langley, A. (2021) What is “this” a case of? Generative theorizing for disruptive times, *Journal of Management Inquiry*, 30(3): 251-258

Langley, A. (1999) Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review*, 24(4): 691-710

Latour B (1987) *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society* (Harvard University Press, Boston).

Latour, B. (1991). *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*, Paris, La Découverte, « L'armillaire ».

Latour, B. (1999). On recalling ANT, Law. J. Hassard, ed. *Actor Network Theory and After*. Blackwell Publishing, Oxford, UK, 15–25.

Latour B (2005) *Reassembling the Social—An Introduction to ActorNetwork-Theory* (Oxford University Press, Oxford, UK).

Latour, B. (2006). *Changer de société. Refaire de la sociologie*, Paris, La Découverte, 2006, 62(1). 401

Lengnick-Hall, Cynthia A., Tammy E. Beck et Mark L. Lengnick-Hall (2011). « Developing a capacity for organizational resilience through strategic human resource management », *Human Resource Management Review*, vol. 21, no 3, p. 243-255.

Levinthal, D., & Rerup, C. (2006). Crossing an apparent chasm: Bridging mindful and less-mindful perspectives on organizational learning. *Organization science*, 17(4), 502-513.

Lewin, K. (1946). *Action Research and Minority Problems. Journal of Social Issues*, 2(4), 34–46

Linnenluecke, M. K., Griffiths, A., & Winn, M. (2012). Extreme weather events and the critical importance of anticipatory adaptation and organizational resilience in responding to impacts. *Business Strategy and the Environment*, 21(1), 17–32.

Mandl, K. D., & Kohane, I. S. (2012). Escaping the EHR trap—the future of health IT. *N Engl J Med*, 366(24), 2240-2242.

Manent, M. & al (2021). Reconfiguring knowledge development activities and work practices in the face of a pandemic crisis: The case of a COVID-19 designated hospital [document soumis pour publication]. Direction générale, Centre de recherche de l'Université de Montréal.

Mangolte, Pierre-André . *Le concept de "routine organisationnelle" entre cognition et institution*. Economies et finances. Université Paris-Nord - Paris XIII, 1998. Français.

March, J. G., H. Simon. 1958. *Organizations*. Wiley, New York.

Meyer, A. (1982). Adapting to Environmental Jolts. *Administrative Science Quarterly*, 27(4), 515-537.

Mintzberg H. *Tracking Strategies: Toward a General Theory*. Oxford University Press Inc; 2007.

Mintzberg, H. (2009). Rebuilding companies as communities. *Harvard Business Review*, 87(7).

Mishler, E.G. (1991). *Research Interviewing. Context and narrative*. Cambridge : Harvard University Press.

Mukamurera, J., Lacourse, F. & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138

Nadel, S. F. (1970) *La Théorie de la structure sociale*, traduction et présentation de Jeanne Favret, collection « Le sens commun », *Éditions de Minuit*, Paris.

Nelson R. R. et Winter S. G. [1982], *An Evolutionary Theory of Economic Change*, Harvard University Press.

Nicolini, Davide, Jeanne Mengis et Jacky Swan (2012). « Understanding the role of objects in cross-disciplinary collaboration », *Organization Science*, vol. 23, no 3, p. 612-629.

Ochs, E. (1997). Narrative. Dans Teun Van Dijk (Ed.), *Discourse as structure and process* (pp. 185-207). London : Sage.

O'Mahony, S. and Lakhani, K.R. (2011), "Organizations in the Shadow of Communities", Marquis, C., Lounsbury, M. and Greenwood, R. (Ed.) *Communities and Organizations (Research in the Sociology of Organizations, Vol. 33)*, Emerald Group Publishing Limited, Bingley, pp. 3-36.

Orlikowski, W. J. 2002. Knowing in practice: Enacting a collective capability in distributed organizing. *Organ. Sci.* 13(3) 249–273.

Orlikowski, W. J. 2007. Sociomaterial practices: Exploring technology at work. *Organ. Stud.* 28(9) 1435–1448.

Ortiz-de-Mandojana, N., & Bansal, P. (2016). The long-term benefits of organizational resilience through sustainable business practices. *Strategic Management Journal*, 37(8), 1615–1631.

Parmigiani A, Howard-Grenville JA (2011) Routines revisited: Exploring the capabilities and practice perspective. *Acad. Management Ann.* 5(1):413–453.

- Patton, M. Q. 2003. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pentland, B. T., H. H. Rueter. 1994. Organizational routines as grammars of action. *Admin. Sci. Quart.* 39 484–510.
- Salvato C (2009) Capabilities unveiled: The role of ordinary activities in the evolution of product development processes. *Organ. Sci.* 20(2):384–409.
- Schatzki, T. R. (2012). A primer on practices: Theory and research. In *Practice-based education* (pp. 13-26). Brill.
- Sele, K., & Grand, S. (2016). Unpacking the Dynamics of Ecologies of Routines: Mediators and Their Generative Effects in Routine Interactions. *Organization Science*, 27(3), 722-738.
- Sewell, W. H. 1992. A theory of structure: Duality, agency, and transformation. *Amer. J. Sociology* 98 1–27.
- Sgourev, S. V. (2013). "How Paris Gave Rise to Cubism (and Picasso): Ambiguity and Fragmentation in Radical Innovation." *Organization Science* 24(6): 1601-1617.
- Streeck, J., & Mehus, S. (2005). Microethnography: The study of practices. *Handbook of language and social interaction*, 381-404.
- Suddaby, R. (2006). From the editors: What grounded theory is not. *Academy of management journal*, 49(4), 633-642.
- Thomke, S. (2020) Building a culture of experimentation. *Harvard Business Review*. March-April, 40-48.
- Tilcsik, A., & Marquis, C. (2013). Punctuated generosity: How mega-events and natural disasters affect corporate philanthropy in US communities. *Administrative Science Quarterly*, 58(1), 111-148.
- Tuckson, R. V., Edmunds, M., & Hodgkins, M. L. (2017). Telehealth. *New England Journal of Medicine*, 377(16), 1585-1592.
- Turner SF, Rindova V (2012) A balancing act: How organizations pursue consistency in routine functioning in the face of ongoing change. *Organ. Sci.* 23(1):24–46.
- Vincent, Diane (2003). « Les enjeux de l’analyse conversationnelle ou les enjeux de la conversation », *Revue québécoise de linguistique*, vol. 30, no 1, p. 177-198.

Wagner, I., & Wodak, R. (2006). Performing success : identifying strategies of self-presentation in women's biographical narratives. *Discourse & Society*, 17(3), 385-412.

Walsh, I. & Renaud, A. (2010). La théorie de la traduction revisitée ou la conduite du changement traduit. Application à un cas de fusion-acquisition nécessitant un changement de Système d'Information. *Management & Avenir*, 39, 283-302.

Weick, K.E. (1993). The Collapse of Sensemaking in Organizations: The Mann Gulch Disaster Author(s): *Administrative Science Quarterly*, Dec., 1993, 38 (4), 628-652.

Weick, K. E., K. M. Sutcliffe, D. Obstfeld. 1999. Organizing for high reliability: Processes of collective mindfulness. *Res. Organ. Behavior* 21 81–123.

Winter SG (2000) The satisficing principle in capability learning. *Strategic Management J.* 21(10–11):981–996.

Wright, Alex (2013) : <https://journals.openedition.org/sds/369> (routines organisationnelles)

Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4th Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage

Zerbib, O. (2019). 5. *L'innovation comme traduction (Module 2 "Sociologie de l'innovation")* [vidéo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=UEEzaX1JsFM&t=14s>.

Zollo M, Winter SG (2002) Deliberate learning and the evolution of dynamic capabilities. *Organ. Sci.* 13(3):339–351.

# Annexes

## ANNEXE 1: GUIDE D'ENTRETIEN

### PROTOCOLE DE DÉPART DES ENTREVUES

Projet macro : Il s'agit d'une étude examinant comment la crise COVID-19 a changé la façon dont les professionnels de la santé utilisent la technologie, innovent, partagent des idées, résolvent des problèmes et mènent leur travail.

Question de mémoire : Comment l'émergence d'acteurs a-t-elle influencé les capacités d'innovation et de faire face à la crise de la COVID-19 ?

Tous les participants seront confidentiels et leurs organisations seront rendues confidentiels

Ai-je l'autorisation d'enregistrer cette entrevue?

Pourrais-je vous demander votre consentement pour participer à cette entrevue ?

### 0. Identification et rôles

0.1 En contexte habituel (donc pré-COVID), quel est votre rôle dans l'hôpital où vous travaillez normalement et votre affiliation professionnelle ?

#### Brise-glace

*Selon vous, pourquoi avez-vous été identifié comme répondant à cette entrevue en vous basant sur les visées de ce projet de recherche ?*

### 1. La crise vécue des coulisses de l'hôpital

1.1 Êtes-vous capable de remonter jusqu'à l'éclosion de la première vague et de m'exposer comment l'annonce a été reçue dans votre unité et auprès de vos collègues, mais aussi comment vous avez réagi ?

1.2 Qu'est-ce qui a changé dans votre rôle et votre travail ? Dans vos relations avec collègues et patients ?

1.3 Au fil des semaines, avez-vous pu reprendre le contrôle de vos rôles et de votre travail ? Si oui, comment avez-vous fait ? Et si non, quels éléments vous ont empêché de reprendre ce contrôle ?

1.4 Quels sont les impacts actuels de la crise sur vos rôles et votre travail ? Sur vos relations avec vos collègues au sein et à l'extérieur de votre unité/département ?

### 2. L'accès aux connaissances actualisées

2.1 Où et comment allez-vous chercher les plus récentes informations sur la maladie ?

2.2 Quel(s) mécanisme(s) avez-vous utilisé pour favoriser le partage des connaissances avec vos collègues ?

2.3 Étiez-vous impliqué dans un groupe ou une équipe ayant un accès disons "privilegié" aux plus récentes informations sur la maladie ? Si oui, lequel ou lesquels ?

*Énoncé de recadrage (Au besoin) : Les sociétés savantes ont été prises au dépourvu, car la situation évoluait tellement rapidement et il s'agit d'une nouvelle maladie...Diriez-vous que le savoir scientifique tardait à arriver pour vous soutenir dans la gestion de la crise ?*

### 3. La légitimité et les jeux de pouvoirs

3.1 Comment votre secteur s'est organisé pour faire face à la crise ?

3.2 La gestion/fonctionnement de votre secteur avant la crise était-elle semblable à celle pour gérer la crise ? Si non, comment est-elle différente ?

3.3 Avez-vous observé des modifications aux principes de hiérarchie dans vos secteurs professionnels entre avant et pendant la crise ? Si oui, lesquelles ?

3.4 Diriez-vous que vous avez pris part aux changements apportés sur les processus de gestion dans vos secteurs de travail ? Si oui, comment (e.g. collaboration/affiliation, communication/canaux, innovation, gestion transversale/pluri-sectorielle?)

3.5 Pour faire face à la crise, avez-vous déployé des processus de gestion plus transversaux et disons "partagés" par plusieurs secteurs ? Si oui, lequel ou lesquels ? Si oui, pourriez-vous m'exposer comment ces nouveaux processus se distinguent de l'avant crise ?

*Énoncé de recadrage (Au besoin) : En partant du postulat que le terrain a réagi plus vite que l'organisation ou la direction. Au DIVN, on observe au sein des équipes un phénomène insidieux de rééquilibrage partiel des jeux de pouvoir.*

#### **4. L'émergence pour faire face à la crise**

4.1 La crise sanitaire a-t-elle affecté vos rôles et responsabilités ?

4.2 Avez-vous été appelé à prendre de nouveaux rôles ? Si oui, lequel ou lesquels ?

4.3 Pourriez-vous me raconter comment vous avez fini par porter ce ou ces nouveaux rôles ?

4.4 Quels types de ressources (e.g. infrastructure, matériel de soins, logiciel, technologie, protocole, communautés virtuelles, médias sociaux) avez-vous mobilisé ou utilisé dans vos nouveaux rôles ?

4.5 Selon vous, quels ont été les impacts de vos nouveaux rôles sur la gestion de la crise ?

4.6 Ce nouveau rôle vous a-t-il conféré des affiliations envers un autre secteur ou une autre équipe ? Si oui, pourriez-vous m'expliquer davantage ? Comment avez-vous usé de cette affiliation ?

4.7 Cette ou ces affiliations sont-elles encore présentes aujourd'hui ? Aurait-elle été possible avant la crise ? Pourquoi ?

4.8 Pourquoi, selon vous, vous avez été appelé à prendre ce ou ces nouveaux rôles ?

*Énoncé de recadrage (Au besoin) : Pour faire face à l'environnement en constant changement, une nouvelle capacité d'influence émerge : Une influence alors construite par la capacité et acquise dans l'action et au-delà de l'égide politique ou hiérarchique.*

#### **5. L'après-crise**

5.1 Qu'advient-il de votre nouveau rôle ayant émergé pour faire face à la crise sanitaire ?

5.2 Que peut-on apprendre des impacts de ces nouveaux rôles sur l'avenir de vos pratiques professionnelles ?

5.3. Quel(s) changement(s) souhaitez-vous voir se poursuivre après la crise, lorsque les opérations normales reviendront ?

#### **6. Compléments**

6.1. Avez-vous d'autres personnes à qui vous nous recommandez de parler dans le cadre de cette recherche ?

6.2 Quel(s) conseil(s) donneriez-vous à d'autres professionnels de la santé travaillant en ces temps de crise ?

6.3. Quelle(s) question(s) devrions-nous poser à d'autres personnes dont nous n'avons pas parlé ?

## ANNEXE 2 : COURRIEL DE SOLLICITATION AU PROJET

Bonjour,

Nous vous contactons pour vous inviter à participer à notre recherche sur l'émergence d'acteurs au DIVN ayant pris de nouveaux rôles par le contexte turbulent et leurs impacts sur la gestion de la crise de la COVID-19. Ce projet de recherche s'inscrit dans une démarche globale visant à explorer et comprendre comment les professionnels ont adapté et innové leurs pratiques pour faire face à la crise pandémique. Cette étude permettra notamment de mieux déterminer et comprendre les catalyseurs et les défis associés à l'innovation et la transformation des pratiques cliniques et organisationnelles dans cette période de crise pandémique pour favoriser les réponses ultérieures.

Souhaitez-vous participer à notre étude ? Étant donné votre implication importante dans la réponse à la crise pandémique actuelle, nous espérons pouvoir réaliser une entrevue virtuelle de 40 à 45 minutes avec vous, selon votre disponibilité. À noter que la participation à cette étude se fait sur une base volontaire et à titre individuel. À cet effet, les CER du CRDIVN et de HEC Montréal ont approuvé la nature de cette approche pour la collecte de données.

Voici ci-dessous les informations du projet de recherche et la marche à suivre pour y participer.

Si vous êtes [intéressé.es](#) et que vous acceptez de participer:

- Vous trouverez en pièce jointe les engagements de confidentialité de notre équipe de recherche, incluant une description plus détaillée du projet de recherche. Vous pouvez indiquer votre consentement par signature, par courriel ou verbalement au début de l'entrevue.
- Si vous souhaitez participer à cette recherche, veuillez suivre ce lien pour y trouver une liste des plages horaires disponibles: [https://calendly.com/simon-reeves\\_entrevue-sur-acteurs-emergents-innovation-covid-DIVN](https://calendly.com/simon-reeves_entrevue-sur-acteurs-emergents-innovation-covid-DIVN)
- En suivant ce lien, vous serez dirigé vers une liste de plages horaires ouvertes pour effectuer l'entrevue. Vous pourrez sélectionner la plage horaire (sélectionnez une seule plage horaire) qui convient le mieux à votre horaire et vos disponibilités. En sélectionnant cette plage horaire, vous réservez automatiquement ce moment de rencontre avec un membre de notre équipe de recherche.
- Lorsque vous aurez sélectionné une plage horaire, vous recevrez une confirmation automatique par email incluant le lien Zoom spécifique à la rencontre pour votre entrevue. Ce courriel de confirmation vous permettra également de replanifier une rencontre si votre horaire était amené à changer. À noter qu'il est possible que cette confirmation se trouve dans vos courriers indésirables.

Pourquoi nous vous sollicitons?

- Nous vous contactons concernant un projet de recherche visant à comprendre la manière dont certains acteurs du DIVN ont transformé leurs rôles en période de crise de la COVID-19 pour innover, partager leurs idées et mieux exercer leur travail. Cette recherche est effectuée par le DIVN en partenariat avec HEC Montréal.

- Nous vous contactons, car nos recherches sur le terrain d'études ont démontré que vous auriez personnellement adapté vos rôles durant la crise de la COVID-19 et nous aimerions explorer avec vous la genèse, les mécanismes et les impacts de ces nouveaux rôles.

#### C'est quoi?

- Il s'agit d'une étude qualitative inductive majoritairement basée sur la conduite d'entrevues auprès de professionnels du milieu de la santé ayant été impliqués dans l'offre de services de santé en temps de COVID-19.
- Vous avez été sélectionné comme participant à cette recherche étant donné votre implication importante au cours de cette période de crise et la transformation de vos rôles en cette période.

#### Par qui?

- Notre équipe est constituée de Kathy Malas du DIVN, Karl-Emanuel Dionne, professeur adjoint à HEC Montréal et Simon Reeves, conseiller en innovation à l'École de l'intelligence artificielle en santé du DIVN et candidat à la M.Sc. en développement organisationnel à HEC Montréal.
- Nous souhaitons capturer comment certains professionnels ont développé de nouvelles idées (les improvisations, la planification rapide et les solutions de contournement qu'ils mobilisent), ont transformé leurs pratiques pour s'adapter aux enjeux de la COVID-19 et traversé les frontières professionnelles et hiérarchiques existantes pour accroître leurs capacités de collaboration et d'innovation, évalué ces innovations et partagées ces initiatives plus largement.

#### Bénéfices anticipés

- Cette étude permettra notamment de mieux déterminer et comprendre les catalyseurs et les défis associés à l'innovation dans cette période de crise pandémique pour favoriser les réponses ultérieures. Une communication des résultats vous sera partagée qui vous permettra de mieux comprendre ces derniers éléments.
- Cette étude fournira également des données qui permettront d'alimenter les vagues de planification qui suivront le pic et le déclin des opérations de crise actuels pour se préparer aux prochaines phases potentielles d'écllosion du virus et aux crises futures.
- Cette étude démontrera finalement les impacts probants de l'émergence de nouveaux rôles au-delà des rôles et responsabilités traditionnels de l'hôpital et du réseau de la santé pour mettre en lumière l'agilité organisationnelle déployée au DIVN pour faire face à la crise de la COVID-19 et comment cette agilité peut être bénéfique pour se prémunir d'une future crise.

#### Sollicitation

- Si vous êtes intéressés à participer à cette recherche, nous souhaitons vous rencontrer afin de comprendre votre perspective à ce sujet et saisir les mécanismes que vous avez mis en place et comment vous avez pu relever de nouveaux rôles.
- Cette entrevue se déroulera de façon virtuelle, via le logiciel de visioconférence Zoom et sera d'une durée d'environ 40 à 45 minutes, selon votre disponibilité.

- L'entrevue sera effectuée par Simon Reeves. Nous sommes conscients que vu la situation actuelle, vous aurez peu de temps à consacrer aux entrevues. Nous proposons ainsi un horaire flexible pour planifier les entrevues à des moments qui vous conviennent le mieux.

Nous demeurons disponibles pour répondre à vos questions.

Merci de l'intérêt que vous porterez à cette recherche.

**Simon Reeves | Conseiller en innovation à l'École de l'intelligence artificielle en santé, DIVN et candidat au grade de maîtrise en gestion - profil développement organisationnel à HEC Montréal**

**Kathy Malas | Adjointe au Président-directeur général, Pôle d'Innovation et d'intelligence artificielle et Chercheur professionnel de la santé, Axe Carrefour de l'innovation, DIVN**

**Karl-Emanuel Dionne | Professeur adjoint, HEC Montréal - Département d'entrepreneuriat et innovation**

## ANNEXE 3 : NOTES D'OBSERVATION PENDANT UNE ENTREVUE DE RECHERCHE

### Notes d'entrevue

(1:00) Nouveau rôle : axe de recherche

On a été pris par surprise, donc un gros besoin de revoir trajectoires et formations

(5:30) Bcp de collaboration avec la PCI

(10:15) Je vis encore les problèmes de la pandémie aujourd'hui

**(11:15) Se rationner est devenu une nouvelle routine**

**(11:30) Nouvelles procédures en salle, nouvelles collaborations, nouveau mode de fonctionnement, salle de commandement, + de ressources dans une salle**

La formation : beaucoup de collaboration avec les Soins intensifs

(16:20) Algorithme = travail incroyable. S14 est le visage de cet algorithme encore aujourd'hui.

S11 a mandaté les anesthésio dès le début. (Rappel du volontariat)

(22:00) Vidéo : rôle de soutien, évaluation de nouveaux produits, soutien technique (S09 a eu de multiples rôles bien au-delà de son quotidien. Par aptitude préalable) (Il devait jongler entre clinique et technique)

(26:30) Transformation des rôles = innovation -vidéo visière (J'ai été caméraman, monteur, acteur), **tout mis sur l'ENA (qqch de nouveau) : Nouvelle diffusion des routines**

**Résultats : Nous avons plus de vidéos aujourd'hui, une nouvelle routine (pour joindre un public plus large, plus grande portée)**

(36:20) Salle de contrôle (innovation), + de collaborations avec inhalos avec le bloc  
SMS (innovation) : courriel en texte

cf OPERA, système au bloc

(36:30) : J'ai surfé sur la deuxième vague pour avancer mes projets d'innovation (n=250 personnes au bloc opératoire)

(44:00) Culture de chantier

(46:00) Trajectoires développées en équipe + simulations (collaborations multiples)

(49:30) Leadership de la direction : J'ai apprécié +++ (communication terrain-clinique)|

snowball sampling

M. A

## ANNEXE 4 : NOTES D'OBSERVATION RECONSTITUÉES DU PLAN DE FORMATION COVID-19 (VERSION DU 16 AVRIL 2020)

2

### Formation au DVIN en contexte de pandémie (Covid-19)

-13 rencontres en après midi  
Et autres rencontres non-documentées en sous-comités opérationnels

Nous avons mis en place un espace spécifique à la formation Covid-19 sur notre environnement d'apprentissage numérique du (authentification avec identifiant et mot de passe et pour assurer une reddition de compte sur qui a été formé et qui doit être formé).

#### Formations interprofessionnelles par simulation in situ :

Simulations d'intubation endotrachéale in situ pour patients COVID + (unités soins critiques)

- Apprenants formés :
  - o > 300 infirmières
  - o > 40 inhalothérapeutes
  - o 23 médecins intensivistes
  - o > 50 médecins résidents

Simulations de « prone positioning » in situ pour patients COVID + avec ARDS (unités soins critiques)

- Apprenants formés :
  - o > 200 infirmières
  - o > 400 inhalothérapeutes
  - o 23 médecins intensivistes
  - o > 20 préposés

Simulations de transport de patients (unités soins critiques)

- Apprenants formés :
  - o > 200 infirmières
  - o > 40 inhalothérapeutes
  - o > 40 préposés

Simulations de RCR COVID + en cours (unités soins critiques)

#### Trajectoires simulées entre le 16 mars et le 16 avril 2020 :

Unités COVID Critiques (Soins intensifs, Unité Grands-Brûlés, Unité soins intensifs coronariens, Urgence)

1. Intervention de l'équipe d'intervention rapide au 19e Sud (unité d'hospitalisation COVID)
2. Transfert de patient urgence vers hémodynamie
3. Trajectoire de patient sur l'unité COVID de soins critiques à l'unité des Grands Brûlés
4. Trajectoire entre Soins intensifs (10e SUD) vers Radiologie (3e étage)
5. Trajectoire de patient entre l'urgence - salle de choc vers Radiologie (3e étage)
6. Intervention de l'équipe d'intervention rapide en psychiatrie
7. Urgence- salle de choc vers thrombectomie (neuro-vasculaire)
8. Trajectoire Soins intensifs vers le Bloc Opérateur et Bloc opératoire vers soins intensifs
9. Technique de radiographie pulmonaire au chevet du patient aux soins intensifs
10. Trajectoire de patient sur l'unité COVID soins critiques à l'Unité des soins intensifs cardiaques

Unités COVID non critiques

1. Salle d'accouchement vers bloc obstétrical
2. Salle d'accouchement vers salle d'opération
3. Bloc opératoire vers Salle d'accouchement (trajectoire maman et bébé)

## ANNEXE 5 : NOTES D'OBSERVATION D'UN COMPTE RENDU DE LA SWAT TEAM DU BLOC OPÉRATOIRE

Rencontre en date du 2020-04-23

### Partage d'information

- Transfert inter-hospitalier : Les ambulanciers ne peuvent circuler si transport patient COVID ou intermédiaire. Ils sont autorisés pour un cas vert. (DCTAS)
- La dernière procédure pour les patients en provenance CHSLD indique un besoin de zone jaune pour asymptomatique et rouge si symptomatique.
- Les dernières versions des documents algo et trajectoires sont publiées sur l'ENA provincial (section trajectoire)
- Diffusion globale des 3 derniers documents sur les trajectoires atypiques (à suivre)
- Les patients en transfert inter-hospitalier sont tous accueillis au premier sous-sol du pavillon D
- Uniquement les patients thrombectomie AVC passent par le garage des urgences
- Transfert inter-hospitalier : La couleur du patient est établie par le COFR et validée par le plasticien. Pris en charge par le centre référent.

Points discutés (21/04/2020)	Suivi à faire	État (23/04/2020)
Fumée chirurgicale	Produire deux documents (chirurgie ouverte, liquides biologiques) - Commenter les documents et fournir une rétroaction - Envoyer à l'ensemble des chefs de service	Le document devrait paraître dans les prochains jours sur le site du ministère - Produit par un collègue de la chirurgie au comité ministériel des salles d'opération - Recommande d'utiliser un évaluateur et aspirateur de fumée pour zone jaune et zone rouge - Orthopédie : La drille est susceptible de générer des aérosols. On ne recommande malgré tout de ne pas utiliser un N95. - Besoin de partager ce document avec S14 - À valider si cette procédure est admissible pour les jaunes et les rouges ou juste les rouges ? - Quelle catégorie de patients en chirurgie digestive devrait-on demander de porter un N95 ?
<b>Document trajectoire des patients hors-bloc</b>	Impliquer la radio et la radio-onco - Envoyer les documents à la DSP	
<b>Transfert des patients inter-hospitalier</b>	Applicable aux neurochir, chirurgie cardiaque, chirurgie vasculaire (la réimplantation ne figure pas dans cette procédure) - Valider la procédure d'accueil au premier sous-sol du pavillon D - Valider la présence d'un anesthésiologiste, un inhalo et un préposé du bloc opératoire - Valider la procédure suivante : Le chirurgien doit accepter d'accueillir le nouveau patient et par la suite assister l'anesthésiste et l'inhalo et ce en fonction du nombre de cas actuels dans l'hôpital. - Effectuer les opérations au 5 <sup>ème</sup> étage dans une zone chaude	Transfert inter-hospitalier : Les ambulanciers ne peuvent circuler si transport patient COVID ou intermédiaire. Ils sont autorisés pour un cas vert. (DCTAS) - Le COFR coordonne l'accueil du patient - On l'envoie dans une salle d'op COVID et non en salle de réveil - On ne peut pas l'envoyer dans une salle froide avec d'être évalué par un plasticien - Si le plasticien annule la chirurgie : C'est au plasticien d'organiser le retour au centre référent. -

**ANNEXE 6 : RECONSTITUTION D'UNE VERSION ARCHIVÉE DU PROTOCOLE COVID-19 SOINS CRITIQUES DÉVELOPPÉ PAR L'ÉQUIPE DE SOINS INTENSIFS (VERSION DU 5 AVRIL 2020)**

## Protocole COVID-19 SOINS CRITIQUES

**CE PROTOCOLE S'APPLIQUE POUR LES PATIENTS SUSPECTÉS OU CONFIRMÉS INFECTÉS**

Version 5 avril 2020

**Toujours vérifier que vous avez la version la plus récente. Une version de plus de 7 jours est EXPIRÉE**

L'équipe de soins intensifs

Ce document se veut être un guide initial de prise en charge globale du patient atteint de la maladie COVID-19 en condition critique. Il sera adapté de façon constante en fonction des nouvelles évidences scientifiques, de la progression de la pandémie ou de nouvelles instructions provenant d'instances décisionnelles supérieures (MSSS, Direction générale, etc.).

## ANNEXE 7 : CAPSULE VIDÉO SUR LE PROTOCOLE DE TRANSPORT COVID-19 INTRAHOSPITALIER

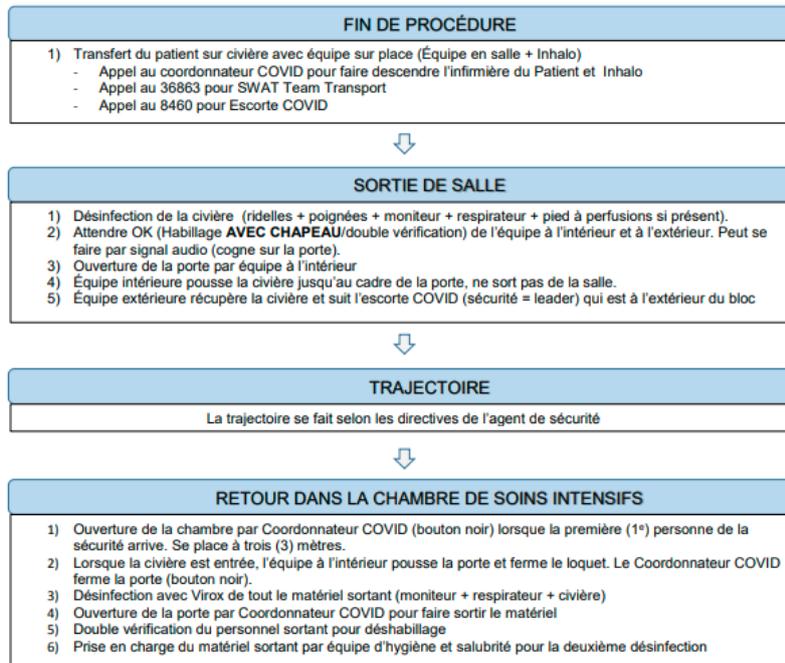
### Capsule vidéo sur le protocole de transport COVID-19 intrahospitalier

[Return to: Protocoles ↗](#)



## ANNEXE 8 : TRAJECTOIRE COVID-19 POUR UN TRANSFERT DE PATIENT EN PROVENANCE DES SOINS INTENSIFS VERS LE BLOC OPÉRATOIRE

Trajectoires COVID-19 : Bloc opératoire vers Soins intensifs



## ANNEXE 9 : SCHÉMATISATION D'UNE TRAJECTOIRE COVID EN PROVENANCE DE L'UNITÉ D'URGENCE VERS LES SOINS INTENSIFS

Urgence – Soins intensifs :

