

# Le respect des règles élémentaires : enjeu d'un management dialogique, habilitant et disciplinant

Gérard Kœnig ● Isabelle Vandangeon-Derumez ● Marie-Claire Marty  
Yves Auroy ● Jean-Paul Dumond

**Résumé.** Entre deux traditions de pensée qui posent, l'une, que la règle doit toujours être respectée (Weber, 1921), l'autre, qu'elle ne peut jamais l'être (Reynaud, 1993), la présente recherche suggère l'existence d'une troisième option, celle d'une approche contingente distinguant deux types de règles : les complexes qui ne peuvent être scrupuleusement respectées et les élémentaires qui sont censées être strictement observées. Le premier type ayant été amplement étudié, l'essentiel de cet article est consacré aux règles élémentaires et à leur mode de management. Dans le cadre d'une recherche collaborative à visée managériale menée au sein d'un hôpital francilien, nous avons étudié trois activités - la surveillance des cathéters veineux périphériques, le tri des déchets de soin et la cotation des séjours. Après avoir analysé les manquements aux règles élémentaires attachées à ces activités, nous avons proposé des actions correctrices variées en termes de fonction, de degré d'innovation et de niveau d'application. Sur ce dernier point, nous avons exploité la recommandation de Reason (1997) consistant à aborder le problème du non-respect des règles à trois niveaux différents : organisationnel, ingénierique et individuel. Alors que les interventions menées au niveau individuel ont été largement déconsidérées par les travaux portant sur les systèmes technologiques complexes, notre recherche montre leur intérêt, lorsque la relative simplicité de la situation permet d'énoncer des règles élémentaires. Sur la base des observations réalisées avant et après la mise en œuvre de nos propositions d'action, nous suggérons, pour gérer les manquements aux règles élémentaires, l'adoption d'une approche que nous qualifions de dialogique jouant sur deux registres complémentaires et antagonistes : habilitant et disciplinant.

**Gérard Kœnig**  
Institut de Recherche en Gestion  
(EA 2354), Université Paris-Est  
koenig@u-pec.fr

**Isabelle Vandangeon-Derumez**  
Institut de Recherche en Gestion  
(EA 2354), Université Paris-Est  
vandangeon@u-pec.fr

**Marie-Claire Marty**  
Hôpital ReCo  
marieclaire.marty@free.fr

**Yves Auroy**  
Hôpital ReCo  
yves.auroy@wanadoo.fr

**Jean-Paul Dumond**  
Institut de Recherche en Gestion  
(EA 2354), Université Paris-Est  
jean-paul.dumond@u-pec.fr

---

En opposition à la conception wébérienne, la littérature contemporaine suggère que les règles sont toujours incomplètes et qu'elles ne peuvent donc être suivies à la lettre. Autrement dit, la première tradition de pensée considère que la règle doit toujours être respectée, la seconde, qu'elle ne peut jamais l'être. Au cours d'une recherche menée en milieu hospitalier nous avons été confrontés à une approche contingente du rapport à la règle. Prenant ses distances par rapport aux courants précités et à leur ambition d'énoncer des propositions ayant valeur universelle, la direction de l'hôpital ReCo (pour Recherche Collaborative) considèrerait que dans certains cas, un strict respect de la règle était non seulement possible, mais également impératif. Ce point de vue était-il justifié et quelles pouvaient en être les implications managériales ? Telles sont les questions qui ont motivé la présente recherche.

L'adoption d'une approche contingente implique que le choix des solutions se fasse en fonction des caractéristiques situationnelles. Au cas présent, ce

principe nous a conduit à envisager l'existence de deux types de règles : celles que nous qualifions de « complexes », parce qu'étant incomplètes elles doivent être interprétées, et celles que nous qualifions d'« élémentaires », dont il est attendu qu'elles soient strictement respectées. Nous avons distingué ces deux types de règles selon quatre dimensions : leur énoncé (conflictuel pour les règles « complexes » vs consensuel pour les règles « élémentaires »), leur critère d'évaluation (légitimité vs efficacité), leur caractère incomplet ou non pour un acteur compétent et leur intégration systémique (forte vs faible). L'objectif de cette distinction entre deux types de règles consistait non seulement à fournir un fondement théorique aux comportements observés, mais aussi à réconcilier deux traditions de pensée.

L'étude au sein de l'hôpital Reco de trois activités - la surveillance des cathéters veineux périphériques (désormais CVP<sup>1</sup>), le tri des déchets de soin et la cotation des séjours - a comporté trois principales phases. La première a consisté à analyser les manquements aux règles dont on attendait le respect. Pour ce faire, nous avons, à la suite de Reason (1993), distingué les violations délibérées des erreurs, et nous avons différencié ces dernières sur la base du modèle Skills Rules/ Knowledge développé par Rasmussen (1983). Les phases suivantes ont consisté à proposer des actions et à en analyser les suites. A cette fin, les cadres conceptuels empruntés à Reason (1993) et Rasmussen (1983) ont été complétés et les actions distinguées selon a) leur fonction de prévention, de récupération ou d'atténuation b) leur degré d'innovation – en distinguant les innovations des améliorations c) leur niveau d'application (ou granularité) qui peut être celui de l'organisation, du couple homme-équipement ou de l'individu. Alors que les interventions menées au niveau individuel ont été largement déconsidérées par les travaux portant sur les systèmes technologiques complexes, notre recherche montre leur intérêt, lorsque la relative simplicité de la situation permet d'énoncer des règles élémentaires.

Sur la base des observations réalisées avant et après la mise en œuvre de nos propositions d'action, nous suggérons, pour gérer les manquements aux règles élémentaires, l'adoption d'une approche que nous qualifions de dialogique pour souligner qu'elle joue sur deux registres complémentaires et antagonistes : habilitant pour l'un, disciplinant pour l'autre. Les actions relevant du premier registre entendent favoriser l'apprentissage des compétences nécessaires et ménager les conditions appropriées à la conduite de l'activité. Les actions correspondant au registre disciplinant visent à canaliser les comportements au travers d'un ensemble de dispositifs dont la sanction ne constitue qu'une partie. La notion de management dialogique ne renvoie donc pas à l'idée de dialogue (Tsoukas, 2009 ; Morin, et al., 2013) ; elle correspond à une façon de penser la complexité qui, contrairement à la dialectique hégélienne, n'entend pas dépasser les contradictions radicales, mais s'attache à penser la relation à la fois complémentaire et antagoniste entre les termes de ces contradictions (Morin, 1980 : 130 ; Morin, 2008 : 17). Bien que la dialogique de l'habilitant et du contraignant ne soit pas à proprement parler inédite (Giddens, 1987 : 219), elle n'a eu, à notre connaissance, qu'un écho limité dans la littérature managériale (Perrow, 1986 : 26 et 36 ; Courpasson, 2000). La présente recherche permet donc d'exploiter au niveau de l'organisation les analyses menées par Giddens (1987) dans une perspective sociétale et d'approfondir notre connaissance des mécanismes constitutifs d'un management dialogique des règles élémentaires.

Pour mener cette recherche, nous avons adopté une démarche collaborative à visée managériale définie, comme « un processus d'enquête émergent et systématique, enchâssé dans un partenariat conclu entre des acteurs soucieux d'influencer un système d'action particulier et des chercheurs intéressés à comprendre et à expliquer de tels systèmes » (Pasmore, et al., 2008 : 13). La nature collaborative de cette recherche s'est exprimée dans la définition d'objectifs devant satisfaire les attentes des deux catégories de

1. Un glossaire complet des acronymes est disponible en annexe A.

partenaires, et dans la détermination de moyens comprenant notamment un accès privilégié à l'information et aux employés de l'hôpital. Elle s'est également traduite, et c'est là un point essentiel, dans la composition de l'équipe de recherche. Celle-ci comprenait trois chercheurs « émergés » (en poste à l'Université Paris Est) qui ont assuré une présence hebdomadaire sur le terrain, et deux chercheurs « immergés » (un professeur de médecine et un cadre supérieur de santé) qui travaillaient à temps complet à l'hôpital. Cette composition de l'équipe a eu une influence déterminante tant sur la collecte que sur l'élaboration de nos analyses. Le caractère managérial de la recherche tient au fait que, parmi les facteurs qui influencent le devenir du système étudié, une attention toute particulière a été accordée aux comportements des managers, aux méthodes de management et aux arrangements organisationnels susceptibles d'améliorer la performance du système.

## **RÈGLES, FIABILITÉ ET ERREUR : LA LITTÉRATURE REVISITÉE**

La critique radicale de la prescription fait de la règle un obstacle à la fiabilité et de la transgression de la règle un défilé obligé. Parce qu'elle revendique une portée générale, la critique radicale de la prescription ne permet pas d'envisager que dans certains cas le respect scrupuleux de la règle puisse se présenter comme un impératif. Nous montrons d'abord que de telles situations peuvent exister qui se caractérisent par la mise en jeu de règles que nous qualifions d'élémentaires. Nous développons ensuite l'idée qu'il est possible d'établir une correspondance entre les types de règles (complexe vs élémentaire) et les types d'organisation (organisations hautement fiables vs systèmes ultra-sûrs). Enfin, nous précisons le parti que nous tirons des travaux de Rasmussen (1983, 2000) et Reason (1993, 1997) dans l'analyse des erreurs et plus généralement des manquements aux règles.

### **LA CRITIQUE RADICALE DE LA PRESCRIPTION EMPÊCHE DE CONSIDÉRER LES SITUATIONS OÙ LE RESPECT SCRUPULEUX DE LA RÈGLE EST NON SEULEMENT POSSIBLE, MAIS IMPÉRATIF**

Après avoir présenté la critique radicale de l'intention prescriptive, telle qu'elle apparaît en psychologie du travail et en sociologie des organisations, nous montrons que cette critique, dont le domaine de pertinence est assurément fort étendu, est excessive au regard des fondements ergonomiques qu'elle invoque. Puis, nous introduisons l'idée qu'il est, dans certains cas, possible d'énoncer des prescriptions complètes à l'intention d'opérateurs confirmés. De telles prescriptions, que nous qualifions de règles élémentaires, peuvent, à la différence des règles complexes, faire l'objet d'un respect scrupuleux par les opérateurs. Enfin, nous critiquons la thèse suivant laquelle l'amélioration des règles passerait nécessairement par leur transgression.

#### *La critique radicale de l'intention prescriptive*

Considérée comme la figure emblématique de la prescription des conduites humaines, l'« organisation scientifique du travail » (Clot, 1995 : 122) constitue le point d'ancrage de la critique. Celle-ci trouve chez Wallon (1947 : 5) une expression précoce : « L'innovation de Taylor, qu'il trouvait toute naturelle et d'une évidence incontestable, c'est d'étendre au geste de l'homme les mêmes soucis de précision et d'économie que dans l'usage de la machine ». Anticipant

des critiques actuelles, Wallon (1947 : 6) insiste sur la visée taylorienne : « Une fois au travail, le travailleur doit être entièrement livré aux directions de celui qui l'emploie. Rien ne serait plus fâcheux que de lui laisser la moindre initiative ». Comme l'ont montré les recherches en ergonomie, cet objectif devient évidemment contre-productif « quand il faut surveiller des dispositifs de production en continu, quand l'essentiel du travail est de prévoir, de déceler, d'apprécier et de corriger des incidents dont l'importance, le type et le nombre sont très variables » (Wisner, 1985 : 3). Les travaux de Faverge (cités par Wisner, 1985 : 3) ont par ailleurs démontré que « les algorithmes de décisions, inclus dans le dispositif technique ou livrés à l'état d'instructions, et destinés à réduire ces difficultés se trouvaient brutalement hors d'emploi dans les situations même légèrement modifiées par un incident préalable et que dans ce cas, une activité heuristique était nécessaire, qui consiste à prendre des décisions selon des règles non formalisées ». Si les situations de travail sont grevées d'incidents, d'incohérences organisationnelles et d'imprévus, il ne peut exister de travail d'exécution, car il apparaît toujours un décalage entre le prescrit et la réalité concrète de la situation (Clot, 1995 : 102 ; Dejours, 2003 : 13 ; Friedberg, 1992 ; Girin & Grosjean, 1996 : 5 ; Reynaud, 1993 : 35 ). Pour éviter l'interruption de l'activité, cet écart doit être comblé et ne peut l'être que par une prise d'initiative de l'opérateur humain (Babeau & Chanlat, 2008 ; Linhart, 1994 : 78). Il s'ensuit que « travailler, c'est combler l'écart entre le prescrit et l'effectif » (Dejours, 2003 : 14), ce qui suppose de « passer par des chemins qui s'écartent des prescriptions ». « Comme ces prescriptions ont en général, pas toujours mais presque, un caractère normatif, bien travailler c'est toujours faire des infractions » (Dejours, 2003 : 15), mais « l'acceptation du rôle positif de la transgression est un stade que les discours dominants en management n'ont pas encore atteint » (Babeau et Chanlat, 2008 : 203).

#### *Une critique excessive au regard des fondements ergonomiques qu'elle invoque*

Dans un article où ils s'attachent à situer l'un par rapport à l'autre les concepts de tâche et d'activité, Leplat et Hoc (1983) considèrent que la tâche indique ce qui est à faire et emporte avec elle l'idée de prescription, tandis que l'activité renvoie à ce qui est mis en jeu par le sujet pour exécuter ces prescriptions. Ils définissent alors « la tâche comme un but donné dans des conditions déterminées » (Leplat et Hoc, 1983 : 51). Le but étant « ce qui doit être réalisé ou plus précisément l'état final », (Leplat et Hoc 1983 : 51), ils précisent qu'il doit être atteint en respectant certaines conditions relatives aux états à parcourir avant l'atteinte de l'état final, aux opérations admissibles pour parcourir ces états et à la procédure à mettre en œuvre pour ce faire. Conçue par celui qui en commande l'exécution, la tâche prescrite « préexiste à l'activité qu'elle vise à orienter et à déterminer de façon plus ou moins complète » (Leplat et Hoc, 1983 : 52-53). La description qui en est « donnée fait toujours référence – implicitement ou explicitement – à un sujet de caractéristiques déterminées. Ce qui est explicité dans la description de la tâche correspond à ce qui est censé n'être pas connu de ce sujet » (Leplat et Hoc, 1983 : 53). Pour un sujet donné, la description sera dite complète « quand elle lui permet l'exécution immédiate de la tâche sans nouvelles acquisitions préalables ». Une telle tâche « ne requerra donc du sujet qu'une activité d'exécution - c'est-à-dire de mise en œuvre d'une procédure déjà acquise » (Leplat et Hoc, 1983 : 54).

Si l'on suit Leplat et Hoc (1983), la tâche prescrite ainsi conçue n'implique aucune transgression pour être convenablement exécutée. La complétude de sa définition n'a bien sûr rien d'absolu ; elle est relative à « un certain modèle du sujet » et laisse indéterminés de nombreux aspects de la réalisation. Il semble qu'il en aille ainsi à chaque fois que la description se résume à l'énoncé du but qui est de forcer l'attention et d'éviter qu'une tâche ne soit omise. En milieu hospitalier beaucoup de tâches cruciales pour la sécurité des patients, comme

l'identification du patient ou le refus de délivrer des médicaments sur la base de prescriptions manuscrites ou orales sont de cette nature. En l'occurrence, le modèle de sujet impliqué par cette description stricto sensu de la tâche prescrite n'emporte aucune restriction quant au personnel concerné : même sans expérience un infirmier diplômé est en mesure de comprendre et d'exécuter la consigne.

Les réflexions menées sur la compétence par Dreyfus et Dreyfus (1986) et mobilisées par Frenette-Leclerc (1991) et Benner (2005) à propos du personnel paramédical, permettent d'opérationnaliser la notion de modèle du sujet. Dreyfus et Dreyfus (1986 : 50) distinguent cinq niveaux de compétences qui vont du noviciat à l'expertise. Si l'on considère le cas du personnel paramédical, l'infirmier se trouve habituellement à la fin de ses études au second stade de l'échelle de Dreyfus et Dreyfus (1986), celui de débutant avancé. Il va encore lui falloir acquérir de l'expérience pour pouvoir exécuter de manière totalement fiable et en autonomie les règles qu'il doit exécuter. Cette acquisition faite, il atteindra le stade d'opérateur compétent (Dreyfus & Dreyfus, 1986). Dans la suite de cet article, nous utiliserons pour indiquer ce niveau de compétence les expressions qui sont utilisées au sein de l'hôpital : personnel confirmé ou expérimenté.

#### *La possibilité de prescriptions complètes conduit à reposer la question de l'erreur et de la transgression*

Comme cela a été mentionné, de nombreux auteurs critiquant le taylorisme, ont soutenu l'existence d'un inévitable décalage entre le travail prescrit et la réalité concrète et ont affirmé la nécessité d'une intervention de l'opérateur pour y remédier (Linhart, 1994 : 78 ; Clot, 1995 ; Dejours, 2003 : 13 ; Terssac, 2012). Il est possible de déduire de cette analyse que « même si le travail est bien conçu, si l'organisation du travail est rigoureuse, si les consignes et les procédures sont claires, il est impossible d'atteindre la qualité en respectant scrupuleusement les prescriptions » (Dejours, 2003 : 13). Une fois acceptée la thèse que le respect scrupuleux des consignes est impossible, il est logique de postuler que « bien travailler c'est toujours faire des infractions » (Dejours, 2003 : 15) et de soutenir que « la limite entre le respect de la règle et la transgression est (non seulement) difficile à fixer, mais encore (...) largement illusoire » (Babeau et Chanlat, 2008 : 209). Dès lors que la transgression est instituée en composante obligée du travail bien fait, le salarié ne peut échapper au dilemme qui consiste à bloquer le système par un respect trop scrupuleux des prescriptions ou à courir le risque en cas d'incident de se voir accuser d'indiscipline, d'incompétence ou d'erreur (Dejours, 2003 : 16-17). Bien que fondées sur une riche empirie, ces propositions ne s'appliquent pas dans les cas où il est possible d'énoncer des prescriptions complètes au sens de Leplat et Hoc (1983). Dans ce type de situation, le respect de la règle, l'erreur et la transgression sont susceptibles d'être définies avec clarté et précision. C'est ce que montre la section consacrée au cadre d'analyse mobilisant les travaux de Reason (1993, 1997) et de Rasmussen (1983).

#### *Une typologie des règles susceptible de réconcilier tradition critique et pratiques managériales*

Partant de l'idée que la tradition critique, présentée précédemment, ne peut soutenir la portée universelle qu'elle revendique, la présente section tente d'en préciser le domaine de pertinence. Elle distingue ainsi à côté des règles complexes de la tradition critique, des règles élémentaires dont il est possible d'attendre de la part d'acteurs compétents qu'ils les respectent strictement. Afin de dégager cette typologie, deux exemples empruntés au code de la route sont mobilisés : le premier analysé par Reynaud (1993) porte sur la vitesse, l'autre sur la règle dite du stop.

Considérant la règle limitant à 90 kilomètres à l'heure la vitesse maximale autorisée par temps sec sur les routes nationales, Reynaud (1993 : 35-36) est amené à discerner derrière la règle affichée, la règle effective. Il remarque à ce propos que les automobilistes sont loin de toujours respecter la règle et que la gendarmerie l'applique d'une manière qui peut varier selon les circonstances. Reynaud (1993 : 36) en conclut qu'il existe bien « un noyau commun dans les perceptions des uns et des autres, mais qu'il est assez vague (il ne faut pas rouler trop vite) et qu'il y a d'importants désaccords sur les circonstances qui permettent de faire exception ». Il ajoute que « la régulation en vigueur n'existe pas comme une donnée constatable. Elle est en quelque sorte un compromis ou plutôt un *no man's land* entre celle que souhaitent imposer les autorités et celle que les usagers admettent ».

Considérons maintenant un second exemple : celui de la signalisation dite stop. L'article R415-6A du code de la route français stipule qu'aux « intersections indiquées par une signalisation dite stop, tout conducteur doit marquer un temps d'arrêt à la limite de la chaussée abordée. Il doit ensuite céder le passage aux véhicules circulant sur l'autre ou les autres routes et ne s'y engager qu'après s'être assuré qu'il peut le faire sans danger. Le fait, pour tout conducteur, de contrevenir aux dispositions du présent article est puni...». Aucune durée minimale n'est prescrite par la loi, mais il est impératif que le véhicule soit véritablement à l'arrêt, afin que le conducteur ait le temps d'apprécier s'il peut s'engager en fonction de la circulation et des règles de priorité.

Les règles régissant la vitesse et l'arrêt à une intersection présentent des caractéristiques distinctes. Le fait d'excéder de trois ou quatre kilomètres par heure la vitesse maximale autorisée sur route n'accroît significativement ni le risque d'accident, ni la gravité de celui-ci. L'autorité qui dispose du pouvoir de répression peut d'ailleurs indiquer qu'elle ne sanctionne pas les excès de vitesse commis lors du dépassement d'un véhicule à la raison qu'en réduisant le temps nécessaire à ce dépassement, ils peuvent contribuer à améliorer la sécurité (Reynaud, 1993 : 36). Le flou qui entoure les règles de limitation de vitesse, ne se retrouve pas dans le cas du stop : dans ce dernier cas le respect d'un temps d'arrêt est un impératif que les statistiques justifient. Selon le bilan de l'accidentalité établi pour l'année 2012 par l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (2013), le non-respect des règles de priorité (franchissement de feu tricolore ou absence d'arrêt à un stop) est un facteur majoritaire des accidents mortels.

Essayons de dégager les caractères particuliers d'une règle comme celle dite du stop, avant de les comparer à ceux envisagés par la tradition critique. Premièrement, l'origine de cette règle est à rechercher dans la poursuite du bien-être collectif et non dans l'affrontement de groupes sociaux aux intérêts divergents. Nous la qualifierons pour cette raison de consensuelle. Ceci ne signifie pas que la règle sera appliquée, mais seulement qu'il n'y a pas débat quant à la définition de la règle. Un acteur peut ainsi contester qu'il lui incombe d'assumer une tâche, par exemple de cotation des séjours, sans pour autant remettre en question les règles de codage. Deuxièmement, cette règle est efficace, comme en témoignent les statistiques de l'accidentalité routière. La réduction de cette dernière passe bien par le respect de la règle. Troisièmement, la connaissance de la règle suffit pour qu'un conducteur venant de passer son permis de conduire soit en mesure de la respecter rigoureusement en toute circonstance. Elle peut donc à ce titre être qualifiée de complète. Quatrièmement, cette règle est une partie autonome du système qu'il convient de considérer, lorsque l'on souhaite progresser dans la maîtrise du risque routier (Rasmussen & Svedung, 2000 : 24). Cela signifie qu'elle n'est couplée que de façon lâche au reste du système (Weick, 1979 : 111). Par conséquent, à la différence de ce qui se passe dans les systèmes fortement couplés de la « Normal Accident Theory » (Perrow, 1984), les difficultés ne sont pas les mêmes pour prévoir les

effets des modifications apportées à cette règle sur l'équilibre général du système où elle s'incorpore.

Nous qualifierons donc d'*élémentaire*, une règle, qui à l'instar de la règle du stop est consensuelle, efficace au regard de l'objectif poursuivi, complète du point de vue des acteurs qui doivent l'appliquer et qui se présente comme un composant autonome du système qu'il convient d'envisager pour traiter de l'ensemble du problème qui justifie la règle. Le tableau 1 compare ce type de règle à celui que visent les tenants de la tradition critique.

**Tableau 1.** Deux types de règles : élémentaires et complexes

| Type de règle             | Elémentaires | Complexes       |
|---------------------------|--------------|-----------------|
| Dimension                 |              |                 |
| Enoncé                    | Consensuel   | Conflictuel     |
| Critère d'évaluation      | Efficacité   | Légitimité      |
| Condition d'applicabilité | Complète     | Incomplète      |
| Intégration systémique    | Autonome     | Interdépendante |

La présente recherche a son origine dans la distance qui sépare les praticiens des chercheurs quant à la possibilité d'exiger le respect scrupuleux de certaines règles. Le tableau 1 suggère qu'une issue à ce désaccord pourrait reposer sur la distinction entre règles complexes et règles élémentaires. Toutefois dans la mesure où la mise à jour d'une règle élémentaire a été menée dans une situation dénuée de tout contexte organisationnel, celle de la conduite automobile, il est loisible de se demander si des règles élémentaires peuvent exister dans un cadre organisationnel. C'est un des objectifs de la recherche empirique exposée dans la suite de cet article que de répondre à cette question.

#### *La transgression des règles n'est pas une condition nécessaire de leur amélioration*

L'analyse de Leplat et Hoc (1983) montre que l'accomplissement de la tâche ne nécessite nullement que les prescriptions soient transgressées lorsqu'elles sont complètes. Cette analyse laisse toutefois entière la question de savoir si la transgression peut contribuer à l'amélioration des règles, comme le suggère Alter (2002 : 28). L'exemple du stop montre qu'il existe des règles dont la transgression ne contribue en rien à leur amélioration. Mais qu'en est-il pour les tâches qui font l'objet de la présente recherche ? Selon Tsoukas et Chia, (2002 : 573) l'organisation est tout à la fois : « une structure déterminée (i.e. un ensemble de catégories cognitives génériques bien établies) et un schéma émergent (i.e., l'adaptation constante de ces catégories aux circonstances locales) ». Elle est, selon la formule de Tenkasi et Boland (1993, cités par Tsoukas et Chia, 2002 : 576) « en perpétuel devenir parce que l'action située en (son) sein est par nature créative ». Il s'ensuit que les « catégories et les pratiques établies sont constamment sur le point de se transformer pour accueillir de nouvelles expériences » (Tsoukas et Chia, 2002 : 576). L'analyse de Tsoukas et Chia vaut assurément pour un grand nombre de situations. La question demeure toutefois de savoir si, en ce qui concerne les tâches étudiées dans cet article, une transgression peut contribuer à faire évoluer positivement le cadre catégoriel qu'elles mobilisent. Il y sera répondu dans le cours de la discussion.

## L'ORGANISATION GARANTE DE LA FIABILITÉ

Si la tradition critique de la règle tend à considérer que la fiabilité doit être obtenue en dépit de l'organisation, l'idée que l'organisation puisse être un facteur de fiabilité a donné lieu à deux approches distinctes autour des notions de haute fiabilité et d'ultra sécurité. La première approche d'inspiration interactionniste est apportée par le courant HRO (High Reliability Organizations). Dans l'ouvrage qu'ils consacrent au management de l'imprévu, Weick et Sutcliffe (2001), abordent à plusieurs reprises la question de la fiabilité dans les établissements de soin. Ils estiment que la sécurité du patient dépend dans une large mesure de la qualité des interactions entre les membres, notamment entre médecins et infirmiers (Weick & Sutcliffe ; 2001: 58, 76), et rappellent que cette qualité résulte d'interactions attentives (Weick & Roberts, 1993) et respectueuses de l'interlocuteur (Weick, 1993). Pour intéressante qu'elle soit, l'approche interactionniste avant tout préoccupée de l'élaboration du sens (sensemaking) par des acteurs confrontés à des situations équivoques, ne correspond pas au problème posé par le respect des règles élémentaires dont on a vu qu'elles étaient tout sauf équivoques. Comme le suggèrent Amalberti et al. (2005), sans doute convient-il de distinguer au sein de l'hôpital deux types de situations. L'approche HRO trouve à s'appliquer de manière efficace dans celles où l'ambition, l'audace et l'agressivité des efforts entrepris pour sauver les patients impliquent une prise de risque significative. En revanche, dans les situations exemptes d'équivocité, il paraît plus approprié de viser « l'ultra-sécurité » - typique d'activités, comme le transport aérien ou ferroviaire, dans lesquelles la probabilité de catastrophe par exposition au risque est inférieure à  $1 \times 10^{-6}$ . Etabli d'après Amalberti et al. (2005), le tableau 2 précise l'usage que l'on peut faire de ces notions d'ultra-sécurité et de haute fiabilité en contexte hospitalier.

**Tableau 2.** Typologie des systèmes hospitaliers de sécurité (d'après Amalberti et al., 2005)

| Caractéristiques  | Type de système de sécurité  |   |
|---|--|---|
|   | Les systèmes ultra-sûrs  | Les organisations à haute fiabilité   |
| Exemples d'activités  | Aviation commerciale, anesthésiologie, radiothérapie, transfusion sanguine   | Production chimique, unité de soins intensifs, bloc opératoire  |
| Buts  | Priorité à la sécurité<br>Qualité du travail protégée des pressions inacceptables  | Priorité à la production<br>Degré de sécurité aussi élevé que possible compte tenu du niveau de production imposé                                     |
| Niveau de sécurité (probabilité d'un accident par exposition au risque) | Meilleur que $1 \times 10^{-5}$ , possiblement $1 \times 10^{-6}$  | Meilleur que $1 \times 10^{-4}$   |
| Complexité de l'expertise requise                                       | Complexité limitée<br>Il est demandé aux acteurs de respecter les règles<br>Les acteurs sont interchangeables                          | Complexité potentiellement sévère<br>Les anomalies sont des défis<br>Réticence à simplifier<br>Considération pour les experts                         |
| Conscience de la situation  | Supervision interne et externe au groupe   | Supervision au sein de l'équipe et contrôle mutuel des membres  |
| Travail d'équipe  | Travail d'équipe et communication efficaces conduisant à un partage satisfaisant des tâches, des contrôles et des routines collectives | Travail d'équipe et communication efficaces avec une attention particulière à la sécurité des adaptations qui doivent être maîtrisées par les experts |

Des règles élémentaires peuvent se retrouver aussi bien dans des activités qui relèvent du modèle de l'ultra-sécurité que dans celles qui sont du ressort du modèle de la haute fiabilité. Toutefois, si l'on considère les principes qui régissent d'un côté les règles et de l'autre les modèles, une correspondance apparaît entre

les principes qui gouvernent l'ultra-sécurité (unicité du but, simplicité de l'activité, exigence du respect des règles) et ceux qui s'appliquent aux règles élémentaires. Une correspondance de même nature se retrouve entre les principes de la haute fiabilité (nécessité d'arbitrer entre des buts contradictoires, complexité de l'activité, difficulté à faire sens des situations rencontrées) et ceux attachés aux règles complexes. Ce résultat n'est pas pour surprendre. En effet, les tâches étudiées dans la présente recherche ne comportent rien d'imprévu et leur réalisation ne nécessite pas de la part d'un membre expérimenté qu'il interagisse avec d'autres membres. A l'inverse, la capacité à gérer l'imprévu, au centre de l'approche interactionniste de la haute fiabilité, repose sur la qualité de l'écoute réciproque et des échanges entre les membres. Le modèle de l'ultra-sécurité confère une importance centrale au respect des règles et, par conséquent, à ce qui le menace : les transgressions et les erreurs humaines. L'intérêt que nous portons à ces dernières fait écho à la surprise d'Amalberti et al. (2005) devant le peu d'effort entrepris en milieu hospitalier pour en réduire l'occurrence, alors, qu'il existe peu de domaines à risque où l'on compte autant de sources évidentes de l'erreur humaine.

## LES MANQUEMENTS AUX RÈGLES : L'APPORT DES TRAVAUX ANTÉRIEURS

En s'appuyant sur les travaux de Reason (1993, 1997), cette section précise tout d'abord les notions d'erreurs et de violations délibérées. Elle expose ensuite le modèle « automatisme-règle-connaissance », (désormais SRK, pour Skill-Rules-Knowledge) de Rasmussen (1983, 2000), qui sera mobilisé dans l'analyse des erreurs.

### *La distinction entre erreurs et violations délibérées*

Dans l'emploi qu'en fait Reason (1993 : 30-32), le terme d'erreur couvre tous les cas où une séquence planifiée d'activités mentales ou physiques ne parvient pas au résultat escompté, alors qu'aucun événement imprévisible n'est intervenu. L'erreur peut consister en un défaut de planification (faute) ou d'exécution (ratés et lapsus). La faute procède d'un défaut dans les processus de jugement et/ou d'inférence impliqués dans la sélection d'un objectif ou dans la spécification des moyens pour l'atteindre. Les ratés et les lapsus résultent d'un défaut dans l'exécution et/ou le stockage d'une séquence d'actions, indépendamment de la qualité du plan qui les guide.

Les violations sont des manquements aux procédures, standards et règles de sécurité ; elles peuvent être délibérées (comme c'est généralement le cas du franchissement par un conducteur d'une ligne continue séparative de voies de circulation) ou non (le dépassement d'une limitation de la vitesse dont le conducteur n'a pas connaissance). La violation non intentionnelle est le résultat d'une erreur (Reason, 1997 : 72) et n'appelle donc pas de commentaire supplémentaire à la différence de la violation délibérée, que nous désignons dans cet article sous le terme de transgression. Le caractère volontaire de cette dernière n'implique pas l'intention malveillante qui caractérise le sabotage (Reason, 1997 : 72). La violation délibérée répond à trois motifs principaux : parvenir à faire le travail en dépit de l'obstacle de la règle, éprouver le plaisir de la transgression ou économiser sur les efforts (Reason, 1997 : 73). Les deux premiers motifs ne sont pas observés dans nos cas. En revanche, nos observations ne permettent pas d'écarter la recherche du moindre effort, que nous désignons sous le terme de négligence. Enfin, nous avons décidé d'inclure la résistance dans le cadre d'analyse en raison des observations faites, bien que Reason (1997) ne la place pas au rang des principaux motifs de la violation intentionnelle.

*Les différents niveaux de contrôle cognitif impliqués dans les erreurs*

La façon dont les individus réalisent les tâches qui leur incombent dépend de la familiarité qu'ils en ont et les erreurs qu'ils sont enclins à commettre varient de manière concomitante. Le cadre « automatisme-règle-connaissance » développé par Rasmussen (1983) rend compte de la diversité des mécanismes de contrôle cognitif que les individus mettent en œuvre pour faire face aux situations qu'ils rencontrent. A mesure que le contrôle cognitif s'éloigne du mode automatique le processus devient moins fluide, il nécessite davantage de temps et prête davantage le flanc à l'erreur.

Le type « comportement basé sur des automatismes » renvoie à une effectuation sensori-motrice qui, faisant suite à l'expression d'une intention, se déroule sans contrôle conscient sous la forme de schémas comportementaux fluides, automatiques et fortement intégrés. A ce niveau, les erreurs prennent la forme de l'omission ou d'un comportement cohérent, mais inapproprié.

Dans le cas d'un « comportement basé sur des règles », le contrôle repose sur une règle mémorisée du genre « Si tel diagnostic – alors engager tel type d'action ». A ce niveau de contrôle cognitif, les erreurs résultent typiquement de mauvaises classifications conduisant à l'application de règles erronées. Ainsi, un individu qui réalise une routine de manière automatique le fait sans y prêter attention de façon consciente et est incapable de dire comment il en contrôle l'exécution et sur quelles informations il se fonde. A l'inverse, les comportements basés sur les règles sont généralement fondés sur un savoir-faire explicite et leur auteur est capable d'énoncer les règles utilisées.

Lorsqu'un individu est confronté à une situation nouvelle pour laquelle il ne dispose d'aucun savoir-faire, ni d'aucune règle, le contrôle de l'exécution doit reposer sur des hypothèses élaborées sur la base de la représentation mentale de la structure causale du système sur lequel il intervient (Rasmussen, 2000 : 62). A ce niveau, les erreurs sont dues aux limites de la rationalité individuelle et au caractère incomplet ou inexact des connaissances mobilisées, permettant de distinguer les individus débutants, des experts.

Les différences entre ces trois types de contrôle ne faisant pas obstacle au fait qu'ils puissent être mobilisés parallèlement (Reason, 1993 : 74), la distinction entre débutants et experts se manifeste le plus souvent dans les activités basées sur les automatismes et sur les règles. Les experts disposent, en effet, d'un stock important de routines aptes à traiter une grande variété d'éventualités, à l'inverse des débutants plus à même de réaliser des erreurs (Reason, 1993 : 90-95).

En synthèse, les travaux antérieurs et nos observations permettent de distinguer les erreurs, des violations délibérées. Ces dernières peuvent être le résultat de négligence ou de résistance de la part des personnes appliquant les règles. Les erreurs, quant à elles, résultent de comportements basés sur des automatismes, sur les règles ou sur les connaissances. L'ensemble de ces manquements aux règles constitue la grille d'analyse des trois études cas de cette recherche.

## **LE CHOIX D'UNE DÉMARCHE COLLABORATIVE ET SES IMPLICATIONS MÉTHODOLOGIQUES**

### **UNE RECHERCHE MANAGÉRIALE COLLABORATIVE**

Pasmore et al. (2008 : 13) définissent la recherche managériale collaborative comme « un processus d'enquête émergent et systématique, enchâssé dans un partenariat conclu entre des acteurs soucieux d'influencer un système d'action particulier et des chercheurs intéressés à comprendre et à expliquer de tels systèmes ». Ils complètent cette définition sur quatre points.

Premièrement, les parties au projet comptent au moins un membre de l'organisation ou du système étudié et au moins un chercheur extérieur. Deuxièmement, le caractère managérial de la recherche tient à l'attention accordée aux comportements des managers, aux méthodes de management et aux arrangements organisationnels. Troisièmement, l'enquête mobilise des méthodes scientifiques censées réduire le risque de faire des inférences erronées à partir des données collectées. Enfin, le but de la démarche consiste à améliorer la performance du système et à apporter une contribution au corps de connaissances dans le champ du management (Pasmore, et al., 2008 : 20). La présente recherche s'inscrit pleinement dans la perspective collaborative et managériale dessinée par Pasmore et al. (2008) : elle repose sur un partenariat noué entre les membres d'une organisation, préoccupés par le non-respect de certaines règles, et des chercheurs universitaires, soucieux de répondre à cette préoccupation en développant les connaissances relatives à l'usage des règles dans des situations de gestion (Girin, 1983).

Sans entrer dans le détail, il est possible de situer la recherche managériale collaborative par rapport à la recherche action, l'action research et la recherche action participative. Rappelons ce que ces démarches ont en commun : a) elles combinent des caractéristiques empruntées aux « enquêtes menées de l'extérieur » avec d'autres qui sont propres aux « enquêtes menées de l'intérieur » (Evered & Louis, 1981) ; b) elles partagent la conviction que la production de la connaissance et l'action ne sont pas deux processus fonctionnant séparément ; c) enfin, elles reposent sur le principe que les membres externes et internes travaillent ensemble et apprennent en mobilisant des méthodes scientifiquement fondées (Pasmore, et al., 2008 : 21).

Par rapport aux démarches précitées, la recherche managériale collaborative se caractérise par l'importance accordée aux aspects managériaux et par les efforts faits pour comprendre l'influence des comportements, des actions et des artefacts censés amener le système dans l'état final souhaité. En comparaison, la recherche-action a couvert un champ beaucoup plus large dans le domaine des sciences sociales, comme en témoignent les recherches de Lewin (1946). De son côté « l'action science » (Argyris, 1995 ; Argyris & Schön, 1989), explore les voies et moyens qui permettent de faire passer les individus et les organisations d'un modèle I de comportement organisé autour de routines défensives à un modèle II, où la disparition de celles-ci permet l'apprentissage. La recherche action participative (Whyte, 1991), enfin, se distingue par l'idée, que comprendre les comportements au travail suppose d'intégrer des facteurs sociaux et techniques (Trist, 1981) et par l'importance qu'elle accorde aux membres placés au bas de la hiérarchie (Whyte, 1991: 10-12).

## DESIGN, PROCESSUS DE RECHERCHE ET DONNÉES COLLECTÉES : L'INFLUENCE DE LA NATURE COLLABORATIVE ET MANAGÉRIALE DE L'ENQUÊTE

La nature collaborative et managériale de la recherche a exercé une influence considérable sur le design, la collecte et l'élaboration des données.

### *Le design : résultat d'une délibération autour de figures imposées*

Même si les tâches concernées par le non-respect des règles paraissaient simples, il nous est apparu rapidement que les mécanismes qui sous-tendaient les phénomènes étudiés étaient multiples et passablement complexes. Comme par ailleurs le contrôle de ces phénomènes nous échappait, mais que l'accès aux protagonistes était relativement aisé, la réalisation d'études de cas nous a semblé être une méthode adéquate (Yin, 1984 :17). Le choix des cas nous était en partie imposé par la nature collaborative de cette recherche ; la question se

posait toutefois de savoir s'il fallait élargir l'échantillon. Les cas proposés présentaient plusieurs avantages. D'un côté, ils partageaient suffisamment de caractéristiques communes pour autoriser des comparaisons : des tâches encadrées par des règles édictées par des institutions extérieures de compétence nationale et suffisamment simples pour être comprises des membres émergés de l'équipe. Ces tâches présentaient également des différences intéressantes : elles concernaient la sphère médicale (codage des diagnostics et des actes et tri des déchets) et la sphère paramédicale (surveillance des CVP et tri des déchets) et elles étaient situées à des distances variables de l'activité de soin au cœur de la mission hospitalière. L'élargissement de l'échantillon, en plus du travail supplémentaire pour l'équipe, impliquait de mobiliser davantage d'informants sur des thèmes nécessairement moins prioritaires aux yeux de la direction. Faute d'argument clair en faveur de l'élargissement, nous avons décidé de nous en tenir aux trois cas initialement envisagés.

#### *L'influence du caractère collaboratif du projet sur l'accès à l'information et son traitement*

Notre équipe comprenait des chercheurs émergés, qui assuraient une présence hebdomadaire sur le terrain, et des chercheurs immergés qui occupaient un emploi à temps complet à l'hôpital. Cette composition de l'équipe, conforme à la définition de Pasmore et al. (2008), a eu une influence déterminante sur la collecte et sur l'élaboration de nos analyses.

#### *Un accès privilégié à l'information*

Le dispositif de collecte des données mis en œuvre dans cette recherche mobilise trois des quatre types de triangulation identifiés par Denzin (1970) : 1) la triangulation des données a été opérée en multipliant les informants et les sources secondaires (audit, statistiques, comptes rendus de réunions, documents internes et externes relatifs aux dispositions réglementaires) ; 2) , la triangulation des investigateurs a été obtenue en mobilisant des membres émergés et des membres immergés pour la collecte et l'interprétation des données ; 3) nous avons utilisé plusieurs techniques de recueil des données primaires (entretiens, participation à des réunions, observation). En raison, de la relative simplicité des objets étudiés, nous n'avons été confrontés à aucune inconsistance significative que nous n'ayons pu lever en complétant la collecte des données.

La construction des cas a été guidée par un jeu limité d'objectifs : a) élaborer une description fiable de la tâche effective (i.e. ce que fait effectivement l'opérateur confirmé dans des conditions nominales) ; b) formuler la règle (ou les règles) encadrant l'exécution de la tâche, c) identifier sur la base d'exemples concrets les différents types d'erreurs et de transgressions des règles, d) évaluer les effets de ces comportements sur le fonctionnement de l'hôpital, les risques encourus, voire les implications financières ; e) identifier les actions mises en place au sein de l'établissement pour limiter ces erreurs et/ou les récupérer. Cet ensemble d'objectifs a informé la collecte des données tant secondaires que primaires.

La participation des membres immergés a conféré à la collecte des données un caractère particulier, concernant la recherche intentionnelle d'informations et l'obtention de données non recherchées. Pour la collecte intentionnelle d'informations, les membres immergés n'ont procédé à aucun entretien programmé, en revanche tout au long du projet leur attention a été orientée par les objectifs mentionnés plus haut et ils ont pu profiter des occasions que leur fournissait leur activité pour recueillir les informations souhaitées. Pour ce qui est des données non recherchées, Miles et Huberman (2003 :129) ont souligné l'importance, dans les enquêtes de terrain, des saisies faites « au vol », au détour d'un couloir ou en marge d'une réunion. Elles peuvent livrer

incidemment des informations recherchées, difficiles à obtenir par ailleurs ; elles peuvent également fournir des anecdotes, des commentaires ou des impressions qui permettent de compléter les éléments d'interprétation recueillis au cours d'entretiens programmés. Si ce type de collecte se retrouve dans toutes les enquêtes de terrain, la participation soutenue de deux membres immergés aux travaux de l'équipe de recherche a multiplié de manière considérable les occasions d'y recourir.

*Les « mises en forme » au centre d'une élaboration interactive*

Miles et Huberman (2003 : 101) suggèrent de procéder à l'analyse des données pendant le processus de collecte. Nous avons suivi cette recommandation en profitant des opérations de collecte des données pour soumettre à nos informants certaines de nos analyses et en utilisant les réunions plénières, dont l'objectif affiché était de débattre de l'interprétation des données, pour étendre le recueil d'information.

Si le chevauchement des phases de collecte et d'analyse est classique pour les enquêtes en « gros plan », le processus d'élaboration des analyses a été profondément influencé par la composition de notre équipe. Bien que les membres immergés aient participé activement à toutes les étapes de la recherche, les « mises en forme » (Miles et Huberman, 2003 : 499) successives de nos analyses ont été le fait des seuls chercheurs émergés. Les tableaux 5 et 6 sont typiques de ces « mises en forme ». C'est dans une large mesure autour de ces dernières que les discussions entre les deux composantes de l'équipe se sont développées. Deux explications peuvent être données à ce phénomène. Premièrement, le fait qu'ils n'aient pas participé à l'élaboration de ces mises en forme a sans doute permis aux chercheurs immergés de les aborder avec un œil neuf et de les discuter de façon plus incisive qu'ils ne l'auraient fait s'ils avaient davantage contribué à leur construction. Deuxièmement, le format de la mise en forme a sans doute contribué à la qualité des échanges. Il est beaucoup plus difficile d'organiser une discussion autour d'un texte qu'autour d'un dispositif synoptique (Miles & Huberman, 2003 : 276). Pris ensemble, l'alternance entre phases de travail en groupe restreint et en groupe plénier et l'usage de formats adaptés à la discussion ont certainement favorisé le caractère interactif des réunions plénières et contribué à l'enrichissement des débats.

*Deux phases de collecte des données : pour formuler des propositions et en apprécier les effets*

La collecte des données s'est déroulée en deux temps correspondant aux phases de formulation des propositions d'action et d'observation des suites données à ces propositions. Les tableaux 3 et 4 présentent les données primaires collectées respectivement au cours de chacune de ces phases ; les données secondaires sont présentées en annexe B (tableaux B1 et B2). La collecte des données primaires a été effectuée dans trois situations distinctes : les réunions, les entretiens et les observations. L'équipe de recherche a participé au travers d'au moins un de ses membres à toutes les réunions de direction dont l'ordre du jour prévoyait l'examen d'une au moins des tâches étudiées. Des entretiens semi-directifs programmés ont été menés par deux chercheurs émergés. Par précaution, ces entretiens ont tous été enregistrés, mais n'ont pas été retranscrits dans la mesure où la collecte d'informations était cadrée. Les enregistrements n'ont été utilisés qu'à de rares occasions, lorsque les notes prises par les chercheurs différaient ou étaient ambiguës. Deux types d'observations ont été réalisés. Fortement recommandées par Balogun et al. (2003), les observations réalisées par les chercheurs immergés ont été faites en continu du fait de leur présence quotidienne dans l'établissement. Deux membres émergés ont suivi une semaine d'immersion, l'un dans un service de médecine,

l'autre dans un service de chirurgie, afin de se familiariser avec l'organisation des services, les pratiques professionnelles et les relations sociales.

Le tableau 3 présente les différentes situations de collecte de données primaires à partir desquelles nous avons formulé des propositions d'action. Le tableau 4 expose les situations de collecte portant sur les suites données aux propositions faites, les actions engagées et leurs effets.

**Tableau 3.** Collecte des données primaires ayant étayé les propositions d'action

| Situations de collecte <sup>2</sup>  | Date et durée   | Cas                                 |
|--|---|-------------------------------------|
| <i>Réunions de direction</i><br>-Réunion de direction<br>-CME (Commission Médicale d'établissement)  | - 17 mai 2011 (4h30)<br>- 22 juin 2011 (2h)   | Tous les cas                        |
| <i>Réunions de l'équipe de recherche</i><br>-réunions plénières équipe de recherche (chercheurs émergés et immergés)<br>-réunions chercheurs émergés   | - 39 réunions (varient entre 2h et 3h)<br>- 31 réunions (varient entre 1h et 3h)  | Tous les cas                        |
| <i>Entretiens individuels ou collectifs</i><br><i>Informants :</i><br>-Médecin Directeur de l'information médicale (DIM)<br><br>-Médecins appelés à coder  | - 16 janvier 2012 (30' téléphone), 18 janvier 2012 (1h30), 23 janvier 2012 (2h), 2 février 2012 (1h téléphone)<br>- 17 décembre 2012 (2h), 27 février 2014 (45'), 19 mars 2014 (1h30) | Codage des diagnostics et des actes |
| <i>Réunion :</i><br>-Réunion de direction  | - 14 juin (4h30)  |                                     |
| <i>Entretiens individuels ou collectifs</i><br><i>Informants :</i><br>-Cadres de service et infirmiers<br>-Responsable de l'étude gestion des déchets<br>-Responsable de la cellule Qualité-sécurité | - 24 décembre 2011 (30' téléphone)<br>- 13 janvier 2012 (1h30)<br>- 20 janvier 2012 (1h)  | Tri des déchets                     |
| <i>Réunions :</i><br>- Réunions de direction Logistique<br>- CSE (Commission Supérieure d'Etablissement)   | - 24 mai 2011 (4h), 21 juin (4h)<br>- 15 février 2012 (2h)  |                                     |
| <i>Entretiens individuels ou collectifs</i><br><i>Informants :</i><br>-Infirmier référent et Cadres supérieurs   | - 25 mai 2011 (1h30)<br>- 29 décembre 2011 (1h), 6 juin 2012 (30' téléphone), 27 juin 2012 (1h)   | Veinites                            |
| <i>Réunions :</i><br>- Chercheur immergé et infirmiers<br><br>- Réunion direction (ensemble de l'équipe)   | - 18 août, 9 septembre et 11 octobre 2011<br>- 14 juin 2011 (4h30), 21 Juin (4h)  |                                     |
| <i>Observations</i><br>-Observations des membres émergés et échanges liés<br><br>-Observations des membres immergés et échanges liés   | - Deux immersions, l'une en médecine, l'autre en chirurgie, réalisées au printemps 2011<br>- En continu entre septembre 2011 et juin 2012   | Tous les cas                        |

2. En lien avec le projet relatif à la transformation organisationnelle en cours, les membres émergés ont participé à de nombreuses autres réunions qui ne portaient pas sur les cas étudiés, mais qui livraient des indications intéressantes sur le contexte.

**Tableau 4.** Collecte des données primaires portant sur les suites données aux propositions faites, les actions engagées et leurs effets

| Situations de collecte <sup>3</sup>  | Date et durée et objet   | Cas                                 |
|--|--|-------------------------------------|
| <i>Réunion plénière de l'équipe</i>  | 18 déc. 2014 (1h30)<br>échanges sur le tableau 6   | Tous les cas                        |
| <i>Entretien collectif</i><br>Le DIM et un TIM*  | 2 déc. 2014 (2h) :<br>objet : les suites données aux propositions faites, les actions engagées et leurs effets | Codage des diagnostics et des actes |
| Entretien individuel<br>IDE** Hygiéniste   | 31 oct 2014 (2h30)<br>objet : les suites données aux propositions faites, les actions engagées et leurs effets | Tri des déchets                     |
| <i>Données d'observation et rencontres</i><br>du cadre supérieur immergé<br>avec les opérateurs concernés : cadres, IDE, aides-soignants | Automne 2014<br>objet : les suites données aux propositions faites, les actions engagées et leurs effets       |                                     |
| <i>Entretien individuel</i><br>Cadre de santé  | 19 nov 2014 (2h)<br>objet : les suites données aux propositions faites, les actions engagées et leurs effets   | Veinites                            |
| <i>Données d'observation et rencontres</i><br>du cadre supérieur immergé<br>avec les opérateurs concernés : cadres, IDE, aides-soignants | Automne 2014<br>objet : les suites données aux propositions faites, les actions engagées et leurs effets       |                                     |

\* DIM : médecin, Directeur de l'Information Médicale ; TIM : Technicien d'Information Médicale.

\*\* IDE Infirmier Diplômé d'Etat.

## PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DES TROIS TÂCHES ÉTUDIÉES

L'établissement qui constitue le terrain de recherche est considéré comme un centre hospitalier francilien de grande taille avec une capacité de 300 lits (DREES, 2013 : 85). Il emploie un millier de personnes dont les deux tiers sont des paramédicaux. Il s'agit d'un hôpital pour adultes de court séjour en médecine, chirurgie et psychiatrie. Les tâches qui y sont étudiées — la surveillance des CVP<sup>4</sup>, le tri des déchets de soin et le codage des diagnostics et des actes — obéissent aux mêmes contraintes que dans n'importe quel hôpital. Elles sont sans lien opérationnel entre elles et très différentes les unes des autres dans leur rapport à l'activité de soin et dans la part qu'y prennent les médecins et les soignants. Elles ont en commun que les efforts, entrepris pour obtenir le respect des prescriptions qui les encadrent, n'avaient eu jusqu'alors que des effets limités et temporaires.

### LE TRI DES DÉCHETS D'ACTIVITÉ DE SOIN

A côté de déchets non spécifiques (piles, ampoules, toners), les hôpitaux produisent en raison de leur activité de soin des déchets de natures variées : médicaments, déchets radioactifs, clichés radios... La gestion des déchets fait l'objet d'une réglementation abondante répondant à des préoccupations économiques, écologique et de prévention des risques (Meah, 2008b). Compte tenu de ces contraintes, la gestion des déchets au niveau d'un hôpital peut se révéler compliquée et des outils sont mis à disposition des établissements pour les aider dans cette tâche (ANAP, 2008, 2010). En revanche le tri des déchets de

3. En lien avec le projet relatif à la transformation organisationnelle en cours, les membres émergés ont participé à de nombreuses autres réunions qui ne portaient pas sur les cas étudiés, mais qui livraient des indications intéressantes sur le contexte.

4. Il n'est question dans cet article que des cathéters veineux périphériques à l'exclusion des cathéters centraux ou artériels.

soin réalisé au sein des services se présente de manière assez simple. Les données disponibles indiquent qu'une brève formation permet d'acquérir la compétence requise pour opérer systématiquement un tri conforme. Celui-ci s'organise en trois niveaux. Le premier consiste à distinguer les déchets des matériels recyclables, comme un drap multi-usages. Le second repose sur l'opposition entre les déchets assimilables à des ordures ménagères (DAOM<sup>5</sup>) et ceux qui présentent un risque infectieux (DASRI<sup>6</sup>). Pour ces derniers, le choix du récipient, boîte, sac ou fut, constitue un troisième niveau dans la structure des catégories. Les DASRI présentent un danger sanitaire lorsqu'ils sont mal conditionnés, tandis que le placement des DAOM dans des emballages réservés aux DASRI entraîne inutilement des traitements coûteux. Dans les deux cas, l'erreur de tri une fois commise est difficile à récupérer. Une grande partie des déchets sont ensachés dans les chambres : la récupération par un tiers est dans ce cas peu probable. En revanche, lorsque le traitement des déchets est effectué dans la salle commune, l'erreur, consistant par exemple à remplir excessivement une boîte à aiguilles, peut être récupérée par un autre soignant. Au début de notre recherche, le circuit des déchets venait d'être réorganisé et les conditions d'entreposage d'être mises aux normes. En revanche, la qualité du tri demeurait insatisfaisante. En dépit de conditions favorables, de campagnes de sensibilisation et de formation du personnel, le taux de non-conformités restait élevé, quoique très variable selon les services.

## LA SURVEILLANCE DES CATHÉTERS VEINEUX PÉRIPHÉRIQUES

D'usage très fréquent à l'hôpital<sup>7</sup>, le cathéter veineux périphérique (CVP) est un dispositif médical stérile introduit dans une veine superficielle par voie percutanée. Il peut provoquer des inflammations (veinites) dont les origines sont médicamenteuses, mécaniques ou pathogènes. Selon une étude menée en 2001, la prévalence des infections liées aux cathéters était de 0,67 % chez les patients porteurs de cathéters veineux périphériques (SFHH – HAS, 2005). En cas d'infection les complications peuvent être graves, si elles ne sont pas traitées à temps. La surveillance des CVP est apparue sur l'agenda de la direction de l'hôpital ReCo en juin 2011 après qu'un médecin a observé à plusieurs reprises dans son service des patients avec des points d'inflammation sévères et qu'une revue de morbi-mortalité a montré que l'admission en réanimation d'un patient était due aux complications d'une veinite mal surveillée. A la suite de cet événement indésirable grave, un groupe de travail a été constitué avec comme mission de mettre le problème sous contrôle.

Une des mesures prises par ce groupe, auquel participait un des membres de notre équipe, a consisté à introduire un outil d'aide à la prise de décision par les personnels soignants : l'échelle dite de Maddox modifiée (Wiedenkeller, et al., 2010). Cette échelle organise la synthèse des observations au site d'insertion du CVP de signes cliniques tels que sensibilité, rougeur, gonflement, purulence... Cette synthèse prend la forme d'un indice variant de 0 à 5. Pour chacune de ces valeurs l'outil prescrit la conduite à tenir par le personnel soignant. C'est ainsi qu'un site d'insertion sensible avec une rougeur et un léger gonflement ou un cordon veineux palpable correspond à une cotation de 3. Dans ce cas, le soignant doit « retirer le CVP, mettre la pointe du CVP en culture, faire un pansement alcoolisé, le renouveler 2 à 3 fois par jour jusqu'à disparition des signes cliniques et informer le médecin ».

L'échelle modifiée ajoute quatre autres valeurs correspondant chacune à des événements particuliers, comme l'arrachement du CVP par le patient lui-même, auxquels l'échelle fait correspondre une consigne, pour l'événement cité en exemple la règle consiste à faire un pansement adapté. Du fait de sa simplicité, cet outil a pu être implanté avec succès en un mois au sein de l'établissement choisi pour l'expérimentation conduite par Wiedenkeller et al.

5. Certains DOAM ne proviennent pas des activités de soins, mais d'activités comme la restauration. Dans la suite de cet article, les DAOM étudiés sont des déchets d'activité de soin.

6. Même en l'absence de risque infectieux, sont également à catégoriser comme DASRI : les matériaux piquants, coupants ou tranchants après utilisation, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique, les flacons de produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption ainsi que les déchets anatomiques non aisément identifiables (Meah, 2008b).

7. 18 % des patients hospitalisés depuis plus de 24 heures étaient porteurs d'un cathéter périphérique (SFHH – HAS, 2005) selon l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales réalisée en France en 2001.

(2010)<sup>8</sup>. Dans l'hôpital ReCo, l'implantation de l'outil a fait l'objet d'un accompagnement similaire. Bien que la traçabilité des dossiers n'avait pas pu être mise en place en raison de réticences que les professionnels justifiaient par la lourdeur du système informatique et par les pertes de temps induites, le pilote estimait que la méthode était bien maîtrisée par les soignants. En dépit des efforts consentis pendant l'été, plusieurs infractions aux prescriptions furent observées dans le courant de l'automne 2011.

## LE CODAGE DES DIAGNOSTICS ET DES ACTES

Les hôpitaux français sont financés par l'assurance maladie en fonction d'une activité évaluée au travers d'une cotation des séjours. Cette cotation est encadrée par les règles de codage figurant dans le guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale. Etabli dans le cadre du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), ce guide est publié par un arrêté du ministère du travail, de l'emploi et de la santé et régulièrement actualisé. Le codage porte sur les diagnostics et les actes traceurs qui au cours d'un même séjour peuvent être posés par différents services. Reliés au diagnostic principal — qui fait référence au problème de santé ayant motivé l'admission — les actes dits traceurs permettent de valoriser le séjour. A un acte traceur correspond un code ; la détermination de celui-ci ne fait pas appel au jugement et ne présente pas de difficulté si le codeur maîtrise le logiciel et s'il connaît ou sait retrouver facilement les codes dont il a besoin. En revanche, un médecin non formé peut éprouver des difficultés pour trouver le bon code et même, dans certains cas, penser avoir trouvé le bon code, alors qu'il n'en est rien. Les erreurs de codage sont susceptibles d'entraîner soit une sous-cotation du séjour et donc une perte de recettes, soit une sur-cotation qui expose l'hôpital à des sanctions financières lors des contrôles effectués par les caisses d'assurance maladie.

A l'hôpital ReCo<sup>9</sup>, la politique retenue consiste à confier aux médecins la responsabilité du codage. Afin de prévenir les erreurs, le service d'information médicale (désormais SIM) réalise des actions de sensibilisation et de formation auprès des services où les erreurs sont les plus fréquentes et lors de changements de nomenclature. Le SIM de l'hôpital ReCo intervient en outre de façon cruciale dans la récupération des erreurs et omissions. Deux points retiennent son attention : les services médicaux identifiés comme effectuant un codage peu fiable et les actes traceurs relatifs aux interventions chirurgicales et aux prestations des plateaux techniques, en raison de leur importance dans la valorisation des séjours. La récupération des erreurs est opérée principalement selon deux voies. La première consiste à repérer les incohérences dans les informations transmises par les services, comme une opération chirurgicale sans anesthésie. La seconde consiste à recouper l'information en provenance des services pour des omissions particulièrement coûteuses. En ce qui concerne par exemple l'activité du bloc opératoire, ce contrôle consiste à rapprocher les actes codés et le planning du bloc. Les erreurs repérées sont recodées par le SIM qui informe le médecin responsable du codage erroné. En dépit des actions du SIM, les codages erronés restent à un niveau que le SIM et la direction de l'hôpital jugent insatisfaisant au regard des résultats d'établissements comparables.

Les tâches qui viennent d'être présentées sont relativement simples, comparées à la complexité de l'activité chirurgicale (Amalberti, et al., 2005). Elles sont par ailleurs encadrées par des règles qui satisfont aux critères déjà énoncés des règles élémentaires : le consensus, l'efficacité, la complétude et l'autonomie. La présentation de ces tâches montre que la notion de règle élémentaire, élaborée à partir de situations appartenant au monde de la conduite automobile, trouve à s'appliquer dans des contextes organisationnel comme celui de l'hôpital.

8. Pendant les trois mois qui ont suivi, le personnel soignant a été accompagné quotidiennement par l'infirmier hygiéniste et un audit a été réalisé sur 365 CVP. Les appréciations cliniques du soignant et de l'hygiéniste concordent dans 83 % des cas, le protocole de changement du CVP était respecté dans 98 % des cas et la traçabilité du dossier assurée dans 97 % des cas.

## **ANALYSE COMPARATIVE DES VIOLATIONS DÉLIBÉRÉES ET DES ERREURS OBSERVÉES**

Le tableau 5 expose les divers types d'erreurs ou de violations délibérées, observés directement ou rapportés comme existant au début de la recherche. Dans le cas de la surveillance des CVP, les règles portent sur l'observation du site et sur la détermination de la conduite à suivre selon les caractéristiques de la situation. En ce qui concerne les déchets d'activité de soins, les règles permettent de déterminer la catégorie de l'objet considéré : recyclable ou non, DASRI ou DAOM et le type de contenant approprié. Pour la cotation des séjours les problèmes peuvent résulter d'une omission, d'un codage erroné ou d'une mauvaise définition des séjours auxquels les éléments codés doivent être rattachés. Les observations sont présentées par tâche dans les trois colonnes de droite du tableau 5. La colonne de gauche distingue les violations délibérées (ou transgressions) des erreurs et différencie ces dernières sur la base du modèle SRK.

A la lecture du tableau 5, il apparaît que les trois cas présentent des images contrastées au prisme du modèle SRK. Les erreurs basées sur les automatismes sont importantes en ce qui concerne la surveillance des cathéters et la cotation des séjours. Celles basées sur les règles surviennent dans les trois tâches, mais pour ce qui est du tri des déchets elles ne concernent qu'un problème très circonscrit. Enfin il n'y a que le codage des diagnostics et des actes où des problèmes interviennent lorsque le contrôle cognitif est opéré sur la base de connaissances. Lorsqu'un opérateur, généralement par manque d'expérience, ignore le code d'un acte, il peut entreprendre une recherche par mot clé. Celle-ci peut être compliquée et consommatrice de temps. Ainsi, le logiciel utilisé pour le codage ne fournit aucune entrée pour le mot « voie » qui est le terme usuel pour désigner un « cathéter ». Comme il ne permet par ailleurs d'entrer qu'un seul mot clé, une recherche utilisant le terme « cathéter » fournira plus de 300 réponses ! L'allongement du temps de codage qui en résulte accroît le risque que la tâche soit interrompue et le codage omis.

Le contexte organisationnel est également un facteur significatif d'erreurs pour le codage, avec des interruptions et des reports source d'omissions. L'interruption du codage intervient de façon typique lorsque le praticien est requis pour accomplir des tâches plus urgentes. Le report de codage peut avoir diverses origines : matérielle, logicielle ou organisationnelle. L'absence (par exemple au bloc opératoire) ou l'indisponibilité (parce qu'ils sont partagés entre plusieurs utilisateurs) des ordinateurs est une source fréquente de report. Le logiciel utilisé n'autorise la saisie de certains actes qu'après que d'autres actes aient été eux-mêmes codés. Ainsi, bien qu'il intervienne avant le chirurgien, l'anesthésiste ne peut coder son intervention qu'à la suite de celui-là. La différenciation organisationnelle constitue une troisième cause de discontinuité dans la séquence de codage. Les actes de soins prescrits par le médecin responsable du codage peuvent n'avoir fait l'objet que d'une réalisation partielle ; ils doivent donc être codés après leur réalisation. Le délai qui s'écoule entre la prescription et la réalisation est une cause d'omission.

Jusqu'à présent les cas ont été analysés sous l'angle de l'erreur. Plusieurs constats suggèrent toutefois la nécessité de compléter cette approche par la prise en considération de facteurs psychologiques ne relevant pas de la problématique de l'erreur. Si l'on considère le tri des déchets, aucune des trois sources d'erreur constitutives du modèle SRK ne paraît y jouer un rôle significatif. La raison en est qu'il est difficile dans ce cas de parler d'erreur au sens de Reason (1993 : 31), qui utilise ce terme pour désigner les cas où une séquence planifiée d'activités ne parvient pas à ses fins. Or il y a tout lieu de penser que, dans le cas de tris non conformes, cette intention est très affaiblie.

**Tableau 5. Analyse comparative des erreurs et violations délibérées observées**

| Tâches                               | Surveillance des cathéters veineux périphériques  | Tri des déchets d'activité de soin   | Codage des diagnostics et des actes  |
|--------------------------------------|---|--|--|
| <b>Erreurs basées sur les</b>        |   |  |  |
| <b>Automatismes</b>                  |   |  |  |
|                                      | Omission de la surveillance du site d'insertion du CVP.   | La perturbation du processus attentionnel ne revêt pas d'importance particulière. *  | Omissions d'actes ou du diagnostic relié dans la cotation des séjours. Les principales causes des omissions sont:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• L'interruption de la tâche de codage par l'obligation de réaliser une tâche plus urgente.</li> <li>• L'impossibilité de pratiquer le codage au lieu où l'acte est pratiqué, le bloc opératoire par exemple.</li> <li>• Le fait que certains des actes à coder n'entretiennent pas de lien avec l'acte principal (par exemple chirurgical) et ont été réalisés par un autre praticien (un nutritionniste par exemple).</li> </ul> |
| <b>Règles</b>                        |   |  |  |
| • Mauvaise interprétation des signes | Une rougeur au site d'insertion n'est pas considérée comme telle.   | Les signes sont sans ambiguïté.  | Les signes sont sans ambiguïté.  |
| • Règle erronée                      | Le cathéter n'est pas changé à la (mauvaise) raison que la douleur ne s'accompagne d'aucune rougeur observable.<br><br>Certains symptômes n'ont pas à être pris en compte à la (mauvaise) raison qu'ils sont généralement sans conséquence.<br><br>L'intention de changer le CVP est abandonnée à la (mauvaise) raison d'une intervention du patient. | Mise en DASRI d'un linge multi-usages souillé, alors que le système de nettoyage est parfaitement adapté et efficace.                    | Troncage d'un séjour à la (mauvaise) raison que le patient est sorti de l'hôpital au cours du séjour.<br><br>Mauvaise hiérarchisation des diagnostics conduisant à une valorisation erronée du séjour.   |
| <b>Connaissances</b>                 |   |  |  |
|                                      | La surveillance des sites d'insertion des CVP n'est pas une situation nouvelle pour les soignants, même sans expérience. Elle fait partie de la formation initiale.   | Le tri des déchets est une tâche familière, les règles sont simples et en nombre restreint. Elles sont enseignées en formation initiale. | La méconnaissance des codes a) accroît le risque d'erreur b) allonge notablement le temps de codage ce qui accroît le risque d'interruption et donc d'omission.  |
| <b>Violations délibérées</b>         |   |  |  |
| Négligence                           |   |  |  |
|                                      | <i>par dévalorisation de la tâche</i>   | Mise de DAOM en DASRI (entraîne un coût supplémentaire).   | Le codage est dévalorisé par rapport à l'activité de soin. Attitude renforcée par l'existence d'un contrôle systématique du SIM.   |
|                                      | <i>par manque d'attention portée à une tâche jugée importante</i>   | Mise en DAOM de DASRI (expose à un risque sanitaire).  |  |
| Résistance                           | Improbable  | Non utilisation par un service des contenants DAOM   | Possible, parce que la cotation manifeste les contraintes économiques qui pèsent sur l'activité de soin et que certains jugent excessives **.  |

\* Les caractères grisés indiquent des situations non problématiques.

\*\* Aucune observation n'étaye cette évaluation, mais le phénomène a été observé dans d'autres hôpitaux (Bras, et al., 2012).

Le fait que les améliorations observées à la suite des campagnes de sensibilisation du personnel à l'importance du tri ont été de courte durée suggère que les non conformités procèdent plus d'une attitude négative que d'un échec de l'intention. Cette explication est corroborée par le témoignage d'informateurs ayant observé l'expression d'attitudes négligentes étrangères à la notion d'erreur. L'analyse de ces témoignages, nous a conduit à distinguer deux types de négligence : la première consiste à considérer comme négligeable la tâche à accomplir, la seconde à n'accorder qu'une attention insuffisante à une tâche pourtant jugée importante. La *négligence par dévalorisation* de la tâche s'observe chez certains soignants considérant que des tâches, comme le tri des déchets ou le codage, consomment un temps qui devrait être consacré aux patients. Propice aux non conformités génératrices simplement de coûts<sup>10</sup>, cette attitude est typique des personnels peu concernés par la dimension financière de l'activité hospitalière. Bien qu'elle soit impossible à exclure totalement, la *négligence par dévalorisation de la tâche* est une explication improbable quand le bien-être des patients est en jeu ou qu'il existe un risque sanitaire, comme c'est le cas des DASRI mal conditionnés. Dans ce cas, la violation des règles professionnelles repose sur le *manque d'attention portée à une tâche jugée importante*.

Alors que la négligence est une attitude qui privilégie le point de vue de l'individu, la résistance est une attitude de nature politique qui s'ancre dans une conception du bien-être collectif. A la différence de la négligence, la résistance peut être revendiquée ou à tout le moins s'afficher, à l'instar d'un service de soin qui a temporairement classé en DASRI l'ensemble de ses déchets de soin.

## PRÉSENTATION DES ACTIONS PROPOSÉES ET DES RÉSULTATS OBTENUS

### CARACTÉRISATION DES ACTIONS PROPOSÉES

Les actions proposées par notre équipe afin de remédier aux manquements à la règle (cf. tableau 6) se distinguent sur plusieurs dimensions : leur fonction dans le système de sécurité, leur degré d'innovation et leur granularité.

#### *Les trois fonctions d'une défense en profondeur*

Les mesures destinées à assurer la sécurité des activités et des organisations peuvent assurer des fonctions de prévention, de récupération ou d'atténuation. Ces fonctions sont agencées dans une série où chaque fonction est chargée de pallier la défaillance de celle qui la précède.

Le tableau 6 est organisé verticalement selon ces trois fonctions. Les mesures de prévention concernant les erreurs sont exposées selon le modèle SRK. Si les trois fonctions se retrouvent dans l'ensemble des actions présentées, c'est de façon inégale selon les cas étudiés. On peut ainsi constater que les mesures de récupération et d'atténuation n'apparaissent que dans le cas de la surveillance des CVP. Cette tâche est également la seule où l'idée consistant à améliorer la capacité des agents à arbitrer entre des exigences contradictoires a semblé pertinente.

10. Omission de codage, mise de DAOM en DASRI.

### *Le degré d'innovation de l'action*

Les améliorations consistent dans la systématisation d'actions existantes dans certaines parties de l'hôpital ou dans l'amendement des modalités d'intervention de l'encadrement. Les innovations visent l'introduction de modes de fonctionnement qui, pour être inédits au sein de l'hôpital, peuvent avoir été expérimentés dans d'autres établissements. Nos propositions s'appuient donc pour la gestion des déchets sur l'étude publiée par l'ANAP en 2010, pour les problèmes de codage sur celle publiée par la Meah (2008a) et pour la surveillance des CVP sur l'étude de Wiedenkeller et al. (2010).

### *Trois niveaux de granularité*

Les questions de sécurité en milieu organisationnel ont été abordées dans la littérature à trois niveaux de granularité: l'individu, le couple homme-équipement et enfin l'organisation (Reason, 1997: 224).

L'approche privilégiant le niveau individuel conduit à attribuer l'erreur à des insuffisances d'ordre psychologiques : manque d'attention, d'expérience, de soin, de motivation ou de prudence. La politique pour y remédier revêt un caractère disciplinaire. Les réflexions menées à ce niveau de granularité nous ont semblé devoir être resituées dans un cadre plus large : celui de l'encadrement de proximité qui inclut le supérieur hiérarchique, mais également les experts avec lesquels l'opérateur est en contact régulier. Cet élargissement du cadre permet d'enrichir les approches uniquement centrées sur l'équilibre entre contributions et rétributions, en introduisant les activités de support que l'encadrement de proximité peut prodiguer aux opérateurs et en prenant en considération les obligations de réciprocité que ces derniers peuvent développer en retour. En conséquence, dans la suite de cet article, nous utilisons comme unité d'analyse pour ce niveau de granularité, soit l'individu lui-même, soit la dyade constituée par ce dernier et l'acteur de proximité concerné, cadre ou de l'expert de proximité.

La seconde approche rencontrée dans la littérature peut être qualifiée d'ingénierique (Reason, 1997 : 225). Elle privilégie comme unité d'analyse l'interface homme-machine et notamment ses propriétés informationnelles. L'erreur n'est plus le fait de l'individu ; elle résulte d'un mauvais assortiment de l'homme et de la machine ou d'un défaut de conception de cette dernière.

La troisième approche favorise le niveau organisationnel (Perrow, 1984 ; Reason, 1997 ; Turner, 1976 ; Turner & Pidgeon 1978) et conduit à voir dans l'erreur humaine plus une conséquence qu'une cause. L'erreur est le révélateur de conditions latentes qui résultent de décisions prises par de hauts responsables, au sein de l'organisation ou à l'extérieur de celle-ci (Reason, 1997).

Bien qu'il n'y ait pas d'incompatibilité entre ces trois approches (Reason, 1997 : 224), la littérature a eu tendance à déprécier l'approche individuelle et à privilégier les analyses menées au niveau organisationnel. Conformément à la recommandation de Reason (1997 : 228), nous avons retenu de mobiliser les trois approches. Le tableau 6 précise pour chaque action le niveau de granularité où elle se situe : organisationnel, interface homme-équipement ou individuel au sens large. Si l'ensemble des actions présentées couvre les trois registres, la distribution des actions sur ces registres varie très sensiblement selon les cas étudiés. C'est ainsi que la cotation des séjours est la seule activité qui exploite la perspective ingénierique au travers d'actions portant sur l'interface homme-équipement.

## PRÉSENTATION DES SUITES DONNÉES AUX SUGGESTIONS FAITES ET DES RÉSULTATS DES ACTIONS ENGAGÉES

Dans chaque cellule du tableau 6, figurent, après l'énoncé les suggestions faites par notre équipe, les suites données à ces dernières et les résultats des actions engagées. En ce qui concerne les suites, trois issues sont distinguées. La suggestion peut tout d'abord n'avoir pas été mise en œuvre, elle peut ensuite avoir fait l'objet d'un début de réalisation avant de subir une modification plus ou moins importante, comme cela a été le cas pour les tâches de surveillance des CVP et de tri des déchets. Pour ces deux tâches il avait été suggéré que des retours constructifs soient systématiquement effectués par les cadres de service (systématisation des retours constructifs centrés sur la tâche ou SR2CT). La difficulté de mise en œuvre de cette suggestion a conduit à développer un dispositif plus élaboré incluant les cadres, mais confiant la charge de ces retours aux experts de proximité que sont les infirmiers référents (IR). Pour les suggestions mises en œuvre, quatre modalités de résultat ont été distinguées. La suggestion peut tout d'abord n'avoir pas eu un effet observable d'ampleur significative. L'équipement du bloc opératoire en moyens informatiques illustre ce cas de figure. Cette mesure visait à éviter les omissions de codage des actes complémentaires de l'intervention chirurgicale dues à l'indisponibilité des ordinateurs de la salle commune située à proximité du bloc. Pour être efficace cette mesure nécessitait une modification du logiciel informatique qui impose que l'acte chirurgical soit codé en premier. Cette modification n'ayant pu être opérée, le niveau des omissions n'a pas connu d'évolution significative.

L'action peut ensuite avoir eu un effet positif, mais éphémère. Ce cas correspond aux situations où la pérennisation des résultats obtenus aurait nécessité une permanence de l'effort compromise par la pression exercée par des priorités concurrentes sur les moyens humains disponibles. Le troisième type de résultat correspond à une amélioration significative, qui nécessite que l'on porte attention aux conditions de sa pérennisation. C'est le cas des retours constructifs centrés sur la tâche (désormais R2CT), formellement identifiés comme une composante du rôle des IR. Cette consécration est un facteur de pérennisation de l'amélioration enregistrée. Compte tenu de l'importante mobilité du personnel paramédical, il importe toutefois que les IR ne soient pas distraits par d'autres priorités de leur fonction. Le dernier type de résultat correspond aux améliorations significatives que nous estimons durables. Le seul exemple de ce type est l'association de la surveillance des cathéters au contrôle des constantes. Si à l'instar des R2CT, cette association bénéficie d'une inscription formelle dans le fonctionnement de l'hôpital, elle n'est pas menacée par une évolution des priorités susceptibles d'affecter la charge de travail des personnels.

## ANALYSE DES ACTIONS PROPOSÉES ET DE LEURS RÉSULTATS

### L'INFLUENCE DES SITUATIONS SUR LE DEVENIR DES PROPOSITIONS

Les propositions formulées par notre équipe s'inscrivent dans des situations qui se différencient sur trois dimensions : les acteurs concernés, la centralité de la tâche au regard de la mission hospitalière et la place de la préoccupation sur l'agenda de la direction. La première dimension distingue les sphères médicale et paramédicale. Cette dernière sphère se caractérise par l'observance du principe hiérarchique et par un décloisonnement significatif des

activités au sein des quatre grands secteurs qui composent l'établissement. A l'inverse, la sphère médicale est balkanisée en une vingtaine de services qui jouissent d'une indéniable autonomie. Il s'ensuit que les propositions d'action concernant le personnel soignant ont été moins coûteuses à négocier que celles qui concernaient les praticiens. La structuration différente des deux sphères se reflète tant au niveau de la mise en œuvre des propositions, que des résultats : à l'isotropie de la sphère soignante, surtout concernée par la surveillance des CVP et le tri des déchets, s'oppose l'hétérogénéité de la sphère médicale, qui est seule concernée par la tâche de codage.

La seconde dimension consiste dans la distance que la tâche entretient avec la mission centrale d'un établissement hospitalier. Des trois tâches étudiées, la surveillance des CVP est celle qui est le plus intimement liée à la notion de soin, c'est également celle pour laquelle la question de la disponibilité des moyens ne s'est pas posée. Le codage est, à l'inverse, la tâche qui entretient la distance la plus grande avec la notion de soin. Dans ce domaine, les seuls progrès significatifs sont imputables à l'amélioration de la fonction de récupération exercée par le service d'information médicale. Au regard de la mission hospitalière, le tri des déchets de soins occupe, par rapport aux deux autres tâches, une position intermédiaire : la logique économique le rapproche de la cotation des séjours ; la gestion du risque sanitaire lié au DASRI l'inscrit dans le champ de la santé. Il est notable que c'est sur l'aspect de la tâche présentant un risque sanitaire, la mise en DAOM des DASRI, que les progrès les plus notables sont enregistrés. En résumé, tout se passe comme si la mobilisation des acteurs diminuait à mesure qu'augmente la distance entre la tâche considérée et le cœur de l'activité hospitalière.

La place de la situation concernée dans l'agenda de la direction est la troisième dimension ayant eu un impact sur le devenir de nos propositions. L'agenda d'un dirigeant fait l'objet de remaniements continuels qui traduisent les arbitrages opérés entre diverses priorités. Tout au long de la recherche, la sécurité des patients et la valorisation de l'activité au travers de la cotation des séjours ont conservé leur position en haut de l'agenda du directeur. A la différence de ces deux cas, la gestion des déchets n'a pas conservé son caractère prioritaire. La mise en conformité réglementaire des équipements et des espaces dédiés au tri a réduit l'acuité du problème aux yeux de la direction et ce déclasserment dans l'ordre des priorités a produit à plein ses effets, lorsque les agents, investis sur cette tâche, ont quitté leur fonction dans le cadre d'une évolution normale de carrière. Nommés avec d'autres objectifs, leurs successeurs ont consacré l'essentiel de leur temps à d'autres chantiers.

## L'INFLUENCE DES CARACTÉRISTIQUES DES ACTIONS SUR LES RÉSULTATS

Les actions proposées par notre équipe se distinguaient par deux caractéristiques. La première consistait dans l'ampleur du changement qu'elles introduisaient par rapport aux pratiques de l'établissement distinguant l'innovation de l'amélioration. Une innovation nécessite en général le développement de compétences nouvelles et des efforts plus conséquents qu'une simple amélioration de l'existant. Pour cette raison nous nous attendions qu'en comparaison des innovations, les améliorations soient plus facilement acceptées et leurs résultats plus aisément atteints. Les données dont nous disposons ne corroborent pas cette attente. La seconde caractéristique inscrivait les actions proposées dans deux registres complémentaires et antagonistes : habilitant pour l'un, disciplinant pour l'autre. Nous présentons tout d'abord les objectifs propres à ces registres, puis l'équilibre entre les actions habilitantes et disciplinantes pour chacune des trois tâches étudiées, pour conclure sur le caractère dialogique de cet équilibre.

**Tableau 6.** Suites données aux suggestions faites et résultats des actions engagées

| Objets                                    | Surveillance des cathéters veineux périphériques (CVP)  | Tri des déchets de soin   | Codage des diagnostics et des actes  |
|---|---|---|--|
| DEFENSES                                  |   |   |  |
| PREVENTION                                |   |   |  |
| <b>• Erreurs</b>                          |   |   |  |
| <b>Automatismes</b>                       | <p>Omission de la surveillance du site d'insertion.<br/> <b>Innovation engagée au niveau organisationnel</b> : association de la surveillance des cathéters au contrôle des constantes.<br/> <b>Résultat</b> : amélioration significative et durable.</p>   | <p>La perturbation du processus attentionnel ne revêt pas d'importance particulière.</p>  | <p>Omission d'actes.<br/> <b>Innovation engagée au niveau interface homme/équipement</b> : équipement informatique permettant le codage au plus près du lieu où l'acte est réalisé.<br/> <b>Résultat</b> : pas d'effet observable d'ampleur significative.<br/>                     Amélioration engagée au niveau dyadique: SR2CT du SIM lors des comités de bloc.<br/> <b>Résultat</b> : effet positif, mais éphémère selon le DIM.<br/> <b>Innovation proposée au niveau organisationnel</b> : supprimer la règle imposant à l'anesthésiste de ne coder qu'après le chirurgien.<br/> <b>Résultat</b> : obstacle technique à la mise en œuvre.</p> |
| <b>Règles</b>                             |   |   |  |
| <b>Mauvaise interprétation des signes</b> | <p>Une rougeur au site d'insertion n'est pas considérée comme telle.<br/> <b>Amélioration engagée au niveau dyadique</b> avec le cadre de proximité : SR2CT et révision des savoir-faire; l'action est repositionnée autour de l'infirmier référent.<br/> <b>Résultat</b> : les observations du membre immergé permettent de conclure à une amélioration significative.</p> | <p>Les signes sont sans ambiguïté.</p>  |  |
| <b>Règle erronée</b>                      | <p>Le cathéter n'est pas changé à la (mauvaise) raison que la douleur ressentie ne s'accompagne d'aucune rougeur observable et que les symptômes banaux n'ont pas à être pris en compte.<br/> <b>Amélioration engagée au niveau dyadique</b> : idem cellule ci dessus.<br/> <b>Résultat</b> : idem cellule ci dessus.</p>   | <p>Mise en DASRI d'un linge multi-usages souillé.<br/> <b>Améliorations proposées au niveau dyadique</b> : SR2CT.<br/> <b>Résultat</b> : l'action n'a pas été engagée en raison d'un manque de disponibilité du cadre de proximité et du caractère jugé non prioritaire du problème.<br/> <b>Révision des savoir-faire</b> par l'encadrement.<br/> <b>Résultat</b> : pour les mêmes raisons, cette action n'a pas été engagée bien que demandée par la direction.</p> | <p>Troncage d'un séjour à la (mauvaise) raison que le patient est sorti de l'hôpital au cours du séjour.<br/> <b>Amélioration engagée au niveau dyadique</b>: SR2CT du SIM<br/> <b>Résultat</b> : détérioration du codage due à l'ouverture de l'hôpital de semaine. Un développement informatique spécifique a permis d'améliorer la récupération de ce type d'erreur.</p>  |
|   | <p>L'intention de changer le CVP est abandonnée à la (mauvaise) raison d'une intervention du patient.<br/> <b>Amélioration engagée au niveau dyadique</b> (idem cellule ci dessus.<br/> <b>Résultat</b> : idem cellule ci dessus.</p>   |   | <p>Mauvaise hiérarchisation des diagnostics.<br/> <b>Amélioration proposée au niveau dyadique</b>: SR2CT du SIM<br/> <b>Résultat</b> : l'action n'a pas été engagée, car il a été jugé plus efficace de récupérer les erreurs que de les prévenir.<br/> <b>Innovation engagée au niveau interface homme/équipement</b> : développement d'une aide logicielle pour le codeur.<br/> <b>Résultat</b> : la proposition a connu un début de mise en œuvre, puis a été abandonnée; le développement d'une aide logicielle facilitant la récupération des erreurs par le SIM ayant été jugée plus efficace.</p>   |
| <b>Connaissances</b>                      | <p>Aucune proposition</p>   | <p>Aucune proposition</p>   | <p>Erreurs et omissions dues à une méconnaissance des codes.<br/> <b>Innovation engagée au niveau interface homme/équipement</b> : développement d'une aide logicielle pour le codeur.<br/> <b>Résultat</b> : la proposition a connu un début de mise en œuvre, puis a été abandonnée; le développement d'une aide logicielle facilitant la récupération des erreurs par le SIM ayant été jugée plus efficace.</p>   |

**Tableau 6. Suites données aux suggestions faites et résultats des actions engagées (suite)**

|   |   |
|---|---|
| <p>Objets</p> <p>Surveillance des cathéters veineux périphériques (CVP)</p> <p>DEFENSES</p>   | <p>Tri des déchets de soin</p> <p>Codage des diagnostics et des actes</p> |
| <p>PREVENTION</p>   |   |
| <p>• Violations délibérées</p>  |   |
| <p>Négligence</p> <p>par dévalorisation de la tâche</p> <p>Taux anormal de DAOM en DASRI.<br/> <b>Innovations proposées au niveau organisationnel :</b><br/>         • Contrôle aléatoire mais réguliers des contenants.<br/>         • Systématisation des retours constructifs auprès de l'encadrement et évaluation de celui-ci.<br/>         • Prise en compte dans l'évaluation collective de la performance avec un impact sur le budget au prorata du coût DASRI.<br/> <b>Amélioration proposée au niveau dyadique :</b><br/>         SR2CT<br/> <b>Résultat :</b> aucune de ces propositions (innovations et améliorations) n'a été mise en œuvre, les ressources nécessaires ayant été mobilisées sur d'autres priorités.</p> <p>Taux anormal de codages non conformes.<br/> <b>Amélioration engagée au niveau dyadique :</b> SR2CT du SIM<br/>         L'action n'a pu être engagée qu'avec les services demandeurs<br/> <b>Résultat :</b> effet positif, mais éphémère selon le DIM.<br/> <b>Innovation au proposée niveau individuel :</b> Prise en compte dans l'évaluation.<br/> <b>Résultat :</b> l'action n'a pas été engagée à la raison de son manque d'efficacité supposé.</p>   |   |
| <p>par manque d'attention portée à une tâche jugée importante</p> <p>Surveillance non conforme du CVP.</p> <p>Mise de DASRI en DAOM.</p> <p><b>Innovation engagée au niveau dyadique :</b> intervention de l'encadrement visant à améliorer la gestion des arbitrages entre des exigences contradictoires.<br/> <b>Engagée au niveau dyadique :</b> avec le cadre de proximité, l'action a été repositionnée autour de l'infirmier référent.<br/> <b>Résultat :</b> les observations du membre immergé permettent de conclure à une amélioration significative.</p> <p><b>Innovations proposées au niveau organisationnel :</b><br/>         • Contrôles aléatoires mais réguliers des contenants.<br/>         • Systématisation des retours constructifs auprès de l'encadrement et évaluation de celui-ci.<br/> <b>Résultat :</b> aucune de ces propositions n'a été mise en œuvre, les ressources nécessaires ayant été mobilisées sur d'autres priorités.</p> <p><b>Amélioration engagée au niveau dyadique :</b><br/>         SR2CT<br/>         Engagée avec le cadre de proximité, l'action a été repositionnée autour de l'infirmier référent et complétée par une action de communication (affichage notamment) de l'infirmier hygiéniste<br/> <b>Résultat :</b> Un audit fait apparaître un bilan mitigé : bien que réduit le risque sanitaire demeure, tandis que le placement de DAOM en DASRI continue de grever le budget de l'hôpital.</p> <p>Taux anormal de tris non conformes<br/>         Résistance possible pour les non conformités simplement génératrices de coûts.<br/> <b>Innovations proposées au niveau organisationnel :</b><br/>         • Systématisation des retours constructifs auprès de l'encadrement et évaluation de celui-ci.<br/> <b>Amélioration proposée au niveau dyadique :</b><br/>         SR2CT.<br/> <b>Résultat :</b> aucune de ces actions (innovations et améliorations) n'a été engagée faute de moyens humains.</p> |   |
| <p>Résistance</p> <p>Aucun cas rapporté, donc aucune proposition.</p> <p>Taux anormal de codages non conformes.<br/> <b>Amélioration engagée au niveau dyadique :</b> SR2CT du SIM sur les fréquences anormales d'erreurs<br/> <b>Résultat :</b> variable d'après le DIM selon le degré de résistance affiché par les services.<br/> <b>Innovation proposée au niveau individuel :</b> prise en compte dans l'évaluation individuelle.<br/> <b>Résultat :</b> L'action n'a pas été engagée à la raison de son manque d'efficacité supposé.<br/> <b>Amélioration engagée au niveau organisationnel :</b> renforcement des contrôles des codeurs problématiques<br/> <b>Résultat :</b> positif, mais éphémère selon le DIM.</p>   |   |

Tableau 6. Suites données aux suggestions faites et résultats des actions engagées (suite)

| Objets              | Surveillance des cathéters veineux périphériques (CVP)   | Tri des déchets de soin   | Codage des diagnostics et des actes   |
|---------------------|--|---|---|
| <b>DEFENSES</b>     |  |   |   |
| <b>RECUPERATION</b> | <p>Possible par le soignant ou l'aide-soignant.<br/> <b>Innovation engagée au niveau dyadique</b>:<br/>           encourageant de l'encadrement adressé aux soignants à assumer pleinement leur rôle dans la récupération des erreurs.<br/> <b>Engagée</b> en priorité pour les IDE, la mesure ne le sera qu'ultérieurement pour les aides soignants.<br/> <b>Résultat</b> : Les observations du membre immergé permettent de conclure à une amélioration.</p>   | <p>Aucune proposition.<br/>           NB: Si elle n'est pas instantanée, la récupération est difficilement envisageable.</p>  | <p>Aucune proposition.<br/>           NB: C'est un des rôles du SIM que de récupérer les erreurs de codage.</p>   |
| <b>ATTENUATION</b>  | <p>A partir d'un niveau de criticité correspondant à l'indice 3 de l'échelle de Maddox, le médecin traitant doit être informé.<br/> <b>Innovation engagée au niveau dyadique</b> :<br/>           • Encouragement par l'encadrement à la révélation rapide et systématique de la situation.<br/> <b>Résultat</b> : aucune venue sur la période.<br/>           • Sanction des révélations tardives et des tentatives faites pour gérer secrètement le problème.<br/> <b>Résultat</b> : la mesure n'a pas fait l'objet d'une mise en oeuvre spécifique, mais des sanctions ont été prises pour la première fois depuis longtemps pour des manquements graves aux pratiques professionnelles.</p>  | <p>Aucune proposition.<br/>           NB En cas d'accident sanitaire dû au placement d'un DASRI en DACM, les mesures d'atténuation ne peuvent en général être prises par celui qui a enfreint la règle.</p> | <p>Aucune proposition.<br/>           NB Si elle n'est pas récupérée, une erreur de codage expose l'hôpital à des sanctions de la part des autorités de contrôle.</p> |
|                     | <p>* En raison des risques inhérents aux veinites, une surveillance au moins quotidienne de l'état du patient et du site d'insertion du cathéter est recommandée par l'HCSP (2010).<br/>           L'association de la surveillance du site au contrôle des constantes (pouls, tension artérielle, ...) a permis d'éliminer la majeure partie des omissions.<br/>           ** Les caractères grisés indiquent des situations non problématiques.<br/>           *** D'une manière générale, la pérennisation de résultats supposerait une permanence de l'effort que compromet la pression exercée par des priorités concurrentes sur les moyens humains disponibles.<br/>           **** Cette révision peut se faire sous la forme de courtes sessions de formation. Il est recommandé que la formation ait lieu sur le terrain (ANAP, 2010). Il est suggéré qu'elle s'appuie sur des outils comme celui, ludique, proposé par l'ANAP pour le tri des déchets (Déchetri).</p> |   |   |

## L'HABILITANT ET LE DISCIPLINANT : DEUX REGISTRES DISTINCTS, MAIS INTERDÉPENDANTS

Même si l'habilitant et le disciplinant s'entr'écarteraient, il est possible de présenter successivement les objectifs poursuivis sur chacun de ces registres.

### *Mobiliser en faveur de l'apprentissage pour développer les compétences et induire un changement positif des attitudes*

Le principal objectif de cette mobilisation consistait dans un effet d'apprentissage, mais nous n'avons pas écarté l'idée que la norme de réciprocité (Gouldner, 1960 ; Cialdini, 1984) puisse conduire les bénéficiaires de ce support à accroître en retour leur contribution à l'organisation.

**La systématisation des retours d'informations constructifs centrés sur la tâche.** L'importance de la mobilité professionnelle nous a conduit à considérer que les erreurs commises étaient dues, en grande partie, à l'inexpérience des agents : les règles qui sont complètes, au sens de Leplat et Hoc (1983), pour des agents confirmés, ne le sont pas nécessairement pour des agents débutants. Afin d'améliorer les compétences des opérateurs, la recommandation a été faite de mobiliser l'expertise disponible à l'intérieur (l'encadrement dans le cas des CVP et des déchets), comme à l'extérieur du service (le SIM en matière de codage). Comme l'observe Leplat (2006 :19), à propos de l'importance de l'usage du feedback en matière de formation « ce n'est pas la pratique qui apprend, mais la pratique dont les résultats sont connus ». Des actions en ce sens avaient déjà été entreprises avant la recherche. Un des apports de cette dernière a consisté à suggérer que les interventions de l'encadrement ou des experts a) ne soient pas simplement épisodiques, mais systématiques<sup>11</sup>, b) s'appuient sur une mesure objective et régulière des manquements observés<sup>12</sup> et c) tirent parti des enseignements de la littérature relative aux interventions de l'encadrement. Il s'agissait alors de promouvoir la « systématisation des retours constructifs centrés sur la tâche » (SR2CT) de la part des divers acteurs susceptibles d'intervenir en ce sens auprès des opérateurs.

Comme il y a des raisons de penser que les interventions gagnent à être informées par la théorie (Cane, et al., 2012), nous nous sommes appuyés sur les recherches menées dans ce domaine (Alder, 2007 ; Anseel & al., 2009 ; Kluger & DeNisi, 1996, 1998) pour recommander à l'encadrement et aux experts du SIM a) de situer leur intervention au plus près de la tâche, b) de veiller à leur donner un tour constructif et c) d'en assurer le caractère systématique.

**Les bénéfices indirects d'un retour d'information constructif.** La ligne d'action qui vient d'être exposée visait également des bénéfices indirects. Faisant fond sur le concept d'échange social (Blau, 1964) et sur la norme de réciprocité (Gouldner, 1960), la littérature suggère que des actions constructives et bénéfiques, adressées par les représentants de l'organisation à des employés, contribuent à l'établissement de relations d'échange de qualité (Konovsky & Pugh, 1994). Elles créent également pour les employés l'obligation de réciproquer de manière également constructive et bénéfique (Rhoades & Eisenberger, 2002). Au sein d'une organisation, comme l'hôpital ReCo où le pouvoir de récompenser est limité, les bénéfices indirects d'un soutien constructif apporté à des collaborateurs ou à des collègues ne pouvaient être négligés.

### *Sanctionner pour améliorer la fiabilité et combattre l'anomie*

Nous avons observé que le pouvoir de sanctionner n'était que rarement exercé au sein de l'hôpital et ne l'était au mieux qu'avec beaucoup de retenue. Sur la base d'une enquête portant sur l'ensemble du personnel (cf. annexe B tableau B1), nous avons considéré que la réticence de la direction à user de sanctions n'était pas sans lien avec le fort sentiment d'impunité qui prévalait au

11. Par le passé, « l'effet soufflé » a souvent été observé à l'hôpital ReCo à la suite de programmes d'actions menés en vue d'une prochaine certification. Nos propositions ont donc été guidées par la recommandation de l'ANAP (2010) de ne pas relâcher l'effort après l'obtention de résultats et d'effectuer périodiquement des contrôles.

12. Une recommandation analogue est faite par l'ANAP (2010) à propos du tri et la Meah (2008a) à propos du codage des diagnostics et des actes.

sein du personnel. Nous avons recommandé de redonner de l'importance à la sanction. Cette recommandation ambitionnait de contrecarrer les effets délétères des manquements sur le collectif, au delà de l'objectif visant à réduire la fréquence des violations délibérées de la règle.

La sanction a été définie (Kazdin, 1975 : 33-34) comme le fait d'associer (de dissocier) quelque chose de désagréable (d'agréable) à (d') un comportement, afin d'en diminuer la fréquence. Jusqu'au début des années 80, la littérature a eu tendance à déconseiller aux managers de sanctionner leurs subordonnés parce que les effets secondaires indésirables l'emportaient sur les bénéfiques (Luthans & Kreitner, 1985). Cette approche traditionnelle de la sanction manquait toutefois de références aux situations organisationnelles et, faute de pouvoir exhiber des résultats de qualité scientifique, elle inclinait à mettre en avant des considérations d'ordre moral (Arvey & Ivancevich, 1980). A partir des années 80, les chercheurs font le constat que l'usage de sanctions peut avoir une influence positive sur les attitudes et les perceptions des salariés (Arvey, *et al.*, 1984 ; O'Reilly & Puffer, 1989 ; Podsakoff & Todor, 1985), notamment lorsque les sanctions sont fondées sur les performances de l'employé (Podsakoff, *et al.*, 2006). Ils mentionnent également parmi les bénéfices négligés de la sanction le fait qu'elle a) maintient les normes sociales au sein d'un groupe, b) signale aux autres membres les comportements inacceptables et c) contribue à la perception d'un exercice juste de l'autorité (Trevino, 1992). Les entretiens menés au sein de l'hôpital ReCo corroborent cette analyse. A plusieurs reprises, nos interlocuteurs se sont dits choqués par certains comportements, notamment ceux qui mettaient en péril la sécurité des personnes. Ils ont regretté qu'ils ne soient pas sanctionnés, car il leur semblait que cela était préjudiciable au bon fonctionnement du collectif.

La nature des activités étudiées au sein de l'hôpital ReCo nous a par ailleurs conduit à relativiser l'argument classique suivant lequel la sanction qui pointe le comportement à éviter sans rien dire du comportement attendu est propre à déconcerter. En effet pour ces activités, le comportement attendu est clairement établi et la sanction n'a donc aucune raison de laisser l'employé désemparé quant à la conduite à tenir.

Sur la base de ces analyses, notre équipe a défini pour chacune des tâches les manquements à la règle dont il convenait de réduire prioritairement la fréquence et précisé les conditions d'application des sanctions. La situation la plus simple était celle de la cotation des séjours. Les erreurs de codages sont assignables sans problème à leur auteur et les taux d'erreurs sont facilement comparables. Il a donc été suggéré, qu'après un retour d'information approprié sur les erreurs commises, le taux d'erreurs soit intégré à l'évaluation des personnels. En matière de tri des déchets, le contrôle ne permet pas d'assigner de responsabilité individuelle, mais il permet la comparaison entre services. Il a donc été proposé d'imputer la responsabilité des non conformités aux cadres des services concernés et d'en tenir compte dans leur évaluation. Dans le cas de la surveillance des CVP, où le risque d'omission est sous contrôle, le problème qui subsiste concerne l'erreur dans l'évaluation de la situation de la part des personnels, notamment débutants. Il n'a pas été proposé de sanctionner l'erreur, mais sa dissimulation, parce que celle-ci est susceptible de retarder les mesures propres à réduire les effets dommageables de l'erreur.

Il importe de souligner que l'idée de sanction est comprise dans la notion de discipline, mais est loin de l'épuiser. Ainsi l'association de la surveillance des cathéters au contrôle des constantes à un effet disciplinant, mais ne constitue pas pour autant une sanction. Comme on le verra par la suite, les actions disciplinantes n'ayant pas valeur de sanction constituent des leviers de progrès extrêmement intéressants.

## L'ÉQUILIBRE DE L'HABILITANT ET DU DISCIPLINANT AU NIVEAU DE CHACUNE DES ACTIVITÉS

*CVP : une proposition remaniée, un équilibre entre les volets habilitant et disciplinant et une nette amélioration des pratiques*

A la suite d'un événement indésirable grave survenu durant l'été 2011, la surveillance des CVP est devenue une priorité de la direction des soins. La proposition initiale faite par notre équipe consistait à mobiliser les cadres des services pour qu'ils mènent des actions de formation et d'accompagnement du personnel infirmier en matière de pose et de surveillance des CVP. Après que cette action eut été engagée, il fut décidé de procéder à un audit flash destiné à apprécier l'évolution des risques. Réalisé en février 2013, celui-ci livra un diagnostic alarmant : aucun événement indésirable n'avait certes été constaté, mais les règles propres à la surveillance des CVP n'étaient pas maîtrisées par la majorité de l'effectif infirmier. Une enquête informelle réalisée auprès du personnel soignant par le cadre supérieur immergé membre de l'équipe de recherche fit apparaître que les interventions des cadres de proximité n'avaient pas le caractère habilitant souhaité et étaient perçues par le personnel comme disciplinantes. Les entretiens réalisés par ce cadre supérieur immergé avec les cadres mirent en évidence la raison de cette dérive. Absorbé par des tâches chronophages, comme la gestion des plannings du personnel ou des lits, non préparé ou mal formé à remplir son rôle de manager, le cadre n'accordait que peu de temps à la formation et à l'accompagnement au quotidien de ses collaborateurs. Le constat opéré rejoignait en partie celui fait par Detchessahar (2011 : 99) sur la base d'une quinzaine d'enquêtes réalisées auprès d'organisations appartenant à des secteurs variés : « les salariés des organisations étudiées, loin de souffrir des excès ou de l'omniprésence du management, pâtissent à l'inverse de l'absence (...) d'un manager empêché, happé par d'autres exigences que celles du travail et de son animation ».

L'action initialement proposée poursuivait en fait deux objectifs. Le premier, affiché, consistait à améliorer les compétences des opérateurs. Le second visait à remettre tous les cadres de proximité dans l'activité de leur équipe. En effet, à la différence de ce que suggère Detchessahar (2011), nous pensions, compte tenu de la latitude que le système d'évaluation offrait aux cadres dans l'interprétation de leur rôle et au vu de ce que certains cadres parvenaient à faire, que l'« empêchement » des autres tenait plus à leur conception de leur rôle qu'aux contraintes organisationnelles. L'absence d'avancée sur notre second objectif nous conduisit à privilégier le premier et à procéder à un remaniement du dispositif, d'autant mieux accepté par les cadres de proximité que le dessaisissement qu'il instaurait préservait leur autorité et intervenait après l'échec d'une solution qui leur réservait le premier rôle.

Le nouvel agencement repose sur la mobilisation de pairs-experts, l'infirmier référent (IR) et l'infirmier hygiéniste (désormais IDEH), agissant en délégation du cadre de proximité. Le rôle d'accompagnant formateur est essentiellement assuré par l'IR. Outre le soutien méthodologique et pédagogique qu'il apporte au personnel infirmier, l'IR assure l'interface avec l'équipe médicale, notamment lors des transmissions. Il gère également les risques et les événements indésirables. C'est sur ce dernier volet que l'IDEH intervient de façon ponctuelle en appui de l'IR. Bien qu'en retrait, les cadres de proximité restent partie prenante d'une démarche dont ils favorisent l'accomplissement en accordant du temps et des moyens aux IR. Les observations réalisées par le cadre supérieur, membre immergé de l'équipe, permettent de conclure à une amélioration dans la surveillance des CVP. Les échanges avec les personnels suggèrent que l'efficacité du dispositif remanié s'explique par deux facteurs. Le premier consiste dans le caractère habilitant de l'organisation mise en place. Les IR, disponibles pour accompagner les infirmiers, ont une solide compétence dans

le domaine et sont reconnus à ce titre par le personnel. Par ailleurs ils sont considérés comme des pairs par les infirmiers, en dépit du pouvoir hiérarchique dont ils disposent par délégation. Les échanges sont par conséquent plus ouverts et plus confiants qu'avec les cadres. Le second facteur tient au caractère disciplinant conféré au dispositif par la conjonction de quatre mesures : l'association de la surveillance des cathéters au contrôle des constantes, la traçabilité informatique de la surveillance des CVP, le maintien du dispositif dans un cadre hiérarchique et l'application pour la première fois depuis longtemps de sanctions pour des manquements graves aux pratiques professionnelles. A la suite des actions entreprises, la surveillance des CVP a été débanalisée et considérée comme un soin à part entière, qu'il convient de pratiquer dans le respect strict des pratiques professionnelles.

*Tri des déchets de soin : un déplacement des priorités, une absence de mesures disciplinantes et un bilan mitigé*

Après une enquête de rudologie, qui avait montré l'ampleur des manquements aux règles de tri des déchets de soin, la direction de l'hôpital avait affirmé en 2011 son intention de faire procéder régulièrement à des contrôles aléatoires dans les services, devant le personnel et si possible en présence du chef du service. Elle estimait que le caractère public de ces actions mettait en jeu la réputation des responsables concernés et pouvait de ce fait avoir un effet disciplinant. Ces contrôles, accaparant trop de personnel, ont rapidement été interrompus. Peu avant que notre équipe ne se saisisse du problème du tri, la direction de l'établissement avait aménagé des espaces de stockages adéquats et mis à disposition des personnels les équipements (supports et contenants adéquats) nécessaires à la réalisation de tris conformes. Les opérations de sensibilisation et de formation, qui existaient antérieurement et qui visaient principalement les nouveaux venus, ont été maintenues au cours de la période. Comme dans le cas de la surveillance des CVP, le dispositif qui reposait initialement sur les cadres de proximité a été repositionné pour faire place à l'intervention des pairs-experts que sont les IR et les IDEH. Ces dernières avaient de multiples occasions de faire passer des messages, mais parce qu'ils étaient généralement délivrés hors contexte de travail, ces messages étaient jugés peu habilitants par ceux auxquels ils s'adressaient. C'est donc aux IR que, finalement, a été confié le soin d'accompagner les personnels dans le cours de leur activité. L'audit réalisé en juin 2013 sur l'ensemble des services chirurgicaux et une partie des services de médecine présente un bilan mitigé. Sauf dans un service, on ne trouve certes plus de DASRI dans les contenants DAOM, mais aucune amélioration n'est à noter en ce qui concerne l'usage des contenants DASRI qui sont encore fréquemment trop remplis ou inappropriés (comme des sacs plastiques utilisés pour des DASRI tranchants). De manière analogue, les contenants destinés aux DASRI comportent encore beaucoup trop de DAOM. Au total, bien que réduit le risque sanitaire demeure, tandis que le placement de DAOM en DASRI continue de grever le budget de l'hôpital. Deux facteurs peuvent être avancés pour expliquer la modestie des résultats par rapport à ceux obtenus dans le domaine de la surveillance des CVP : la question du tri des déchets de soin a perdu avec le temps son caractère prioritaire et aucune mesure à caractère disciplinant n'a été mise en œuvre pour assurer le respect des règles.

*cotation des séjours : les mesures habilitantes ne produisent guère d'effet en l'absence de toute mesure disciplinante, une politique efficace mais de second rang est mise en œuvre*

Depuis l'introduction de la tarification à l'activité (T2A), la cotation des séjours est devenue un enjeu essentiel pour les établissements hospitaliers. La direction de l'hôpital s'est donc préoccupée de sensibiliser les praticiens à

l'importance d'un codage rigoureux. Lorsque notre équipe a entrepris d'étudier la question, la communication sur ce thème avait eu, selon le DIM, des effets sensiblement différents selon les générations de praticiens. Les jeunes médecins et chirurgiens, sensibilisés à la pratique du codage durant leur formation, se montraient plus sensibles que leurs aînés aux messages qui leur étaient adressés et le DIM observait des effets d'apprentissage significatifs chez les praticiens récemment arrivés. En revanche, la qualité du codage effectué par les praticiens ayant plus d'ancienneté ne montrait aucun signe durable d'amélioration. Comme pour les autres tâches, les propositions de notre équipe mêlaient des dispositions habilitantes et des mesures disciplinantes. Une large partie du volet habilitant reposait sur la systématisation de retours constructifs centrés sur la tâche et opérés par le SIM. L'effet sur la population cible a été jugé décevant. Certaines actions, comme les interventions du DIM lors des comités de bloc, auraient eu, de l'avis du DIM, un effet positif, mais de courte durée ; d'autres, comme l'envoi aux praticiens du fichier des codages corrigés, ne pouvaient pas, selon le DIM, être crédités d'un résultat positif, même modeste et temporaire. La répétition des mêmes erreurs et le contenu des interactions du SIM avec les praticiens<sup>13</sup> ont amené le DIM à considérer qu'aucun apprentissage significatif n'avait eu lieu.

L'efficacité modeste des mesures préconisées sur la population résistante au codage, l'énergie qu'elles exigeaient de la part du SIM et le caractère temporaire de leurs effets, combinés à l'absence de décision quant à la prise en compte de la qualité du codage dans l'évaluation des praticiens ont conduit le DIM à développer une politique alternative reposant sur l'amélioration de la récupération des erreurs. Adoptée faute de mieux, au moins à titre temporaire, cette politique a permis d'accroître la fiabilité du codage, au prix d'investissements logiciels et d'un alourdissement de la charge de travail du service. Les erreurs ne sont pas toutes récupérées, mais les résultats des enquêtes en profondeur réalisées de façon aléatoire suggèrent une amélioration sensible de la maîtrise du risque. Ce substitut au dispositif proposé n'a en lui-même aucun caractère habilitant, ni contraignant.

## LA DIALOGIQUE DE L'HABILITANT ET DU DISCIPLINANT

Il apparaît en conclusion que le simplement habilitant (tri des déchets et codage des diagnostics et des actes), comme le simplement disciplinant (la surveillance des CVP, dispositif initial) n'ont pas donné de résultats satisfaisants, à la différence de ce que l'on observe lorsque les deux registres sont mobilisés de manière équilibrée (la surveillance des CVP après remaniement du dispositif). La notion d'équilibre est intéressante d'un point de vue descriptif, mais elle ne rend pas compte des relations dynamiques qu'entretiennent les deux registres dans le cas de règles élémentaires. Le caractère complet de la règle permet d'exiger d'un opérateur confirmé qu'il la respecte strictement, dès lors que les conditions nominales sont réunies. Avant de pouvoir exprimer la même exigence à l'endroit d'un opérateur débutant, il faut que des actions habilitantes aient mis ce dernier en mesure d'exécuter la tâche sans autre acquisition complémentaire.

Cette observation d'apparence banale prend un relief particulier, si l'on considère que la mobilité du personnel paramédical de l'hôpital ReCo oscille aux alentours de 30% selon les services et les années. Elle signifie que le mécanisme dit « du soufflé » n'a sans doute pas l'importance que lui accordaient les membres de l'hôpital, y compris la direction, pour les tâches de surveillance des CVP et de tri des déchets. Selon ce mécanisme, la mobilisation induite par la proximité d'une visite de certification ne produirait qu'une amélioration très provisoire des comportements.

Cette explication est corroborée par les observations et les témoignages recueillis par un des membres immergés de notre équipe : certains opérateurs

13. Le médecin continue à appeler le SIM pour savoir pourquoi son codage a été repris.

modifient effectivement leurs comportements en fonction de la pression exercée pour obtenir d'eux le respect de certaines prescriptions. Compte tenu de l'importance de la mobilité du personnel, cette explication doit toutefois être complétée. En effet, les efforts entrepris à un moment donné, pour raison de certification ou autre, voient nécessairement leurs effets s'émousser à mesure que la composition de l'effectif se renouvelle. La prise en considération de ce second mécanisme est essentielle d'un point de vue managérial. En effet, l'explication dite « du soufflé » suggère que le non-respect des règles est le fait d'acteurs qui sont capables de bien faire, mais qui se montrent négligents et qu'il est donc légitime de sanctionner ; l'explication par la mobilité incite au contraire à développer des actions à caractère habilitant.

Là où elles sont rendues nécessaires par le manque de compétence des opérateurs, les actions habilitantes sont un préalable à la mise en place de mesures ayant le caractère de sanction. Le non-respect de cette condition conduirait non seulement à des problèmes pratiques, mais poserait la question de la légitimité des sanctions. Dès lors que l'on considère comme inévitable la présence d'opérateurs débutants, alors le disciplinant implique l'habilitant qui le légitime.

La dialogique qui unit les deux termes va toutefois au delà de cet enchaînement logique, dans la mesure où ceux-ci entretiennent des relations d'inclusion réciproque : l'habilitant étant dans une large mesure disciplinant et le disciplinant habilitant. Ainsi, l'obligation faite aux infirmiers inexpérimentés d'appliquer les consignes associées à l'échelle de Maddox garantit la sécurité des patients. Elle revêt donc un caractère indiscutablement habilitant. Mais les actions de formation à l'usage de cet instrument inscrivent, au moins provisoirement, le comportement des infirmiers dans un système de règles du type « si... alors », caractéristique d'un niveau intermédiaire du contrôle cognitif qu'un individu peut exercer sur l'accomplissement des tâches qui lui incombent. Dit autrement, ce cadrage pour habilitant qu'il soit, tient les infirmiers éloignés du niveau d'expert (Dreyfus, 2015).

Enfin, il est intéressant de noter que les dispositifs habilitants peuvent donner lieu au développement de relations interpersonnelles comportant un aspect disciplinant. L'enquête réalisée auprès du personnel de l'hôpital dans le cadre de l'intervention menée par ailleurs sur la transformation organisationnelle de l'établissement (cf. annexe B, tableau B1) a en effet révélé que les personnels se sentent redevables vis-à-vis des collègues qui les ont aidés à faire face aux exigences de leur activité. Ce résultat nous avait conduit à penser qu'un dispositif habilitant, comme celui mis en place pour la surveillance des CVP induit, du fait de la norme de réciprocité (Gouldner, 1960 ; Cialdini, 1984), un sentiment de dette. Il serait alors naturel de solder cette dette en mettant en œuvre les savoirs transmis, en l'occurrence par les pairs-experts. Aucune enquête systématique n'a été engagée sur ce point, mais les observations faites un membre immergé de l'équipe corroborent cette conjecture.

## DISCUSSION

La notion de règle élémentaire conduit à réviser ou à compléter les analyses qui s'inscrivent respectivement dans la tradition critique de la règle et dans l'approche HRO. Elle conduit également à ne plus considérer l'habilitant et le disciplinant comme les termes d'une opposition thématique, mais à les envisager dans un rapport dialogique.

## LA RÈGLE ÉLÉMENTAIRE : TÂCHE AVEUGLE DE LA TRADITION CRITIQUE

L'analyse que nous faisons de la littérature montre l'intérêt de la tradition critique de la règle, mais en souligne les limites. Parce qu'elle postule que les règles sont nécessairement incomplètes, la tradition critique en sociologie et en psycho-sociologie aboutit à faire de la transgression de la règle une nécessité quotidienne et un défilé obligé de l'innovation. En nous fondant sur les travaux d'ergonomes (Leplat & Hoc, 1983), nous proposons de distinguer entre deux types de règles. Le premier que nous qualifions de *complexe* est celui que vise la tradition critique : la règle est un construit social qui traduit des jeux d'intérêts et de pouvoirs. Elle s'inscrit dans un système plus vaste qui lui confère sa signification ; son maintien est plus affaire de légitimité que d'efficacité et sa mise en œuvre ne peut se réduire à une simple exécution. En effet, ceux dont elle est censée déterminer les comportements doivent l'adapter à des conditions et à des évolutions qui n'ont pas été envisagées par ses concepteurs. Le second type correspond aux règles que nous qualifions d'*élémentaires*. Celles-ci se distinguent des règles *complexes* sur quatre dimensions principales : elles sont consensuelles en ce sens qu'aucun énoncé de substitution n'est avancé par les acteurs ; elles sont évaluées sur leur efficacité ; elles sont, du fait de leur complétude, applicables sans acquisition complémentaire par un opérateur confirmé ; enfin elles peuvent être gérées de façon autonome en raison de leur couplage lâche au reste du système où elles s'insèrent. Le volet empirique de la présente recherche a permis de mettre en évidence l'existence de telles règles dans un contexte organisationnel.

Le premier apport de cette recherche consiste donc dans la critique de cette proposition que le travail réel s'écarte *nécessairement* du travail prescrit ; comme la règle effective s'écarte de la règle affichée (Babeau & Chanlat, 2008 ; Clot, 1995 : 102 ; Dejours, 2003 : 14 ; Friedberg, 1992 ; Girin & Grosjean, 1996 : 5 ; Linhart, 1994 : 78 ; Reynaud, 1993 : 35). Nous estimons en effet que cette proposition, parce qu'elle revêt un caractère universel, conduit à ignorer le cas particulier, mais en pratique important, des *règles élémentaires*.

Deuxièmement, nous avançons l'idée que, dans le cas des règles élémentaires, la notion d'erreur humaine conserve tout son intérêt alors qu'il « est devenu presque trivial de prétendre que la fiabilité et la défaillance sont produites par l'organisation » (Bourrier, 2001 : 9) et que « l'erreur humaine » a été critiquée comme étant un concept vide correspondant à une représentation sur-simplifiée de la réalité (Hollnagel, 2005). Nous montrons également que les manifestations de l'erreur humaine peuvent être utilement analysées à partir des cadres conceptuels proposés par Rasmussen (1983, 2000) et Reason (1993). Ceci nous a conduit à redonner de l'importance au niveau individuel, en termes d'erreur et de responsabilité ainsi qu'à la dimension disciplinante du management. Notre intention, toutefois, n'est pas de cantonner la démarche managériale à ce niveau et sur cette dimension. Pour ce qui est du niveau, nous avons suivi la suggestion de Reason (1997) consistant à exploiter le potentiel des approches multi-niveaux, afin de conférer aux interventions managériales la variété que requièrent les situations que nous avons étudiées. Le non-respect des règles peut être dû à des conditions organisationnelles. Ainsi l'indisponibilité des équipements requis peut conduire à violer la règle, tandis que des interruptions dues à la nécessité de satisfaire des priorités plus importantes peuvent provoquer des omissions. L'exécution d'une règle élémentaire nécessite que les conditions nominales de sa réalisation soient réunies ; ce n'est qu'une fois cette exigence satisfaite, qu'il devient possible d'exiger le respect strict de la règle de la part de tout opérateur confirmé. Pour ces raisons, l'analyse des situations et la conception des propositions d'actions ont été menées à trois niveaux : celui de l'individu, fréquemment élargie aux interactions avec l'encadrement, celui de la relation homme - équipement et enfin celui de l'organisation.

Troisièmement, tandis que la littérature a eu tendance à insister sur le caractère potentiellement créatif des erreurs et transgressions (Alter, 2002 ; Tsoukas & Chia, 2002) et sur les bénéfiques en termes d'apprentissage (Hollnagel, 2005), notre recherche suggère qu'il est hautement improbable que le non-respect de règles élémentaires puisse avoir un effet bénéfique. Les activités étudiées consistent à appliquer dans des situations relativement simples un ensemble peu ambigu d'instructions qui ne laisse place ni au jugement personnel, ni à l'innovation émergente. Pour chacune de ces activités, l'opérateur peut certes s'en remettre à son jugement pour catégoriser la situation, mais ce sera à chaque fois en raison d'un déficit de connaissance des règles applicables.

Concernant la possibilité d'une innovation émergente, il faut indiquer que les cadres catégoriels qui règlent les pratiques étudiées sont régulièrement mis à jour. Toutefois, si les règles évoluent, c'est de façon délibérée et non pas émergente, de manière ponctuelle et non pas continue. Les changements résultent de décisions prises au niveau national et, entre deux mises à jour, les règles sont claires, stables et s'imposent aux acteurs. Il apparaît donc hautement improbable que la transgression de cadres catégoriels largement et longuement éprouvés puisse être à l'origine d'innovations présentant un bénéfice au niveau collectif. Il s'ensuit qu'à la thèse suivant laquelle « bien travailler c'est toujours faire des infractions » (Dejours, 2003 : 15), nous opposons l'idée que lorsque des règles élémentaires doivent être édictées, il convient d'en exiger un respect rigoureux. Nous n'avons bien sûr pas la naïveté de penser que ces règles puissent suffire à assurer la fiabilité des opérations d'une organisation même relativement simple — aucune méthode ne peut soutenir une telle ambition — nous suggérons seulement que leur strict respect est propre à réduire les risques encourus.

## L'APPORT DES RÈGLES ÉLÉMENTAIRES À LA FIABILITÉ ORGANISATIONNELLE

Les recherches portant sur la fiabilité organisationnelle se sont intéressées aux erreurs et transgressions mettant en jeu des systèmes socio-techniques complexes et/ou de grande taille (Bingley & Roberts, 2001 ; Perrow, 1984 ; Turner & Pidgeon, 1978 ; Vaughan, 1996 ; Weick, 1988, 1990). Une première explication de ce penchant tient au défi que représente le comportement des systèmes complexes pour l'entendement humain ; une seconde explication tient au lien souvent établi entre la taille des systèmes considérés et l'ampleur des effets qu'un manquement aux règles peut avoir. Le peu d'attention accordé au non respect de règles élémentaires dans des agencements de taille et de complexité plus modeste, viendrait de ce qu'elles sont perçues comme moins pertinentes d'un point de vue pratique et moins stimulantes au plan intellectuel. Cette perception mérite d'être corrigée sur deux points. D'une part, il est vrai qu'aucun des dysfonctionnements étudiés dans le cadre de cet article ne peut à lui seul avoir les conséquences catastrophiques d'une erreur dans la conduite d'un système de grande taille, comme un avion ou une centrale nucléaire. Cependant, le défaut de surveillance des cathéters ou le mauvais conditionnement des DASRI peuvent être à l'origine de micro-catastrophes dont la répétition au niveau sociétal peut produire des effets excédant ceux de désastres plus notables (Van Cott, 1994). D'autre part, si les situations étudiées ne constituent pas un défi à l'entendement des opérateurs, elles requièrent un mode de management plus sophistiqué que ne le suggère la littérature et constituent donc un challenge suffisamment stimulant pour qu'on s'y attache.

Les principes qui régissent les tâches élémentaires nous ont par ailleurs conduits à considérer un modèle alternatif à celui développé par le courant HRO : celui de « l'ultra-sécurité » développé par Amalberti et al. (2005). Ceci tient au fait que les tâches concernées par les règles élémentaires n'ont rien d'imprévu et

que leur réalisation n'exige pas d'un membre expérimenté qu'il interagisse avec d'autres pour *faire sens de la situation*. A l'inverse la capacité à gérer l'imprévu, au centre de l'approche interactionniste de la haute fiabilité, repose sur la qualité de l'écoute réciproque et des échanges entre les membres. Ceci ne signifie pas que les règles élémentaires soient cantonnées aux seules tâches menées en isolation par un individu ; elles peuvent également concerner des tâches dont l'accomplissement dépend du comportement des tiers affectés par l'application de la règle. Ce point est éclairé par le cas des événements indésirables graves (EIG) liés au médicament, également traité par le courant HRO (Roberts & Bea, 2001 ; Roberts, et al., 1999 ; Weick & Sutcliffe, 2001 : 76 ; Weick, et al., 2005). Après les actes invasifs et les infections liées aux soins, les médicaments constituent la troisième cause d'EIG dans les établissements de santé en France (Michel, et al., 2010). Il a par ailleurs été observé qu'une part importante des erreurs relatives à la dispensation des médicaments par les pharmaciens et leur distribution par les infirmiers était attribuable à la transmission des prescriptions médicales sous forme manuscrite, voire orale et aux erreurs de compréhension entraînés par ces modes de communication (Roberts & Bea, 2001). Dans ce type de situation, la fiabilité est notamment compromise par la différence de statut entre les médecins et les autres professionnels (Roberts & Bea, 2001). Le fait de considérer le médecin comme LE responsable des soins aux patients conduit à attendre des autres professionnels qu'ils exécutent les ordres et non qu'ils exercent leur vigilance. Faute d'incitation, des problèmes ne sont pas repérés et des décès sont à déplorer, alors qu'ils auraient pu être évités (Roberts & Bea, 2001). Edmonson (2003, 2004) note à ce propos que le climat qui règne dans une équipe et le degré de sécurité psychologique éprouvé par ses membres sont des facteurs déterminants de la qualité des interactions. Ils conditionnent également les possibilités d'apprentissage tant individuel que collectif et, *in fine*, la fiabilité organisationnelle.

Il n'est pas dans notre intention de critiquer les propositions visant à améliorer la vigilance collective en développant la qualité de l'écoute entre les membres et le respect de leurs compétences respectives (Weick, 1993). Pour autant, l'édiction de règles élémentaires nous paraît conserver de son intérêt dans des situations où, comme pour la gestion du risque médicamenteux, l'amélioration de la sécurité des patients implique des interactions entre membres de l'organisation. Une observation réalisée dans un autre hôpital permet d'illustrer cette idée. Dans cet établissement, une règle instaurée consiste à exiger de la part des pharmaciens et infirmiers qu'ils refusent d'exécuter toute prescription transmise sous forme manuscrite et plus encore orale. Réduisant les risques d'EIG, le respect de cette règle a également permis de diminuer le risque pour le soignant de voir engagée sa responsabilité pénale. Au delà des efforts de communication et de sensibilisation à mener auprès des différentes catégories de personnel, l'efficacité d'une telle règle dépend d'un engagement clair et ferme de la direction à soutenir les infirmiers et les personnels de la pharmacie, tout particulièrement pendant la période d'instauration de la règle. Une règle de ce type ne résout pas tous les problèmes liés au médicament en milieu hospitalier. En particulier elle ne traite pas du problème des prescriptions médicales inadéquates et de la possibilité de récupération de ce type d'erreur par le personnel soignant. Même si les règles élémentaires que nous proposons poursuivent des objectifs plus modestes que ceux visés par Edmonson (2003, 2004) et le courant HRO, elles sont efficaces et conformes au premier principe de prévention des risques professionnels visant à éviter le risque en en supprimant la cause.

## L'HABILITANT ET LE DISCIPLINANT : D'UNE OPPOSITION THÉMATIQUE À UNE CONCEPTION DIALOGIQUE

La distinction entre orientations habilitante et disciplinante n'est pas totalement inédite dans la littérature managériale. Cette distinction symbolise le débat entre les tenants d'une vision négative de la bureaucratie, soutenant que la formalisation étouffe la créativité, nourrit l'insatisfaction et démotive les employés, et les tenants d'une appréciation positive, valorisant ce que la formalisation peut apporter en termes de clarification des rôles et de support à l'action (Adler & Borys, 1996). Autrement dit, ces deux aspects du fonctionnement organisationnel ont été érigés en une opposition thématique (Holton, 1982) qui structure le débat académique. En partant de la typologie classique de Burns et Stalker (1961), Adler et Borys (1996) proposent une typologie susceptible d'accueillir l'ensemble des travaux se rattachant à l'opposition thématique susmentionnée. Alors qu'il était usuel de distinguer les organisations selon leur degré de formalisation fort (type mécanique) ou faible (type organique), Adler et Borys (1996) suggèrent de les distinguer également en fonction du caractère habilitant ou contraignant de leur formalisation. L'adjonction de cette seconde dimension permet aux auteurs de construire une typologie qui ajoute l'organisation autocratique et la bureaucratie habilitante aux types déjà mentionnés. En dépit de son intérêt, la contribution d'Adler et Borys (1996) demeure dépendante de l'opposition thématique entre le disciplinant et l'habilitant. Le présent article suggère de dépasser cette opposition et propose, pour traiter du respect des règles élémentaires, un modèle managérial qui intègre les deux *themata* ainsi que leurs interrelations.

Si l'on considère tout d'abord la dimension disciplinante du management, nous sommes convaincus que la critique dont elle a fait l'objet est fondée, mais nous estimons aussi qu'elle est excessive. En effet, la discipline ne se limite pas à la sanction – comme le montre l'efficacité de la mesure consistant à associer la surveillance des cathéters au contrôle des constantes vitales – et la sanction n'a pas, dans le cas des règles élémentaires, les défauts qu'on lui prête. Ainsi, si la démarche traditionnelle consistant à rechercher un coupable et à le sanctionner est souvent contre-productive, il n'en va pas de même dans les situations étudiées et ce pour deux raisons. Tout d'abord, le risque que la personne sanctionnée se trouve désemparée ne se retrouve pas ici, car ce qu'il convient de faire est clairement établi pour tout opérateur confirmé. Ensuite, les salariés qui considèrent ces règles élémentaires comme légitimes et qui s'attachent à les respecter ont fréquemment exprimé au cours de cette recherche leur attente de voir sanctionner les manquements à ces règles. Ignorer cette attente ne peut que contribuer à développer un sentiment d'anomie. La discipline exercée alors au niveau individuel a un effet habilitant au niveau du collectif.

La dimension habilitante du management est essentielle dans les situations étudiées. Le respect des règles élémentaires ne peut être exigé que d'un agent confirmé. Or en raison de la mobilité professionnelle du personnel, l'effectif d'une entité peut comprendre un pourcentage significatif de débutants dans la carrière ou l'emploi. Leur accompagnement par l'encadrement a pour effet direct de faciliter leur montée en compétence. Par ailleurs, si elle est bien menée, l'intervention habilitante de l'encadrement, témoigne du support apporté aux collaborateurs dans l'accomplissement des tâches qui leur incombent et peut susciter chez ces derniers une obligation de réciprocité. A l'inverse, l'absence d'accompagnement aurait pour effet de délégitimer toute sanction ; ce qui signifie que l'habilitant est ici une condition nécessaire du disciplinant.

En synthèse, la reconnaissance des particularités de la règle élémentaire conduit à une conception dialogique du management où les aspects disciplinant et habilitant ne sont pas simplement complémentaires, mais observent un rapport dialogique d'entr'etayage.

## LIMITES DE LA RECHERCHE ET GÉNÉRALISATION À D'AUTRES SITUATIONS

La taille restreinte de l'échantillon de situations étudiées dans un seul hôpital constitue une limite de cette recherche. L'élargissement à d'autres cas dans des organisations de types différents aurait sans doute permis de mettre à jour d'autres phénomènes, d'enrichir nos explications et de tester un jeu de propositions enrichi. Le choix de travailler sur trois cas au sein du même hôpital ne résulte pas de l'arbitrage classique entre variété et profondeur, il procède plus directement de la nature collaborative de la recherche. Le caractère exceptionnel de ce type de dispositif ne peut à l'évidence être dupliqué ad libitum ; la question de l'ouverture d'un second chantier dans un autre établissement n'a donc pas été envisagée. Accroître le nombre des tâches à étudier ne posait pas le même problème et la possibilité en a été discutée, mais pour des raisons déjà exposées, nous avons décidé de nous en tenir aux seuls cas qui avaient retenu l'attention de la direction de l'établissement. Que dire dans ces conditions de la validité interne et externe de nos réflexions et résultats.

Si l'on suit King et al. (1994 : 120), une recherche en gros plan portant sur un échantillon restreint ne peut avoir que des ambitions très modestes du point de vue de sa validité interne. Pourtant, comme cela a été démontré par Campbell (1975), la validité interne d'une recherche dépend moins du nombre que de la qualité des cas étudiés. Un seul cas peut suffire, s'il est possible d'en tirer les données permettant de tester les implications des explications avancées. Au cas présent, la connaissance de l'établissement et du monde hospitalier par les membres immergés de l'équipe, leur capacité à rechercher les informations pertinentes et leur compétence quant aux problèmes traités fournissent une assurance raisonnable de la qualité des données collectées et de la robustesse des explications produites.

La validité externe, quant à elle, peut être envisagée sur trois plans : les propositions avancées dans cet article peuvent-elles trouver à s'appliquer à d'autres établissements hospitaliers, à d'autres tâches et à d'autres secteurs d'activité ? En ce qui concerne l'extension à d'autres établissements de soin, il convient de rappeler que les problèmes étudiés dans cet article font l'objet de réflexions au niveau national, voire international en ce qui concerne la surveillance des CVP et le tri des déchets de soin. Par ailleurs, la connaissance d'autres établissements de soin où elles sont appliquées, fournit une assurance raisonnable de la viabilité de politiques reposant sur le respect strict de règles élémentaires. Pour ce qui est de l'extension de nos propositions à d'autres tâches, le cas du médicament précédemment développé fournit un premier exemple de généralisation possible ; l'usage qui se répand des check-lists, notamment dans le domaine chirurgical, en est un autre. Pour sortir du domaine de la santé, sans pour autant entrer dans le champ des systèmes technologiques complexes, la connaissance que les auteurs ont d'autres secteurs, comme celui de la transformation agro-alimentaire, à propos de la sécurité sanitaire des aliments, ou d'activité telle que la conduite routière professionnelle, les incitent à penser qu'il est possible de généraliser nos propositions à d'autres contextes que l'hôpital.

## CONCLUSION

Bien qu'elles soient au centre d'un fonctionnement organisationnel jugé complexe, les règles font généralement l'objet d'appréciations tranchées et la littérature se partage entre ceux qui en défendent les mérites et ceux qui en critiquent les défauts. Afin de réconcilier ces deux traditions de pensée, nous

proposons d'envisager qu'il existe deux types de règles : les « complexes » qu'il est impossible de suivre à la lettre et les « élémentaires » qu'il convient de respecter strictement.

Dans le cadre de la recherche collaborative à visée managériale menée au sein d'un hôpital francilien, nous avons étudié trois activités et fait des propositions visant à gérer les manquements aux règles élémentaires attachées à ces activités. Conformément à une recommandation de Reason (1997), ces propositions ont été développées sur trois niveaux : organisationnel, ingénierique et individuel. Alors que les interventions menées au niveau individuel ont été largement déconsidérées par les travaux portant sur les systèmes technologiques complexes, notre recherche montre leur intérêt, lorsque la relative simplicité de la situation permet d'énoncer des règles élémentaires. Elle suggère également, dans ce cas, de reconsidérer l'idée fréquemment avancée que, les effets secondaires indésirables l'emportant sur les bénéfiques, il conviendrait d'éviter systématiquement de sanctionner les opérateurs.

Sur la base des observations réalisées avant et après la mise en œuvre de nos propositions d'action, nous suggérons l'adoption d'une démarche managériale que nous qualifions de dialogique parce qu'elle combine des aspects, habilitant et disciplinant, dont elle reconnaît le caractère à la fois complémentaire et antagoniste.

L'introduction du concept de règle élémentaire implique de donner un tour contingent au management des règles. Dans la mesure où nous sommes principalement attachés à développer ce concept, à étudier des activités où il trouve à s'appliquer et à faire des propositions visant à remédier aux manquements observés, il reste à développer une approche contingente des règles, accordant une égale attention aux règles complexes et aux règles élémentaires.

## REFERENCES

- Adler, P.S. & Borys, B. (1996). Two Types of Bureaucracy: Enabling and Coercive. *Administrative Science Quarterly*, 41, 61-89.
- Alder, G.S. (2007). Examining the relationship between feedback and performance in a monitored environment: A clarification and extension of feedback intervention theory. *Journal of High Technology Management Research*, 17(2), 157-174.
- Alter N. (2002). L'innovation : un processus collectif ambigu. In N. Alter (Eds), *Les logiques de l'innovation* (pp. 13-40). Paris : La Découverte.
- Amalberti R., Auroy, Y., Berwick, D. & Barach, P. (2005). Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care. *Annals of Internal Medicine*, 142(9), 756-764.
- ANAP - Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé. (2008). *Quicksan Déchets - outil d'auto évaluation de la gestion des déchets en établissements de santé*.
- ANAP - Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé. (2010). *Organisation de la gestion des déchets - Optimiser le traitement et réduire la signature environnementale - Retours d'expérience*.
- Anseel, F., Lievens, F. & Schollaert, E. (2009). Reflection as a strategy to enhance task performance after feedback. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 110(1), 23-35.
- Argyris, C. & Schön, D. (1989). Participatory action research and action science compared. *American Behavioral Scientists*, 32(XX), 612-623.
- Argyris, C. (1995). *Savoir pour agir - Surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel*, Paris : InterEditions.
- Arvey, R.D. & Ivancevich, J.M. (1980). Punishment in Organizations: A Review, Propositions, and Research Suggestions. *Academy of Management Review*, 5(1), 123-132.
- Arvey, R.D., Davis, G.A. & Nelson, S.M. (1984). Use of discipline in an organization: A field study. *Journal of Applied Psychology*, 69(3), 448-460.
- Babeau, O. & Chanlat, J.-F. (2008). La transgression, une dimension oubliée de l'organisation. *Revue française de gestion*, 3(183), 201-219.
- Balogun, J., Huff, A.S. & Johnson, P. (2003). Three Responses to the Methodological Challenges of Studying Strategizing. *Journal of Management Studies*, 40(1), 197-224.
- Benner, P. (2005). *De novice à expert – Excellence en soins infirmiers*. Paris: Masson.
- Bigley, G.A. & Roberts K.H. (2001). The Incident Command System: High Reliability Organizing for Complex and Volatile Task Environments. *Academy of Management Journal*, 44(XX), 1281-1300.
- Blau, P.M. (1964). *Exchange and power in social life*. New York, NY : Wiley.
- Bourrier, M. (2001). *Organiser la fiabilité*. Paris : L'Harmattan.

- Bras, P.-L., Vieilleribière, J.-L. & Lesteven, P. (2012). Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux. *Inspection générale des affaires sociales*, RM2012-024P.
- Burns, T. & Stalker, G.M. (1961). *The Management of Innovation*. London: Tavistock.
- Campbell, D.T. (1975). "Degrees of freedom" and the case study. *Comparative political studies*, 8(2), 178-193.
- Cane, J., O'Connor, D. & Michie, S. (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation science*, 7(1), 37-53.
- Cialdini, R.B. (1984). *Influence. The psychology of persuasion*. New York, NY: William Morrow and Company.
- Clot, Y. (1995). *Le travail sans l'homme*. Paris : La Découverte.
- Courpasson, D. (2000). Managerial Strategies of Domination, Power in Soft Bureaucracies. *Organization Studies*, 21(1), 141-161.
- Dejours, C. (2003). L'évaluation du travail à l'épreuve du réel - Critique des fondements de l'évaluation. Paris: Inra.
- Denzin, N.K. (1970). *The research act in sociology*. Chicago, IL: Aldine.
- Detchessahar, M. (2011). Santé au travail. Quand le management n'est pas le problème, mais la solution... . *Revue Française de Gestion*, 214, 89-105.
- DREES - Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (2013). *Panorama des établissements de santé*. Collection études et statistiques.
- Dreyfus, H. & Dreyfus, S. (1986). *Mind Over Machine: The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. New York, NY: The Free Press.
- Dreyfus, H. (2015). What is Moral Maturity? A Phenomenological Account of the Development of Ethical Expertise. Consulté le 15 février 2015. URL : [http://ist-socrates.berkeley.edu/~hdreyfus/rtf/Moral\\_Maturity\\_8\\_90.rtf](http://ist-socrates.berkeley.edu/~hdreyfus/rtf/Moral_Maturity_8_90.rtf).
- Edmondson A. C. (2003). Managing the risk of learning: Psychological safety in work teams. In M. A. West, D. Tjosvold & K. G. Smith (Eds), *International Handbook of Organizational Teamwork and Cooperative Working* (pp. 255-275). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.
- Edmondson A. C. (2004). Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Qualitative Safety Health Care*, 13, 3-9.
- Evered, R.D. & Louis, M.R. (1981). Alternative perspectives in the organizational sciences: Inquiry from the inside and inquiry from the outside. *Academy of Management Review*, 6(3), 385-395.
- Frenette-Leclerc, C.-A. (1991). Sur le chemin de l'expertise. Initialement publié in *l'Infirmière du Québec*, n° de février et consulté le 10 février 2015, URL : [http://www.infressources.ca/fer/depotdocuments/Sur\\_le\\_chemin\\_de\\_l\\_expertise.pdf](http://www.infressources.ca/fer/depotdocuments/Sur_le_chemin_de_l_expertise.pdf)
- Friedberg, E. (1992). Les quatre dimensions de l'action organisée. *Revue française de sociologie*, 33(4), 531-557.
- Giddens A. (1987). *La constitution de la société*. Paris : PUF.
- Girin, J. & Grosjean, M. (1996). *La transgression des règles au travail*. Paris : L'Harmattan.
- Girin, J. (1983). Le rôle des outils de gestion dans l'évolution des systèmes sociaux complexes. In M. Berry (Ed), *Rapport pour le Ministère de la recherche et de la technologie*. Paris: CRG-École Polytechnique.
- Gouldner, A.W. (1960). The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American Sociological Review*, 25(2), 161-178.
- HCSP - Haut conseil de la santé publique. (2010). Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. *Hygiènes*, 18(4).
- Hollnagel, E. (2005). The Elusiveness of "Human Error". Consulté le 27 décembre 2013, URL : <http://www.humanerroranalysis.com/page/on-human-error-the-elusiveness-of-human-error> .
- Holton, G. (1982). *L'invention scientifique*. Paris : PUF.
- Kazdin, A.E. (1975). *Behavior modification in applied settings*. Homewood: Dorsey Press.
- King, G., Keohane R.O. & Verba S. (1994). *Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kluger, A.N., & DeNisi, A. (1996). The Effects of Feedback Interventions on Performance: A Historical Review, a Meta-analysis, and a Preliminary Feedback Intervention Theory. *Psychological Bulletin*, 119(2), 254-284.
- Kluger, A.N., & DeNisi, A. (1998). Feedback interventions - Toward the understanding of a double edge sword. *Current Directions in Psychological Science*, 7(3), 67-72.
- Konovsky, M.A., & Pugh, S.D. (1994). Citizenship behavior and social exchange. *Academy of Management Journal*, 37(3), 656-669.
- Leplat, J. & Hoc J.M. (1983). Tâches et activités dans l'analyse psychologique des situations. *Cahiers de psychologie cognitive*, 3, 49-64.
- Leplat, J. (2006). La notion de régulation dans l'analyse de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 8(1), 2-28.
- Lewin, K. (1946). Action Research and Minority Problems. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34-46.
- Linhart, D. (1994). *La modernisation des entreprises*, Paris : La Découverte.
- Luthans, F. & Kreitner, R. (1985). *Organizational behavior modification and beyond*. Glenview, IL: Scott, Foresman.
- Meah - Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. (2008a). Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière- Retours d'expériences.
- Meah - Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. (2008b). La gestion des déchets dans les établissements de santé, Panorama réglementaire & propositions pratiques de mise en œuvre.
- Michel, P., Minodier, C., Lathelize, M., Moty-Monnereau, C., Domecq, S., Chaleix, M., Izotte-Kret, M., Bru-Sonnet, R., Quenon, J-L. & Olier, L. (2010). *Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé*. Dossiers solidarité et santé n°17 - DREES.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck.

- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2011). Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Bulletin officiel n° 2011/ 6 bis, fascicule spécial.
- Monin, P., Noorderhaven, N., Vaara, E. & Kroon, D. (2013). Giving Sense to and Making Sense of Justice in Postmerger Integration. *Academy of Management Journal*, 56(1), 256-284.
- Morin E. (2008). Logique et contradiction. Actes des Ateliers sur la contradiction - Nouvelle force de développement en science et société. *Ecole nationale supérieure des mines Saint-Etienne 19-21 mars, 8-26.*
- Morin, E. (1980). *La Méthode. 2 La Vie de la Vie*. Paris : Seuil.
- O'Reilly, C.A. & Puffer, S.M. (1989). The impact of rewards and punishments in a social context: A laboratory and field experiment. *Journal of Occupational Psychology*, 62(1), 41-53.
- Observatoire national interministériel de la sécurité routière. (2013). La sécurité routière en France - Bilan de l'accidentalité de l'année 2012.
- Pasmore, W.A., Stymne, B., Shani, A.B., (Rami), Mohrman, S.A. & Adler, N. (2008). The Promise of Collaborative Management Research, In A.B. (Rami) Shani, S.A. Mohrman, W.A. Pasmore, B. Stymne & N. Adler (Eds.), *Handbook of Collaborative Management Research* (pp. 7-31). Thousand Oaks (CA): Sage.
- Perrow, C. (1984). *Normal accidents*, New York, NY: Basic Books.
- Perrow, C. (1986). *Complex Organizations: A critical Essay*. New York, NY: Random House.
- Podsakoff, P.M., & Todor, W.D. (1985). Relationships between leader reward and punishment behavior and group productivity. *Journal of Management*, 11(1), 55-73.
- Podsakoff, P.M., Bommer, W.H., Podsakoff, N.P., & Mackenzie, S.B. (2006). Relationships between leader reward and punishment behavior and subordinate attitudes. *Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 99(2), 113-142.
- Rasmussen, J. & Svedung, I. (2000). *Proactive Risk Management in a Dynamic Society*. Karlstad: Swedish Rescue Services Agency.
- Rasmussen, J. (1983). Skills, rules, and knowledge - signals, signs, and symbols, and other distinctions in human performance models. *IEEE Transactions on Systems, Man, and Cybernetics*. 13(3), 257-266.
- Reason, J.T. (1993). *L'erreur humaine*, Paris : PUF.
- Reason, J.T. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot: Ashate.
- Reynaud, J.-D. (1993). *Les règles du jeu*. Paris : Armand Colin.
- Rhoades, L. & Eisenberger, R. (2002). Perceived Organizational Support - A Review of the Literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698-714.
- Roberts, K.H. & Bea R.G. (2001). Must Accidents Happen? Lessons From High-Reliability Organizations. *Academy of Management Executive*, 15(3), 70-79.
- Roberts, K.H., Yu, K., & Stralen, D.V. (1999). Patient Safety is an Organizational Systems Issue: Lessons from a Variety of Industries. *Handbook on Patient Safety* (pp. 1-25). Aspen Publications.
- SFHH (Société Française d'Hygiène Hospitalière) – HAS (Haute Autorité de Santé). (2005). Recommandation pour la pratique clinique - Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques.
- Tenkasi, R.V. & Boland R.J. (1993). Locating Meaning Making in Organizational Learning: The Narrative Basis of Cognition. In W. Passmore & R. Woodman (Eds), *Research in Organizational Change and Development*. Vol. 7, (pp. 77-103). Greenwich, CT: JAI Press.
- Terssac, G. de. (2012). Autonomie et travail. *Dictionnaire du travail*. Paris : PUF, 47-53.
- Trevino, L.K. (1992). The Social Effects of Punishment in Organizations: A Justice Perspective. *Academy of Management Review*, 17(4), 647-676.
- Trist, E. (1981). *The Evolution of Soci-technical Systems*. Toronto: Ontario Ministry of Labour.
- Tsoukas, H. & Chia R. (2002). On Organizational Becoming. *Organization Science*, 13(5), 567-582.
- Tsoukas, H. (2009). A dialogical approach to the creation of new knowledge in organizations. *Organization Science*, 20, 941-957.
- Turner, B. (1976). The Organizational and Interorganizational Development of Disasters. *Administrative Science Quarterly*, 21(3), 378-397.
- Turner, B.A. & Pidgeon N.F. (1978) (2<sup>nd</sup> ed. 1997). *Man-Made Disasters*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Van Cott, H. (1994). Human Errors: Their Causes and Reduction. In M.S. Bogner (Ed.), *Human error in medicine* (pp. 53-65). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Vaughan, D. (1996). *The Challenger Launch Decision: Risky Technology, Culture, and Deviance at NASA*. Chicago, IL: Chicago University Press.
- Wallon, H. (1947). Taylorisme, rationalisation, sélection, orientation. *Technique, Art et Science*, octobre, 5-7.
- Weber, M. (1921). La domination légale à direction administrative bureaucratique. *Économie et Société*, Paris : Plon, (1971). Publication originale, posthume, 1921.
- Weick K.E. (1979). *The Social Psychology of Organizing*. New York, NY: Random House.
- Weick, K.E. (1988). Enacted sensemaking in crisis situation. *Journal of Management Studies*, 25(4), 305-317.
- Weick, K.E. (1990). The Vulnerable System: An Analysis of the Tenerife Air Disaster. *Journal of Management*, 16(3), 571-593.
- Weick, K.E. (1993). The Collapse of Sensemaking in Organizations: The Mann Gulch Disaster. *Administrative Science Quarterly*, 38(4), 628-652.
- Weick, K.E. & Roberts K.H. (1993). Collective Mind and Organizational Reliability: The Case of Flight Operations on an Aircraft Carrier Deck. *Administrative Science Quarterly*, 38 (4), 357-381.
- Weick, K.E. & Sutcliffe, K.M. (2001). *Managing the Unexpected*, San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Weick, K.E., Sutcliffe, K.M. & Obstfeld D. (2005). Organizing and the Process of Sensemaking. *Organization Science*, 16(4), 409-421.
- Whyte, W.F. (1991). *Introduction. Participatory action research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Wiedenkiller, B., Modert, F., Karleskind, I., Dobbeleer, R., Muller, C., Glaser, F. & Kloster, A. (2010). De l'intérêt de l'implantation d'un outil de surveillance des voies veineuses périphériques : l'échelle de MADDIX modifiée. *Bulletin de la société des sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg*, 2, 315-318.
- Wisner, A. (1985). Analyse de la situation de travail – Méthodes et techniques. *Cours Physiologie du travail et ergonomie*, A3, leçon 9.
- Yin, R.K. (1984). *Case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

## **ANNEXE A. GLOSSAIRE**

CVP : Cathéter Veineux Périphérique

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

DAOM : Déchets Assimilables à des Ordures Ménagères

DIM : Directeur de l'Information Médicale en charge du SIM

HRO : High Reliability Organizations

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDEH : Infirmier Diplômé d'Etat Hygiéniste

SIM : Service d'Information Médicale

SR2CT : Systématisation des Retours Constructifs Centrés sur la Tâche

SRK : Skill-Rules-Knowledge

TIM : Technicien d'Information Médicale

## ANNEXE B. Les données secondaires collectées

La collecte des données s'est déroulée en deux temps correspondant aux phases de formulation des propositions d'action d'une part, d'observation des suites données aux propositions faites d'autre part. Les tableaux B1 et B2 présentent les données secondaires collectées respectivement au cours de chacune de ces phases.

Les données d'origine externe figurant dans le tableau B1 ont trait notamment aux dispositions réglementaires encadrant les tâches étudiées. Ces sources réglementaires ont été consultées en début de projet et ont été mobilisées notamment pour cadrer le recueil des données primaires.

**Tableau B1.** Données secondaires ayant étayé les propositions d'action

| Cas                                 | Sources   |
|-------------------------------------|---|
| Codage des diagnostics et des actes | -Circulaire n° DSS/DGOS/MCGR/2011/395 du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.<br>-Meah - Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (2008a) Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière - Retours d'expériences.   |
| Sources externes                    | -Ministère du travail, de l'emploi et de la santé (2011). Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Bulletin officiel n° 2011/ 6 bis, fascicule spécial et version provisoire du même guide (février 2014).   |
| Sources internes                    | -Tableaux hebdomadaires de synthèse des atypies<br>-Statistiques mensuelles des codages des médecins et des reprises par le SIM   |
| Tri des déchets                     | -ANAP - Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé (2008) Quickscan Déchets - outil d'auto évaluation de la gestion des déchets en établissements de santé.  |
| Sources Externes                    | -ANAP - Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé (2010) Organisation de la gestion des déchets - Optimiser le traitement et réduire la signature environnementale - Retours d'expérience.<br>-Centre hospitalier de Tourcoing - Direction Qualité (2006) Procédure d'élimination des déchets d'activité de soins.<br>-Meah - Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (2008b). La gestion des déchets dans les établissements de santé, Panorama réglementaire & propositions pratiques de mise en œuvre. |
| Sources internes                    | -Hôpital ReCo, Etude gestion des déchets, décembre 2010.<br>-Hôpital ReCo, Département logistique. <i>La gestion des déchets</i> , 24 mai 2011.   |
| Veinites                            | -HCSP - Haut Conseil de la Santé Publique (2010) "Surveiller et prévenir les infections associées aux soins - Recommandations" <i>Hygiènes</i> 18 (4).  |
| Sources Externes                    | -SFHH (Société Française d'Hygiène Hospitalière) – HAS (Haute Autorité de Santé) (2005) Recommandation pour la pratique clinique - Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques.<br>-Wiedenkeller, B., et al.. (2010). De l'intérêt de l'implantation d'un outil de surveillance des voies veineuses périphériques : l'échelle de MADDIX modifiée. <i>Bulletin de la société des sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg</i> (2), 315-318  |
| Sources Internes                    | -Direction de l'hôpital ReCo - Lettre de mission du groupe de travail cathéters veineux périphériques, juin 2011.<br>-Service de médecine* (2011), hôpital ReCo. Synthèses de la surveillance des voies veineuses périphériques des 9, 12, 18, 19 et 30 août 2011.<br>-Service médecine* (2011), hôpital ReCo. Revue de morbi-mortalité, novembre.  |
| Tous cas                            | -L'ensemble des données collectées dans le cadre de la recherche-action portant sur la transformation de l'hôpital et notamment celles recueillies au moyen d'une enquête par questionnaire. Réalisée en juin 2012, cette enquête portait sur l'ensemble du personnel de l'hôpital. Un millier de questionnaires a été distribué et 430 réponses ont pu être exploitées.<br>-L'ensemble des CR des réunions de direction sur la période de l'étude  |

\*La spécialité du service a été anonymisée.

**Tableau B2.** Données secondaires relatives aux tâches étudiées post-action

| Cas                                 | Nature des données  |
|-------------------------------------|---|
| Codage des diagnostics et des actes | -Tableaux hebdomadaires de synthèse des atypies<br>-Statistiques mensuelles des codages des médecins et des reprises par le SIM   |
| Tri des déchets                     | -Résultats de l'audit des déchets (daté du 8 octobre 2013)<br>-Répartition mensuelle du tri des déchets (DASRI/DAOM), années 2012 à 2014  |
| Veinites                            | -Résultat de l'audit flash réalisé en février 2013<br>-Résultat audit flash réalisé du 06 février au 17 avril 2014<br>-Questionnaire sur les bonnes pratiques CVP utilisé dans l'audit flash de 2014<br>-Rapport des bonnes pratiques relatives à la surveillance des CVP déc. 2014 |

**Gérard Koenig** est Docteur d'Etat, diplômé d'HEC, expert-comptable. Il est professeur des Universités, responsable du Master « Conseil, études et recherche » de l'Université Paris-Est. Auteur de nombreux articles sur le management et la stratégie, il a publié dans ce domaine plusieurs ouvrages : Stratégie d'entreprise - Antimanuel, en coll., Economica (1985), Gestion Stratégique, en coll., LITEC, (1992) et "Management stratégique - Projet, interactions et contexte" Dunod, (2004).

**Isabelle Vandangeon-Derumez**, Maître de Conférences, habilité à diriger des recherches, est membre du laboratoire de recherche IRG. Ses recherches concernent la transformation des organisations, la capitalisation des apprentissages et le rôle des différents acteurs, et plus spécifiquement des managers intermédiaires, au sein des processus de changement. Elle anime au sein de l'IRG un groupe thématique de recherche portant sur le changement organisationnel et les innovations pédagogiques.

**Marie-Claire Marty** est, depuis 2011, cadre supérieur de santé en charge de la coordination d'un pôle de spécialités médicales et de différents secteurs interventionnels attenants. A ce titre, elle a sous sa responsabilité 6 cadres de santé et plus de 220 personnes intervenant dans les domaines clinique, médico-technique et de la rééducation. Au sein de l'hôpital ReCo, elle a piloté plusieurs projets stratégiques, opérationnels et d'évaluation de pratiques paramédicales.

**Yves Auroy** est médecin anesthésiste réanimateur, professeur agrégé de médecine et docteur en science (PhD). Médecin chef des services et Chef de Service à l'hôpital ReCo à l'époque de la recherche, ses travaux de recherche portent sur la gestion des risques dans le domaine de la santé et en particulier dans la pratique de l'anesthésie-réanimation.

**Jean-Paul Dumond**, Maître de conférences, habilité à diriger des recherches, est responsable du master 2 Management des établissements de Santé de l'IAE Gustave Eiffel (Université Paris Est Créteil). Membre de l'Institut de Recherche en Gestion, il travaille, notamment, sur la transformation des organisations de santé et sur le don.

---

**Remerciements.** Nous remercions la direction l'hôpital ReCo pour la confiance et le soutien qu'elle nous a témoignés tout au long de cette recherche. Nos remerciements vont également à tous ceux qui au sein de l'établissement nous ont consacré du temps et ont partagé avec nous la connaissance et l'intelligence qu'ils avaient des situations étudiées. Cet article doit également beaucoup aux deux relecteurs anonymes, à leurs commentaires et conseils ; nous leur sommes extrêmement reconnaissants de l'attention qu'ils ont consacrée à ce travail. Qu'il nous soit permis, enfin, d'adresser des remerciements particuliers à Philippe Monin qui en tant qu'éditeur n'a pas ménagé ses efforts tout au long du processus de révision. Si ce texte a quelque mérite, c'est largement à ses critiques et suggestions qu'il le doit.