

Le Qui-Vive organisationnel : une forme de structuration du lien attention-action

Jacques Orvain

Résumé. Une étude empirique dans le domaine hospitalier a fait apparaître un pattern d'action particulier que nous proposons d'appeler Qui-Vive organisationnel. Ce pattern est composé d'un script d'action, de ressources instrumentales qui consolident le script, et de mécanismes qui orientent l'attention des acteurs. Le Qui-Vive organisationnel a une structure proche du « *Mindfulness* » mais s'en distingue sur plusieurs points : il met en alerte sur un danger spécifié, il met de la conscience dans l'action en s'appuyant sur des ressources instrumentales préparées à l'avance et renforce le sens de l'action par des mécanismes d'intercompréhension. La comparaison de deux patterns liant attention et action met en lumière des mécanismes de structuration différents qui répondent à des situations différentes. Le Qui-Vive organisationnel fait ainsi émerger une forme intermédiaire de structuration très marquée par l'importance de l'instrumentation, mais qui néanmoins préserve l'autonomie des acteurs.

Jacques Orvain

Management des Organisations
de Santé (EA 7348)
Ecole des Hautes Etudes en
Santé Publique
Rennes, France
jacques.orvain@ehesp.fr

Depuis les travaux fondateurs de Simon (1983), plusieurs cadres théoriques ont mis l'attention au cœur de leurs recherches (Gavetti, Levinthal, & Ocasio, 2007). Trois courants de recherche ont fait évoluer la question de la structuration de l'attention dans les organisations (Ocasio, 1997). Le premier s'est attaché à montrer comment l'attention pouvait être distribuée dans l'organisation (Cyert, 1992) ; le deuxième comment certains scripts d'action permettaient de développer un schéma particulier de mobilisation de l'attention qui a été décrit comme le « *Mindfulness* » (Weick & Sutcliffe, 2003) ; le troisième, intitulé « ABV » (Attention Based View of the firm), a fait de l'étude du rôle de l'attention dans les activités le cœur même de sa démarche (Ocasio, 1997).

Le pattern décrit par Weick, qui a pour caractéristique d'être une forme souple de coordination mettant peu l'accent sur l'outillage (Weick, 1976 ; Weick & Roberts, 1993), s'est peu à peu imposé dans la littérature. Cependant, la focalisation sur le « *Mindfulness* » interpelle et pose la question d'autres formes de structuration du lien attention-action dans lesquelles l'instrumentation pourrait jouer un rôle. Dans cet article, nous proposons de réintégrer le rôle de l'instrumentation dans l'étude des patterns de coordination. Ce faisant nous élargissons l'étude des formes de structuration de l'attention à d'autres formes que le « *Mindfulness* », et nous nous interrogeons sur la possibilité de structurer et distribuer différentes formes d'attention en fonction des situations (Ocasio, 2011).

La participation à un programme spécifique d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital, portant sur la question de la prévention et du traitement des ulcères de pression, nous a confrontés à l'expression d'une forme particulière de structuration de l'attention qui, tout en préservant l'autonomie des acteurs de première ligne, donnait la possibilité de structurer le lien entre attention et action.

Parmi les services hospitaliers étudiés, ceux qui apparaissaient comme les plus performants, avaient en effet développé une forme de coordination collective de l'attention et de l'action qui s'exprimait comme un pattern particulier d'action. Ce pattern d'attention-action associait une forme aiguë de sensibilité à la question des ulcères de pression, des modalités d'action favorisant la réactivité et des modalités d'interaction particulières entre agents. Cette forme de coordination, entretenue par les managers, est alors apparue comme une illustration de la capacité des acteurs à induire des modalités particulières de coordination des activités par un effort de structuration de l'attention et de l'action. Ce mode particulier de structuration de l'attention et de l'action – que nous nous proposons d'appeler le Qui Vive organisationnel – se distingue d'autres modes de structuration par l'importance qu'il fait jouer aux instruments pour mettre de l'attention dans l'exécution de l'action. Il a également pour particularité de mettre en alerte un réseau de sentinelles pour un danger préalablement identifié et de donner du sens à l'action sous la forme d'une coordination particulière.

Dans une première partie, nous rappelons, tout d'abord, les trois principaux courants de pensée qui font de l'attention un facteur puissant d'orientation des activités dans les organisations. La partie suivante présente notre terrain et la méthodologie employée. Dans la partie résultats, nous proposons tout d'abord une lecture structurée des mécanismes attentionnels qui ont été développés par les équipes de soin, puis nous décrivons les fonctions qui sont remplies par le Qui-Vive organisationnel. Finalement, dans la discussion, nous montrons que le Qui-Vive correspond à une forme intermédiaire de structuration du lien attention-action.

LES MÉCANISMES DE STRUCTURATION DE L'ATTENTION ET DE L'ACTION

Le rôle de l'attention dans les organisations a été conceptualisé différemment selon les époques et selon les courants de pensée. Nous reprendrons ici les trois lectures ayant eu le plus d'influence sur cette question en science de gestion, à savoir l'approche en termes de structuration (Simon, 1983; Cyert, 1992), l'approche cognitive (Weick & Roberts, 1993) et l'approche développée par Ocasio (1997).

L'APPROCHE EN TERMES DE STRUCTURATION : ORIENTER L'ATTENTION DANS LES ORGANISATIONS

Les travaux de Simon (1983) et de Cyert (1992) ont attribué deux rôles à l'attention : d'une part le rôle d'orienter l'action en indiquant ce qui était important pour l'organisation et, d'autre part, le rôle de valoriser certains problèmes et les formes de résolution correspondantes. Les mécanismes de distribution organisationnelle de l'attention ont alors été mis en exergue comme une façon de structurer l'attention. Comme l'indique Simon (1983), la rationalité n'est pas limitée par le manque d'information, l'abondance d'information est plutôt le problème. L'attention des acteurs devient alors une ressource rare qu'il s'agit de canaliser pour l'économiser. Pour dépasser les limites de la rationalité humaine, il est possible de partitionner les problèmes, de les hiérarchiser et d'en confier la résolution à différentes parties de l'organisation. Le rôle du décisionnaire est alors de distribuer les questions, et l'attention qui y est portée, à différents acteurs organisationnels (ou groupes d'acteurs) par le biais de la structuration de l'entreprise. Avec ce modèle, Simon insiste à la fois sur l'importance des mécanismes non calculatoires, qui sont plutôt de l'ordre de la structuration

sociale de l'attention, et sur la possibilité pour le manager d'influencer ces mécanismes de décision par une structuration de la distribution de ces mécanismes dans l'entreprise.

Cyert et March (1992) sont allés plus loin dans l'analyse de la structuration de l'attention en développant les concepts de perspective et d'attention séquentielle. Selon eux, la distribution des processus d'attention dans l'organisation permet d'identifier des perspectives claires attribuées aux différentes parties de l'organisation. La résolution des problèmes passe ensuite par une succession de résolutions partielles développées par les différentes parties. Cette façon de faire a l'avantage de spécialiser les différentes parties, de concentrer l'effort et de l'équiper par différentes routines et procédures qui renforcent l'attention dans l'exécution. Cette conception de la structuration de l'attention dans l'entreprise met en exergue le rôle des répertoires, c'est-à-dire des catalogues d'outils permettant la reconnaissance de signaux spécifiques et/ou la mise à disposition d'outils de résolution. L'organisation de ces répertoires permet de canaliser les perceptions ou les actions sans contraindre complètement l'action, puisque un choix est toujours possible à l'intérieur du répertoire. Les répertoires peuvent également constituer une mémoire de l'entreprise qui lui permet de capitaliser sur l'expérience et d'anticiper sur l'avenir. Nous retiendrons de cette analyse, la notion de répertoire et la possibilité de constituer des ressources instrumentales rémanentes pour appuyer les mécanismes attentionnels.

L'APPROCHE COGNITIVE : LIER ATTENTION ET ACTION

Un autre courant de recherche initié par Weick s'est intéressé aux liens entre attention et action et en particulier aux mécanismes cognitifs collectifs de création de sens permettant de dépasser la rationalité individuelle (Weick & Roberts, 1993). Ce courant se distingue du premier car il met en avant les mécanismes cognitifs d'orientation de l'attention, au dépend des mécanismes instrumentaux. Les travaux de recherche issus de ce courant (Weick, 2006; Weick & Sutcliffe, 2007) décrivent ainsi des mécanismes de représentation collective de l'action (sensemaking), des processus de structuration de l'action collective à partir des interactions interindividuelles (enacting), ainsi que des formes de dépendance comportementale qui sont construites par ces patterns d'action collective (mindfulness). Ces différents processus composent des patterns d'action qui se distinguent alors, non pas seulement par les attitudes individuelles qu'ils encouragent, mais par la manière d'agir ensemble. Le comportement collectif qui est ainsi encouragé ne peut être contenu dans l'action d'un seul individu : il résulte de la forme des interrelations entre acteurs qui mettent de l'attention dans l'action (Weick & Roberts, 1993; Ocasio, 1997).

Ce courant de recherche réintroduit donc la pensée dans l'action, non plus seulement comme une préfiguration de l'action dans sa forme conséquentialiste, mais comme un processus cognitif de pleine conscience dans l'action. Karl Weick décrit ainsi un mode d'articulation de l'attention et de l'action particulier qu'il nomme « Mindfulness » (Weick & Sutcliffe, 2003; Weick, 2006; Weick & Sutcliffe, 2007). Ce pattern peut être décrit par le souci de l'échec, la résistance à tout simplifier, la sensibilité aux actions pratiques, l'engagement résilient et le respect de l'expertise profane. Ces différentes attitudes établissent un lien très particulier entre l'attention et l'action qui a été étudié par les sciences cognitives (Chatzisarantis & Hagger, 2007).

L'approche weickienne de l'attention dans l'action, en dépit de ses multiples qualités, n'est cependant pas exempte de problèmes, notamment parce qu'elle fait assez généralement abstraction des capacités de structuration de l'attention par les ressources instrumentales (Brabet, 2005; Lorino, 2005a). La structuration s'exprime ainsi quasi exclusivement au travers du concept de

sensemaking, qui permet d'interpréter les mécanismes de structuration comme la mémoire de l'action plutôt que comme un présupposé de cette action. C'est une des critiques fréquemment adressée à cette modélisation du lien de l'attention et de l'action qui repose essentiellement sur la constitution de comportements attentifs et exclut les outils classiques de gestion (Eisenberg, 2006). Nous retiendrons de ce courant trois thématiques importantes : le rôle des mécanismes rétrospectifs de justification et d'engagement dans l'action, l'inscription de l'action dans des cadres d'interprétation, et enfin l'utilisation de scripts d'action pour la compréhension des mécanismes collectifs d'attention. Nous retiendrons également l'importance de l'étude du script d'action, que nous définirons comme un ensemble d'activités liées par un objectif commun.

L'APPROCHE PAR L'ACTIVITÉ : CONSTRUIRE LES MÉCANISMES ATTENTIONNELS

Finalement les deux cadres théoriques précédents – l'approche en termes de structuration et l'approche cognitive – ont été rapprochés par Ocasio (1997) qui a étudié les mécanismes primaires d'élaboration de l'attention chez les dirigeants et dans le contexte de processus de décision stratégique. Quelques années plus tard, Ocasio (2011) a poursuivi sa réflexion sur l'attention, en l'étendant à des activités de différentes natures. En s'appuyant sur les développements récents des neurosciences, il a proposé trois variétés d'attention. Le premier type d'attention – *l'attention de perspective* – met l'accent sur la capacité des organisations à se concentrer sur une perspective : il s'agit de l'attention qui peut être accordée à certaines questions ou situations préalablement identifiées ou simplement déterminées par le contexte social, politique ou économique. Ce type d'attention est produit par des mécanismes d'orientation de la sensibilité et des efforts des acteurs pour certaines questions ou enjeux. Cette orientation peut être induite par l'affichage de buts, l'affirmation d'un projet, l'expression de logiques d'action ou bien des intérêts particuliers. C'est souvent le résultat de processus descendants (top-down).

Le deuxième type d'attention, qu'Ocasio (2011) appelle *l'attention de sélection*, a trait à la capacité des organisations à sélectionner les questions et les solutions de façon à concentrer leurs efforts dans l'exécution. L'attention de sélection résulte des choix faits pour traiter certaines questions et utiliser certaines solutions plutôt que d'autres. Elle est associée à des mécanismes à la fois descendants et ascendants (top-down et bottom-up) qui s'appuient sur des outils porteurs d'attention.

Enfin, Ocasio (2011) introduit une troisième variété d'attention, *l'attention dans l'engagement*, qui concerne la capacité à engager l'attention vers de nouveaux signaux qui produiront un sens différent et pourront être source d'innovation. Cette variété d'attention correspond aux efforts cognitifs qui doivent être fournis pour résoudre des problèmes, analyser des situations et donner du sens à l'activité. Elle permet des variations dans les schémas de réflexion, de prise de décision et d'interprétation des situations rencontrées et résulte souvent de processus ascendants (bottom-up) qui partent de la réalisation de l'activité concrète et lui donnent ensuite du sens.

Ocasio (2011) propose cette catégorisation des variétés d'attention de façon à mieux situer les différentes contributions théoriques à l'étude de l'attention dans les organisations. Bien que largement inspirée à l'origine par les questions de décision stratégique, cette approche appréhende la question de l'attention de façon beaucoup plus générale. Elle montre, en particulier, un intérêt nouveau pour les relations ascendantes permettant de structurer l'attention par des mécanismes d'interprétation des activités à tous les niveaux de l'entreprise.

L'intérêt de l'approche développée par Ocasio (2011) vient aussi du fait qu'elle met l'accent sur les patterns d'attention (i.e., des combinaisons

particulières de variétés d'attention), et relie ces patterns à des facteurs tels que la réussite de l'entreprise et/ou sa capacité à innover et changer. Ocasio (2011) a d'ailleurs fait plusieurs propositions pour décrire les influences réciproques entre les différentes variétés de l'attention. Ainsi, pour Ocasio (2011), *l'attention d'engagement* permet de varier les perspectives à partir de relations ascendantes, tandis que l'attention de perspective permet d'orienter les efforts et de libérer des ressources pour faire varier les formes d'engagement. Cette catégorisation permet, au final, de réintégrer l'apprentissage comme un des mécanismes de structuration de l'attention. Cette grille nous servira à analyser le phénomène du Qui-Vive organisationnel que nous avons rencontré dans les services hospitaliers.

La typologie de l'attention proposée par Ocasio (2011), permet de décrire les différents patterns qui permettent de fiabiliser les comportements dans des situations marquées par l'incertitude, et en particulier le « *Mindfulness* » décrit par Weick (2006). Ce mode de coordination fait majoritairement référence à *l'attention dans l'engagement* et favorise les mécanismes de détection et d'exécution qui mettent de la conscience dans l'action. Il fait peu appel, en revanche, à *l'attention de perspective* qui permet d'orienter, a priori et de façon descendante, les acteurs vers des registres d'action particuliers, il fait également peu référence aux mécanismes de canalisation de l'attention par sélection. La grille d'identification des mécanismes attentionnels nous permettra de comparer le Qui-Vive organisationnel au « *Mindfulness* ». Elle nous aidera à montrer en quoi ces deux patterns, liant attention et action, diffèrent l'un de l'autre.

CHAMP D'ÉTUDE ET MÉTHODE

L'étude sur laquelle s'appuie cette recherche s'inscrit dans un programme de valorisation des savoir-faire et des pratiques performantes de prise en charge des ulcères de pression dans les hôpitaux. Ce programme, soutenu par une autorité régionale de santé française, a impliqué initialement six hôpitaux publics et privés français¹ situés dans la région de Bretagne.

LES DIFFICULTÉS LIÉES AU TRAITEMENT DES ULCÈRES DE PRESSION

Les personnes âgées fragiles, qui sont accueillies dans les structures de soins de suite et de réadaptation, ont un risque très important de former des ulcères de pression, c'est-à-dire des ulcères nécrotiques aux points de pression entre le corps et le matelas. Dans le langage courant le terme escarre est souvent utilisé comme synonyme. Les principes de prévention et de traitement sont bien connus et pris isolément sont relativement simples : les patients doivent être mobilisés fréquemment de façon à ne pas maintenir la pression du corps au même endroit ; la dénutrition et la déshydratation doivent être évitées et l'hygiène corporelle maintenue ; des aides techniques, notamment les matelas à répartition de pression, ont montré leur efficacité (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009). Cependant beaucoup d'équipes hospitalières connaissent des difficultés (Gunningberg & Stotts, 2008), car la gestion des ulcères de pression suppose la coordination des équipes et surtout le maintien d'une attention permanente à ce risque souvent négligé. La capacité à construire l'activité est une des caractéristiques des équipes qui réussissent à maîtriser la gestion des ulcères de pression (Orvain, 2013).

1. L'auteur de l'article a participé pendant trois ans à ce programme qui a été conclu par un colloque, réunissant une centaine de participants de l'ensemble des établissements du territoire de santé le 13 février 2014.

UNE ANALYSE INDUCTIVE DES ACTIVITÉS DE SOINS

Nous avons choisi de partir de la description des activités comme un préalable à la compréhension des structures de travail. Nous inscrivons ainsi notre étude dans un courant de recherche qui considère les pratiques comme constitutives de l'organisation sociale (Feldman & Orlikowski, 2011). Cela a pour conséquence de considérer l'attention, non pas comme une ressource qui serait donnée a priori, mais comme une ressource qui se construit par des mécanismes d'interaction et de structuration (Giddens, 1979). L'action d'un individu s'intègre ainsi à un schéma d'action collectif, ce qui permet aux autres membres du collectif de reconnaître cette action et d'en accuser réception par une action cohérente en retour (Goffman, 1983; Goffman, 1991). De façon à recueillir ces différents éléments d'analyse, nous avons suivi une démarche inductive de théorisation ancrée au terrain (Strauss & Corbin, 1990 ; Charmaz, 2006).

COLLECTE DES DONNÉES DANS TROIS HÔPITAUX PERFORMANTS

L'étude se concentre sur trois des six hôpitaux impliqués dans le programme d'étude des pratiques de soin des ulcères de pression initié au niveau régional. Ces trois hôpitaux (H1, H2 et H3) ont été sélectionnés car leurs équipes sont reconnues pour la qualité de leur prise en charge des ulcères de pression. Dans ces établissements nous avons pu étudier en détail le lien attention-action, notamment grâce à la réalisation d'entretiens avec des employés des hôpitaux, l'observation fine du travail des services de suite et de réadaptation (SSR), et enfin la participation à des réunions de travail.

Comme le montre le Tableau 1 qui résume l'ensemble des sources de données collectées dans le cadre de cette étude, cet article repose en particulier sur les 12 entretiens² réalisés avec des employés des hôpitaux H1, H2 et H3. Les 12 personnes rencontrées représentent les différents corps de métier impliqués dans la gestion des ulcères de pression. L'échantillonnage s'est attaché à faire en sorte que, sur un même établissement, il y ait à chaque fois une diversité des fonctions interviewées (Tableau 1 ci-dessous). Des questions ouvertes ont été posées lors des entretiens, de façon à laisser les participants s'exprimer librement, tout en s'assurant que les rubriques suivantes soient systématiquement abordées : les pratiques concrètes de soins, l'utilisation des ressources instrumentales (règles informelles, instrumentation de gestion, outils matériels), la nature des relations dans les équipes, les significations symboliques et les émotions ressenties. Les entretiens ont duré de une heure trente à deux heures et ont tous été enregistrés et transcrits. Ils ont été effectués entre 2009 et 2010. Au cours des entretiens les personnes utilisent fréquemment un synonyme au terme « ulcère de pression », elles parlent d'escarres. Quand ce terme a été utilisé lors des entretiens, il a été conservé dans la transcription écrite, mais dans le reste de l'article le terme « ulcère de pression » lui a été préféré.

Les 12 entretiens ont été complétés à la fois par des observations des pratiques de soin – l'auteur a ainsi accompagné un médecin et une infirmière pendant une visite du service de l'hôpital H1 et a accompagné les aides-soignantes de l'hôpital H2 pendant une de leurs tournées de soins – et des échanges avec l'ensemble des équipes. Ces échanges ont eu lieu lors d'une réunion de staff (Hôpital H1), et de façon plus informelle dans la salle de repos des infirmières (hôpital H1, H2 et H3).

Enfin l'auteur de cet article a aussi participé à trois réunions de travail organisées dans le cadre du programme régional. Ces réunions ont permis de partager de façon structurée des informations sur les modes d'identification des risques, sur les pratiques de prévention et de traitement et sur les outils matériels utilisés. L'auteur n'a pas pris part à des groupes thématiques organisés dans le

2. Pour l'ensemble du programme, incluant les 6 hôpitaux d'origine, 25 entretiens ont été conduits, mais seuls ceux concernant les hôpitaux H1, H2 et H3 sont utilisés car ils correspondent au phénomène observé.

cadre du programme de recherche mais il a pu faire état, lors des réunions plénières, des premiers résultats de l'étude et a ainsi pu recueillir les commentaires des participants à l'étude.

Tableau 1. Entretiens, observations et échanges réalisés dans les hôpitaux H1, H2 et H3

	Hôpital H1	Hôpital H2	Hôpital H3
Personnes rencontrées			
Aides-soignantes	1		1
Cadres de soins	1	1	
Diététiciennes			1
Directeurs		1	
Infirmières	1		1
Médecins	1	1	1
Pharmaciens			1
Total des entretiens	4	3	5
Observations	1	1	
Echanges	2	1	1
Réunions régionales		3	

Les entretiens et observations n'ont pas posé de problème aux équipes du fait de la formation médicale de l'auteur. Cette position a l'avantage de permettre l'acceptation du chercheur, et une immersion plus rapide dans l'investigation, mais n'est sans doute pas exempte de reconnaissance et d'empathie professionnelle³.

Des mémos ont été rédigés après les échanges et réunions de façon à faire émerger des thèmes d'analyse. C'est ainsi qu'un des mémos a fait apparaître l'attention comme un mécanisme important. Cela a conduit à rechercher des éléments théoriques sur les mécanismes d'attention pour appuyer l'analyse.

ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse et la présentation des résultats ont suivi le schéma proposé par Gioia, pour générer de façon inductive un nouveau mode de compréhension des faits empiriques (Gioia, Corley, & Hamilton, 2013). Nous sommes ainsi partis d'une situation empirique que nous avons pu observer à différentes reprises et que nous interprétons (Langley & Abdallah, 2011). L'analyse des entretiens a ainsi été conduite en trois étapes.

Dans un premier temps les codes qui rendent compte des phénomènes primaires et qui sont décrits par les entretiens (résultats de premier ordre correspondant à des types d'action) ont été codés par l'auteur à l'aide du logiciel Nvivo (version 8). Cette approche a consisté à faire des allers et retours permanents entre les codes et l'ensemble des données empiriques. Elle a permis de spécifier la structure des données, tout en restant aussi proche que possible des données d'enquête et sans en inférer une signification particulière dans un premier temps. Des actions récurrentes, menées par les trois services hospitaliers étudiés, ont ainsi pu être regroupées selon 15 modalités qui constituent les catégories primaires du codage des entretiens (Tableaux A1 à A5 en annexe).

3. Des consentements de participation à l'étude ont été signés par les personnes dont les propos sont rapportés. Toutes les personnes interviewées sont citées à l'exclusion de deux d'entre elles : le directeur de l'hôpital H2 et le cadre de l'hôpital H1. Dans les deux cas le discours n'était pas de première main : dans le premier cas il semblait fortement imité sur celui du médecin, dans le deuxième cas il s'agissait d'une personne qui venait de prendre ses fonctions et qui reprenait explicitement le discours des autres personnes interviewées. Ces deux entretiens sont utilisés dans l'analyse, mais ne fournissent pas de matériel nouveau qui pourrait justifier leur reproduction sous forme de verbatim.

Dans un deuxième temps, les éléments de codage primaire ont été regroupés par l'auteur, de façon à constituer une synthèse sous la forme de thèmes secondaires (résultats de second ordre correspondant à l'élaboration d'un script d'action). Les 15 catégories préalablement identifiées ont ainsi été réorganisées selon cinq thèmes secondaires communs qui permettent de décrire un script d'action commun. Un graphique exposant la structure des données et permettant de vérifier le lien constant entre les données de terrain et les thèmes secondaires qui en sont tirés est fourni dans le corps des résultats (cf. Figure 1). Les ressources instrumentales qui sont associées à ces thèmes secondaires ont également été identifiées à ce moment de l'analyse et leur rôle pour la réalisation du script d'action a pu être précisé.

Dans un troisième temps, le script d'action et les ressources instrumentales correspondantes ont été confrontés au cadre théorique choisi pour analyser les mécanismes attentionnels. Un graphique permet là encore d'attester du travail de théorisation en exposant la relation entre le script d'action, le rôle de l'instrumentation et les mécanismes attentionnels (cf. Figure 2). Les mémos, rédigés au cours de l'étude, ont permis de mobiliser les représentations symboliques du pattern étudié lors de situations particulières. Certains des mémos ont été reproduits sous forme de vignettes dans le corps de l'article de façon à décrire ces situations où s'est exprimé le pattern.

TERMINOLOGIE EMPLOYÉE

Dans le cadre de cette étude nous utiliserons différents termes qu'il nous faut, dès à présent, préciser. Nous avons déjà défini le terme « script d'action » comme un ensemble de différentes actions qui sont associées pour atteindre un objectif donné et qui sont observées de façon récurrente. Dans notre étude, le script d'action est constitué des actions qui sont développées par les équipes de soin pour prévenir et traiter les ulcères de pression. Les ressources instrumentales qui y sont associées forment des collections d'outils : répertoires de signes (grilles de repérage par exemple), principes d'action (règles de décision, logigramme d'action, procédures) et panoplie d'outils (dispositifs thérapeutiques essentiellement). Ces ressources instrumentales consolident le script d'action et l'équipent. Enfin, l'association de mécanismes attentionnels au script d'action compose un pattern particulier liant attention et action.

LE QUI-VIVE ORGANISATIONNEL

Nous proposons de résumer le pattern d'action, que nous avons identifié au cours de l'étude, par le terme de Qui-Vive organisationnel dont nous allons maintenant préciser les caractéristiques. Le terme Qui-Vive⁴, qui a été spontanément utilisé par plusieurs des personnes interviewées pour décrire leurs activités, met en exergue différentes caractéristiques : ce terme insiste sur la notion d'alerte collective, il reprend la notion de veille armée et il valorise le maintien d'une cohésion organisationnelle par une forme particulière d'engagement. De plus en utilisant le qualificatif « organisationnel », nous insistons sur la nature collective de ce pattern liant attention et action. Nous allons reprendre ces différentes caractéristiques au travers de la description du script d'action qui donne vie au pattern, puis par la description des ressources instrumentales qui consolident ce script et enfin par les mécanismes attentionnels qui accompagnent le script.

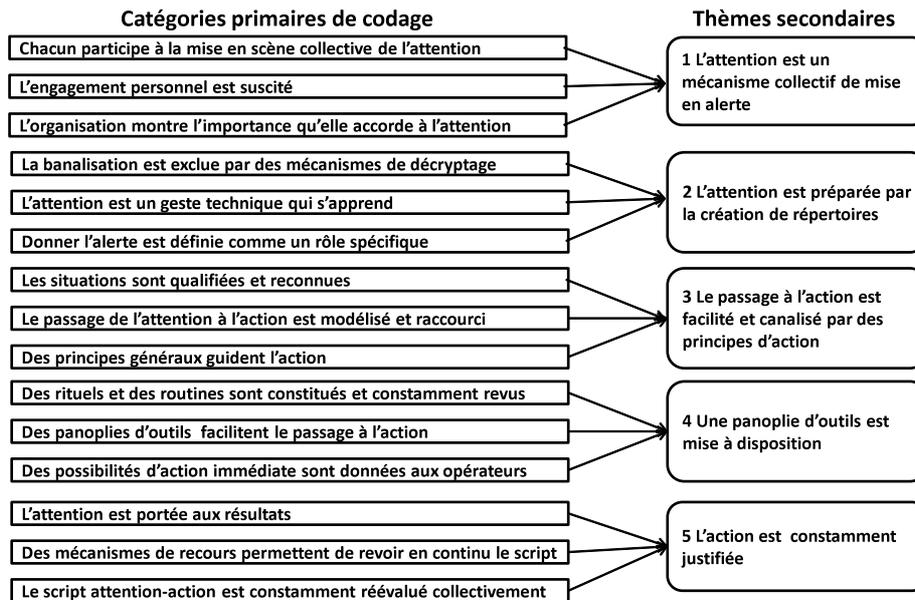
Le script d'action

Comme le montre la Figure 1, le codage primaire, et sa réorganisation lors du codage secondaire, ont permis de faire émerger le script d'action qui

4. Le terme français de Qui-Vive n'a pas vraiment d'équivalent en anglais. Le Qui-Vive peut être traduit par « To be on alert », mais cette expression ne rend pas totalement compte de la spécificité du phénomène observé.

comprend cinq éléments : un mécanisme collectif de mise en alerte ; une préparation collective de l'attention grâce à la création de répertoires de reconnaissance du risque; un passage à l'action grâce à la canalisation par des principes communs d'action ; la mise à disposition d'une panoplie d'outils ; et finalement la capacité à actualiser et justifier le script d'action. Le détail du codage est présenté dans les annexes A1 à A5.

Figure 1. Structure des données décrivant le script d'action



Les cinq thèmes principaux qui composent l'architecture du script d'action sont décrits plus en détail ci-dessous et sont ensuite repris dans le schéma général du pattern (Figure 2).

Un mécanisme collectif de mise en alerte

Dans les trois hôpitaux étudiés, nous avons pu observer que les managers mettent l'accent sur l'importance d'une gestion collective des ulcères de pression. La façon dont ils mettent en alerte leur service varie cependant d'un hôpital à l'autre. Dans l'hôpital H1, le médecin a fait de la question des ulcères de pression un engagement personnel qu'il dramatise et met en scène au nom de la « bonne médecine ». Le médecin de l'hôpital H2 en revanche, attire l'attention sur les grands enjeux de santé publique tels que définis par le ministère de la santé. Enfin, dans l'hôpital H3, l'attention portée aux ulcères de pression correspond à une stratégie de positionnement de l'établissement dans son territoire de santé. Le tableau A1, en annexe, rend compte de la construction collective de l'attention. Le médecin de l'hôpital H2 décrit ce mécanisme dans son service : « Il y a eu plein de réunions avec des infirmières, cela a débouché sur la création d'une première fiche pansement, on évaluait le type d'escarre, le pansement qu'on mettait en place. Une procédure a été rédigée pour la prévention des escarres au niveau de l'établissement. Un poster a été rédigé, affiché dans les services. Des formations ont été faites. »

Des répertoires de reconnaissance du risque

Afin de soutenir concrètement le mécanisme collectif de mise en alerte, des répertoires de reconnaissance du risque d'ulcère de pression sont mis à

disposition des membres des équipes, notamment des aides-soignantes qui sont en première ligne. Les équipes des trois hôpitaux utilisent ainsi des grilles de risque et des fiches avec photographies qui permettent de classer la gravité de l'ulcère de pression et d'indiquer les traitements possibles. Plus spécifiquement ces outils de catégorisation permettent de requalifier les rougeurs comme premier stade de la nécrose, ce qui évite de les banaliser. D'autres répertoires facilitent également les mécanismes d'anticipation par la reconnaissance du risque d'ulcères de pression. Finalement, les aides-soignantes et les infirmières des trois hôpitaux étudiés sont équipées de répertoires qui leur permettent de mettre en œuvre une expertise spécifique sur l'identification des ulcères de pression et de leurs signes précurseurs. Le tableau A2, en annexe, décrit l'utilisation des répertoires. Une aide aide-soignante de l'hôpital H1 précise cette utilisation : « La dénutrition, la déshydratation sont également importantes. On surveille ces points-là. Si un patient ne bouge pas de son lit on se dit il faut mettre un [matelas] Nimbus. S'il y en a un qui se libère on le met au patient... Nous avons fait une formation il y a deux-trois ans qui a duré deux heures pour voir où on en était. C'est important d'être vigilant. ».

Facilitation et canalisation du passage à l'action par des principes d'action

Les équipes de soin s'appuient sur des ressources instrumentales (protocoles, fiches, aides visuels) et des mécanismes de coordination particuliers qui facilitent et orientent l'action. Les équipes infirmières utilisent par exemple un mécanisme de canalisation qu'elles appellent les « transmissions ciblées ». Ces « transmissions ciblées » consistent à trier l'information de façon à permettre le passage de témoin entre équipes et à orienter les efforts collectifs sur une dimension spécifique de la prise en charge d'un patient. Elles permettent ainsi de transférer la vigilance, pour un patient particulier, lors de la succession des équipes au travail. Des règles générales d'action sont également établies. Par exemple, à la suite de l'utilisation inappropriée d'une bande de contention, le médecin de l'hôpital H1 rappelle à son équipe les différents mécanismes de surpression. Il transforme ainsi une expérience collective particulière en un principe général d'attention sur le rôle de la pression ; ce principe pourra être mobilisé dans beaucoup d'autres situations et permettra l'autonomie de décision des acteurs de première ligne. Le tableau A3 en annexe donne quelques exemples de la formulation de principes d'action. Le médecin de l'hôpital H2 résume ainsi un de ces principes : « On a dit : tout patient avec escarre doit avoir une fiche douleur et on a vérifié avec un audit que c'était le cas. On a tracé, on a fait des audits ».

Mise à disposition d'une panoplie d'outils

Nous avons également pu observer que, dès la reconnaissance des premiers signes, les personnels soignants des trois hôpitaux peuvent agir rapidement grâce à l'existence d'une panoplie d'outils. Ainsi les aides-soignantes de l'hôpital H2 ont-elles été entraînées à utiliser un logigramme de décision pour l'attribution des matériels, ce qui leur permet d'optimiser l'utilisation du parc des matelas à répartition de pression. Des repas enrichis « maison » ont été mis au point avec la cuisine de l'hôpital H3. Ce nouvel outil permet de raccourcir les délais de prise en charge diététique. Des mécanismes émergents de constitution de réserves, inventés par les aides-soignantes de l'hôpital H2, permettent également de s'affranchir des contraintes de la prescription diététique. Enfin l'entraînement à l'action et au maniement des instruments permet de gagner en réactivité et en efficacité. Le tableau A4 figurant en annexe, donne plusieurs exemples du travail de préparation de la panoplie, notamment par les cadres des services : « Le rôle du cadre est de faire en sorte que l'information au niveau des techniques curatives et préventives passe bien. Au niveau de l'utilisation du matériel, son rôle c'est que tout le monde soit au courant et que tout le monde

aille dans le même sens... Il y a un brassage permanent de nouveaux, il faut éduquer tous les gens. ».

Justification du sens

Les médecins sont très disponibles pour répondre aux sollicitations des infirmières et aides-soignantes et donner les explications nécessaires. Cette disponibilité permet une inversion des règles de prescription et met les médecins à disposition des agents de première ligne. Ce droit de recours permet d'éviter que la situation ne se détériore, la maintient dans un état maîtrisable et surtout permet de redonner du sens à l'action entreprise. Des mécanismes de réévaluation sont également régulièrement conduits. Ainsi l'hôpital H1 conduit-il toutes les semaines des réunions de staff qui permettent, après coup, de commenter les dossiers, tandis que l'hôpital H2 procède fréquemment à des audits de pratiques pour vérifier ses résultats. L'hôpital H3 de son côté, participe à de nombreux congrès où le chef de service présente des résultats encourageants sur les nouvelles techniques ce qui lui permet de faire reconnaître son savoir-faire et celui de son équipe. La pharmacienne de cet hôpital, dont les propos sont rapportés dans le tableau A5, exprime le besoin de renouveler l'engagement des équipes par un retour sur leurs pratiques : « Il faut un suivi du soin pour avoir de meilleurs résultats, pour faire mieux ensemble. On peut mettre en commun des savoir-faire, le même matériel, suivre les patients à risque. On peut mutualiser les connaissances. ».

LES RESSOURCES INSTRUMENTALES QUI CONSOLIDENT LE SCRIPT D'ACTION

Les outils qui sont utilisés dans le cadre de la prévention et du traitement des ulcères de pression ont une importance toute particulière dans leur prise en charge (Orvain & Routelous, 2012). Ils sont particulièrement importants pour identifier les problèmes, choisir les actions à mener et s'équiper pour l'action. Ils facilitent, contraignent et orientent l'action sans toutefois la prescrire de façon trop précise. Nous pouvons les regrouper en trois types d'outils qui correspondent aux thèmes 2, 3 et 4 du script d'action (cf. Figure 1). Les personnels soignants interviewés ont tout d'abord décrit l'utilisation de répertoires de signes pour identifier les personnes à risque, pour anticiper le risque de création d'un ulcère et pour en apprécier la gravité. Ces répertoires contiennent aussi beaucoup d'histoires qui sont rappelées pour entretenir la mémoire à partir de l'expérience accumulée.

Des principes d'action forment ensuite une autre catégorie d'instruments. Ils sont souvent exprimés sous forme de principes généraux qui doivent ensuite être interprétés par les acteurs. Ainsi la lutte contre les pressions est-elle très fréquemment mise en exergue : cela peut être la pression d'un drap, celle d'une bande ou simplement le poids du corps sur le bord d'un fauteuil. Cette focalisation sur la pression permet ainsi d'orienter l'action selon un principe général qui peut être mobilisé dans de nombreuses situations différentes.

Enfin la panoplie des outils de traitement, principalement les pansements et les matelas à répartition de pression, constitue une troisième forme d'instruments qui orientent et facilitent le passage à l'action.

La palette des instruments disponibles (répertoires, principes, panoplie) conditionne la possibilité de sélection des problèmes à résoudre et des solutions à y apporter, dans la phase d'exécution. Les outils interagissent également avec les autres thèmes du script d'action. Par exemple, en amont de la phase d'exécution, la mise à disposition de grilles de repérage des patients à risque, affirme la politique institutionnelle de l'hôpital H2 pour la lutte contre les ulcères de pression et met en alerte les équipes. En aval de la phase d'exécution, les instruments forment une mémoire de l'action passée en inscrivant l'expérience

dans les objets matériels. Par exemple, des bandes de contention trop étroites, qui ont été à l'origine d'un ulcère, ont été retirées des armoires de l'hôpital H1, après discussion dans l'équipe. Les outils participent ainsi à la sollicitation et au renouvellement de l'engagement des équipes.

LES MÉCANISMES ATTENTIONNELS

Chacun des thèmes du script d'action peut être mis en correspondance avec une des trois formes d'attention proposées dans la littérature (Ocasio, 2011).

L'attention par la mise en perspective

Chacun des médecins, en association avec le cadre du service, met en perspective la question des ulcères de pression. La mise en alerte sur la question des ulcères de pression est ainsi un mécanisme collectif qui recrute l'attention de chacun et le rend co-responsable de la vigilance collective. L'infirmier de l'hôpital H1 témoigne de cette orientation: « La prévention des escarres est dans la tête de tout le monde, avant même que la rougeur n'apparaisse, on met tout en place le lit, [le régime] avec la diététicienne... ».

La vigilance n'est pas un mécanisme spontané, mais une construction sociale permettant de mettre en alerte l'équipe vis-à-vis d'un risque préalablement identifié. Ce risque est mis en perspective en le reliant à des perspectives plus générales qui donnent de la légitimité aux activités de soins correspondantes.

L'attention par sélection des problèmes et des solutions

Dans la phase d'exécution, l'action est soutenue par une attention sélective sur les situations à prendre en compte, les solutions à mettre en œuvre et les gestes à accomplir (thèmes 2, 3 et 4 du script d'action).

Le regard collectif est tout d'abord soutenu par une préparation technique qui permet de qualifier les situations à risque. En qualifiant le danger on passe d'un regard qui observe, à un regard qui va à la recherche de l'événement et anticipe déjà l'action à entreprendre. Ensuite, les règles d'action sont généralement exprimées selon des principes simples qui facilitent la compréhension, raccourcissent les délais d'intervention et permettent d'en suivre le résultat. Le mécanisme de coordination infirmière de la transmission ciblée est ainsi commenté à plusieurs reprises par les personnes interviewées. Un extrait du tableau A3 montre l'importance de ce mécanisme de canalisation de l'attention collective: « Quand on a quelque chose à dire on le dit. Une transmission ciblée c'est bref on ne s'attarde pas, il faut préciser. On a notre cahier de transmission. On a un tableau des transmissions. On arrive on a le tableau et on voit s'il y a des escarres, si il y a une grosse escarre, on le voit. » Les médecins et les cadres mettent également l'accent sur certains principes d'action qu'ils souhaitent promouvoir. Enfin la qualité et la rapidité de l'intervention reposent sur la construction d'une panoplie qui permet de faire face aux événements émergents, ainsi qu'aux situations de surcharge. Cette panoplie autorise un accès direct à des ressources instrumentales communes constituées à l'avance, ce qui permet d'orienter les modes de résolution, tout en autorisant l'autonomie dans le choix final de l'outil.

L'attention par l'engagement

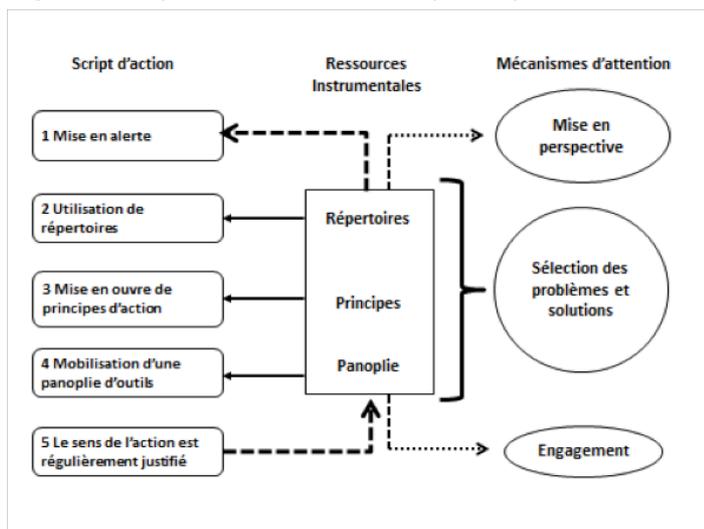
Lorsque le sens de l'action est mis en doute, des possibilités de recours immédiat permettent de réévaluer la situation et de la comprendre. Les médecins, les ergothérapeutes, les diététiciennes s'exposent ainsi dans les services pour se mettre à la disposition des équipes. A plus long terme, ces interactions conduisent à réadapter de façon très régulière les grilles

d'évaluation, les principes d'action et les outils mis en œuvre. Pour les trois établissements il s'agit de réaffirmer le sens du travail et de dégager des pistes d'amélioration dans la perspective qui a été choisie. Ainsi le cadre de l'hôpital H2 rappelle avec force que « En décision il faut réajuster jusqu'au moment où cela va bien. Et signifier que cela va bien. Aller de l'action jusqu'au résultat. Et le résultat doit amener à l'abolition du problème. C'est la logique. Cela doit être en continu... ». L'ensemble du dispositif est ainsi régulièrement réévalué, commenté et adapté, ce qui permet d'entretenir, de renforcer et de justifier l'engagement collectif.

LE PATTERN DU QUI-VIVE

Le Qui-Vive est un pattern, au sens que nous avons donné à ce terme dans la partie méthode, parce qu'il associe étroitement un script d'action, des ressources instrumentales particulières qui le consolident, et différents modes d'attention. Une correspondance peut ainsi être effectuée et représentée graphiquement (Figure 2) entre, premièrement les séquences du script d'action qui correspondent aux cinq thèmes de l'analyse, puis les ressources instrumentales qui soutiennent le script et finalement les trois formes attentionnelles décrites par Ocasio (2011).

Figure 2. Représentation schématique du pattern du Qui-Vive Organisationnel



L'analyse précédente a montré le rôle essentiel des instruments pour soutenir les séquences du script liées à l'attention de sélection. Ces relations sont représentées, sur la figure 2, par des flèches pleines qui relient chacun des types d'instrument à un registre particulier d'action. Tous ces outils forment des ressources instrumentales qui facilitent l'action en l'équipant dans la phase d'exécution. L'abondance de détails, sur cette deuxième forme d'attention, montre l'importance qu'elle prend dans le pattern que nous avons observé.

Les instruments ont également un rôle (plus indirect) avec les registres d'action correspondant à l'attention de perspective et l'attention d'engagement. Ces relations sont indiquées par des flèches en pointillés. Les ressources instrumentales préparent ainsi la mise en alerte et contribuent à indiquer dans quelle perspective on situe l'action. L'utilisation de grille de reconnaissance du risque d'ulcère de pression est à cet égard exemplaire. Les ressources instrumentales enregistrent aussi les actions passées et donnent du sens à l'action. Cette adaptation des instruments est particulièrement démonstrative

dans le cas de l'hôpital H3, qui, pour se positionner comme établissement de recours, investit dans les nouvelles technologies.

Les instruments ont ainsi un triple rôle lié aux mécanismes attentionnels. Essentiellement mobilisés lors de la phase d'exécution, ils permettent de canaliser l'attention sur la sélection des situations à risque et sur le choix des outils de traitement. Mais ils entretiennent aussi des relations avec les deux autres registres : en amont de la phase d'exécution ils réaffirment la perspective choisie en anticipant les situations de risque et les moyens de lutte ; en aval ils assurent la mémoire des actions passées, ce qui conforte l'engagement dans la lutte contre les ulcères de pression. Pour reprendre les termes d'Ocasio (2011 : 1293), les instruments sont des "porteurs d'attention".

CE QUE LE QUI-VIVE ORGANISATIONNEL FAIT FAIRE

Le pattern attention-action peut maintenant être caractérisé par ce qu'il permet de faire en s'appuyant sur les différents registres d'attention. Nous pourrions ainsi caractériser de façon plus précise le Qui-Vive organisationnel en montrant : comment il permet d'anticiper l'action en mettant en alerte un réseau de sentinelles, comment il l'équipe en lui donnant les moyens d'agir rapidement et en mettant de la conscience dans l'action, et finalement comment il permet de construire un sens particulier qui maintient l'engagement des acteurs dans l'action.

LE QUI-VIVE ANTICIPE L'ACTION

Les personnels soignants sont mis en alerte par une orientation préférentielle de leur attention sur la survenue des ulcères de pression. Il ne s'agit pas de prêter une attention égale à tout type d'événement, mais de concentrer une partie importante de l'attention sur une éventualité particulière et désignée à l'avance. Cette concentration sur la survenue d'un événement particulier permet d'anticiper l'action dans l'attention. Ainsi l'équipe de l'hôpital H2 obtient-elle des informations des médecins généralistes avant l'arrivée des patients, ce qui lui permet de commander à l'avance les matelas à répartition de pression lorsque c'est nécessaire. La diététicienne de l'hôpital H3 a mis en place des repas enrichis, et elle laisse les aides-soignantes en décider l'administration. Ce dispositif permet d'anticiper un diagnostic plus précis et court-circuite les longues chaînes de prescription. Le diagnostic diététique vient, a posteriori, consolider ou infirmer cette action.

La vignette 1 illustre cette propriété du Qui Vive. Elle montre comment le médecin et le cadre de santé de l'hôpital H2 orientent spécifiquement l'attention des équipes sur le risque d'ulcère de pression et l'inscrivent dans une perspective plus générale d'action.

Le Qui-Vive exprime ainsi une forme de réactivité collective qui associe intimement la reconnaissance du problème et les moyens d'y faire face de façon anticipée. L'instrumentation, qui est préparée à l'avance, encourage cette réactivité d'un réseau sensible prêt à activer le branle-bas face à la situation redoutée et désignée par l'organisation.

Vignette 1. Hôpital H2

Le médecin de l'hôpital H2 explique au cours d'une visite, que pour améliorer les pratiques de son équipe, elle s'inspire des grands programmes nationaux de santé. Elle a beaucoup travaillé sur les ulcères de pression et elle souhaite travailler sur la dénutrition dans les prochaines années. Quand je lui demande pourquoi elle ne mène pas ces différents projets de front, elle m'explique alors que pour faire changer les habitudes, elle doit se concentrer sur un projet à la fois et intégrer cela dans un programme général d'amélioration.

La cadre de ce service a mis en place un échange d'information par fax avec les médecins généralistes. Cela lui permet d'annoncer l'arrivée d'un nouveau patient et ainsi de préparer collectivement les équipes à cette arrivée. Elle pense ainsi pouvoir sensibiliser les équipes à la situation de la personne et anticiper ses besoins, notamment en ce qui concerne la prise en charge des ulcères de pression pour lequel le médecin du service a mis en place un projet d'amélioration des pratiques.

LE QUI-VIVE MET DE LA CONSCIENCE DANS L'ACTION COLLECTIVE

Les équipes sont sur le qui-vive ou bien agissent avec qui-vive, ce qui ne détermine pas l'action elle-même mais la façon de conduire l'action. Ainsi, la rapidité d'action est-elle une attitude fortement valorisée par les équipes qui pratiquent le Qui-Vive organisationnel. L'ulcère de pression peut effectivement survenir n'importe quand et n'importe où, et s'aggraver rapidement. Les équipes, qui ont l'habitude des ulcères de pression, ont pris l'habitude de privilégier la vigilance et l'action résiliente. Le médecin de l'hôpital H1 explique ainsi que son équipe intervient beaucoup plus rapidement que les autres équipes sur le traitement des ulcères de pression. Ce qui apparaît aux autres équipes hospitalières comme un phénomène chronique, est ici considéré dans son service comme un problème très aigu au même titre que l'infarctus du myocarde. La rapidité d'action apparaît ainsi comme une vertu cardinale qui oriente les choix aux dépens d'un diagnostic précis ou d'une stratégie thérapeutique mûrement réfléchi.

La vignette 2 montre comment la volonté d'agir vite modifie les façons de conduire l'action.

Vignette 2. Hôpital H3

La lutte contre la dénutrition est un axe important de la prise en charge des ulcères de pression. Les moyens de lutte reposent le plus souvent sur des compléments nutritionnels qui sont onéreux. Dans la plupart des services cela conduit à un principe de sélection mis en œuvre par de longues chaînes de prescription : l'aide-soignante signale les difficultés nutritionnelles à l'infirmière qui prévient le médecin. Celui-ci prescrit un bilan alimentaire par la diététicienne, puis les compléments seront commandés à la pharmacie et finalement administrés par l'aide-soignante.

La diététicienne de l'hôpital H3 a imaginé un circuit complètement différent pour gagner du temps. Elle a négocié avec la cuisine la préparation de repas enrichis en sucres et lipides. Lorsque les aides-soignantes ont des doutes sur l'équilibre nutritionnel d'un patient elles lui commandent ce type de repas. La diététicienne va à la cuisine tous les jours et repère les commandes de repas enrichis. Elle va ensuite établir un diagnostic plus précis et en rend compte au médecin qui valide une prescription de compléments plus élaborés. Le malade n'aura pas attendu une solution immédiate à ses difficultés nutritionnelles.

Le Qui-Vive organisationnel met ainsi de la conscience dans l'action en indiquant des modalités cognitives particulières pour la réalisation de l'action. Il privilégie en effet les attitudes collectives de vigilance et de rapidité qui vont conditionner à la fois le choix et le déroulement des actions. Cette conception de l'action, soutenue par des patterns attention-action, s'oppose à une vision cognitiviste plus classique qui introduit une césure entre la pensée et l'action. Dans la conception classique de l'action, les solutions sont choisies préalablement à la réflexion sur les conditions de leur réalisation (Marshall, 2008). Avec le Qui-Vive organisationnel, ce n'est pas tant l'action elle-même qui est anticipée que la façon de pouvoir la conduire. Dans l'exemple donné par la vignette 2, les règles de prescription ont été inversées pour pouvoir respecter l'impératif de rapidité. Le Qui-Vive a prévalu sur le découpage classique : diagnostic puis traitement.

LE QUI-VIVE CONSTRUIT LE SENS DE L'ACTION ET MAINTIENT L'ENGAGEMENT

Le Qui-Vive est un savoir-faire collectif, qui facilite l'intercompréhension entre les différents corps de métier. Les actions, mises en œuvre par les acteurs de première ligne, ont ainsi un rôle de déclencheur des interventions des autres acteurs. Par exemple, l'arrivée d'un patient porteur d'un ulcère de pression dans l'hôpital H3, va immédiatement mettre en alerte le médecin, la diététicienne et l'ergothérapeute. L'hôpital H1 (vignette 3) donne un autre exemple de ce mécanisme d'intercompréhension : une nouvelle interprétation des mécanismes de surpression est ainsi élaborée à partir d'une expérience partagée. L'ensemble des membres d'une équipe sont tenus par des interprétations communes qui déterminent leur façon d'agir face à l'ulcère de pression et créent des engagements réciproques. Cela donne un sens collectif à l'intervention de chacun.

Vignette 3. Hôpital H1

Lors d'une visite à l'hôpital H1, je suis pris à témoin d'un événement indésirable. Le chef de service m'emmène voir une patiente qui présente une rougeur sur une jambe. Deux infirmiers nous accompagnent. Récemment une infirmière, nouvelle dans le service, a posé une bande de contention trop étroite sur la jambe de la patiente. Le médecin commente l'événement et explique le mécanisme de surpression qui a sans doute constitué une entrave à la circulation sanguine. Cet événement m'apparaît d'abord ordinaire, mais je me rends compte ensuite lors des différentes rencontres, que l'information a diffusé rapidement et a été commentée dans tout le service. L'émotion collective, suscitée par l'événement, a permis la constitution et la diffusion rapide d'un nouveau savoir collectif. Chacun est maintenant au courant qu'il faut faire attention à la largeur des bandes de contention. Le cadre du service envisage d'en faire une règle de façon à informer les nouveaux venus dans le service car ils n'ont pas la même expérience que les agents plus anciens.

Le Qui-Vive organisationnel est en fait une sorte d'idéal de l'intervention à entreprendre que l'on peut décrire comme un cadre primaire d'action au sens que lui donne Goffman pour les cadres de l'expérience (1991). Cet idéal oriente les perspectives, permet l'intercompréhension des acteurs et l'alignement de leurs actions individuelles. Dans ce régime d'action, les acteurs gagnent en autonomie, mais en interprétant un pattern attention-action particulier, qui est celui du Qui-Vive organisationnel. Le pattern du Qui-Vive organisationnel apparaît ainsi comme une rhétorique de l'action (Lorino, 2005b), un principe

narratif qui permet aux acteurs de situer leur contribution dans un schéma collectif d'action (Pentland & Feldman, 2008).

DISCUSSION

Les approches contemporaines de la sécurisation de soins à l'hôpital ont pris récemment de la distance par rapport à une conception classique instrumentale de la gestion des risques. Les processus qui reposent sur de longues chaînes de signalement, puis de rétroaction, trouvent aujourd'hui leurs limites et ne permettent pas de gains substantiels (Saintoyant, Duhamel, & Minvielle, 2012). Les modes de coordination qui s'appuient sur des mécanismes rapides de retour d'expérience et de construction du lien attention-action, selon le principe du « *Mindfulness* », sont considérés à la fois comme efficaces et comme porteurs d'une nouvelle culture (Vogus, Sutcliffe, & Weick, 2010). Cependant, l'accent mis sur le « *Mindfulness* » laisse dans l'ombre les ressources instrumentales quotidiennement utilisées pour sécuriser les soins.

La comparaison du Qui-Vive organisationnel avec le « *Mindfulness* », selon les catégories de l'attention proposées par Ocasio (2011), nous permettra, tout d'abord, de discuter les caractéristiques distinctives du pattern que nous avons observé. Nous pourrions ensuite élargir cette réflexion en envisageant l'appartenance du Qui-Vive à une gamme plus large de patterns liant attention et action permettant de répondre à différentes situations. Finalement l'utilisation de cette forme de coordination, dans d'autres domaines que celui du soin, pourra être discutée et nous en montrerons aussi les limites. Cela ouvrira sur de nouvelles voies de recherche.

QUI-VIVE ORGANISATIONNEL ET « *MINDFULNESS* »

Avec le concept de « *Mindfulness* », Weick et Sutcliffe (2006) mettent sémantiquement en exergue la question de l'attention (de la pleine conscience) dans l'action. Karl Weick attache beaucoup d'importance à la nature immédiate ou rétrospective de cette attention aux dépends de ses capacités d'anticipation. Nous avons montré, au contraire, comment le Qui-Vive organisationnel pouvait anticiper l'action dans l'attention. Cette différence peut être approfondie en reprenant les trois variétés de l'attention comme grille de comparaison des deux patterns. Les différentes distinctions des variétés de l'attention permettent ainsi de proposer un tableau comparatif des caractéristiques et des conditions d'emploi des deux patterns qui créent un lien fort entre attention et action (Tableau 2).

Tableau 2. Comparaison de différents schémas intégrant attention et action

Forme de l'attention	Qui-Vive	<i>Mindfulness</i>
Perspective	Vigilance anticipée sur un risque particulier	Esprit ouvert à toute perspective
Sélection	Outillage préalable plutôt que bricolé	Bricolage intelligent
Engagement	Réassurance sur le sens de l'action et adaptation	Constitution du sens dans le déroulé de l'action

Attention de perspective. Le Qui-Vive prépare les sentinelles à un type d'événement particulier sans pour autant spécifier précisément l'action à engager, il s'agit d'une vigilance anticipée qui précise les perspectives et les possibilités d'action. Le « *Mindfulness* » laisse par contre les opportunités beaucoup plus ouvertes ; il privilégie l'attention pour une situation où l'événement à venir est tout à fait inattendu ; Karl Weick en fait d'ailleurs le titre de son ouvrage : « *Managing the unexpected* » (Weick & Sutcliffe, 2007). Pour le Qui-Vive organisationnel cette dimension de l'attention est importante car elle permet d'orienter la vigilance. L'importance de la mise en perspective renvoie à la distinction qui a été faite entre *sensegiving* et *sensemaking* (Gioia & Chittipeddi, 1991). L'attention de perspective s'appuie sur l'indication de perspectives ce qui donne le sens de l'action, alors que la fabrication du sens intervient au cours ou à la suite de l'action pour faire émerger ce sens. Autrement dit, alors que le « *Mindfulness* » insiste lui sur la fabrication du sens, le Qui-Vive organisationnel, lui, insiste plutôt sur l'attention de perspective.

Attention de sélection. Le Qui-Vive autonomise les acteurs en leur diffusant un savoir commun et des possibilités d'action partagée grâce à l'investissement important dans la préparation de l'outillage qui va équiper l'action. A l'inverse le « *Mindfulness* » incite à aller rechercher une expertise qui est distribuée dans l'organisation, il privilégie des possibilités de bricolage pour inventer des solutions, mais il n'anticipe pas ces possibilités. L'invention et l'innovation sont des ressources importantes de l'attention pour ce pattern, alors que pour le Qui-Vive organisationnel cela repose essentiellement sur un outillage préalable. Le bricolage n'est pas absent des pratiques du Qui-Vive, mais il tend à se pérenniser pour constituer des ressources rémanentes qui anticiperont les situations à venir.

Attention dans l'engagement. Le Qui-Vive peut se contenter de conforter l'action sans pour autant créer de nouveaux registres d'engagement. Il lui suffit de réaffirmer le sens premier de l'action. A l'inverse le « *Mindfulness* » investit de façon importante dans la justification du sens de l'action et la création de nouveaux registres d'engagement dans l'action. Pour le « *Mindfulness* » le changement du sens de l'action permet de piloter les situations d'incertitude en ne s'enfermant pas dans un schéma a priori d'interprétation. A l'inverse pour le Qui-Vive organisationnel il s'agit de réaffirmer les perspectives choisies. A nouveau la fabrication d'un sens nouveau par le Qui-Vive organisationnel n'est pas exclue, mais l'effort qui y est mis à dresser les perspectives et engager l'attention sur un risque particulier est plus important.

LE QUI-VIVE CONSTITUE UNE STRUCTURATION INTERMÉDIAIRE DE COORDINATION

Karl Weick distingue deux formes de couplages qui opposent le principe d'efficacité et celui de fiabilité (Orton & Weick, 1990; Weick & Roberts, 1993). La première forme, décrite comme un couplage serré entre acteurs, est souvent adaptée à des situations où il y a peu d'imprévu, peu de surprise, avec des technologies peu risquées et des relations hiérarchiques directes. A l'inverse, la deuxième forme de couplage, à laquelle appartient le « *Mindfulness* », est décrite comme un couplage souple entre acteurs. Cette forme de couplage est adaptée aux situations complexes, où les actions à entreprendre ne peuvent pas être anticipées de façon précise, car les interactions y jouent un rôle important. Le Qui-Vive organisationnel, en mettant l'accent sur l'instrumentation anticipée, fait un pas vers des mécanismes de couplage plus serrés, et initie une forme de continuum permettant les variations des types de coordination entre couplage souple et couplage serré. Le Qui-Vive apparaît ainsi comme une forme intermédiaire de structuration du lien attention-action.

Cette proposition d'un continuum soutient la perspective développée par Levinthal et Rerup (2006) qui consiste à ne pas opposer routine et « *Mindfulness* » mais à les considérer comme des attitudes complémentaires (voir aussi Levinthal & Warglien, 1999). La nécessité de faire appel aux différents registres de l'attention a également été décrite dans la gestion des crises rares (Rerup, 2009). La description de plusieurs types de couplage souple se distinguant les uns des autres par l'importance qu'ils accordent à l'une ou l'autre des formes d'attention décrites par Ocasio (2011), donne ainsi la possibilité de contextualiser l'action dans le domaine de la sécurité (Elsbach, Barr, & Hargadon, 2005; Journé & Raulet-Crosset, 2008, Hollnagel & Journé, 2009).

TRANSFÉRABILITÉ ET LIMITES DU QUI-VIVE ORGANISATIONNEL

Les attitudes qui sont propres au Qui-Vive organisationnel, et que nous avons observées à l'hôpital dans le contexte de cette étude, peuvent être extrapolées au renforcement de la fiabilité des organisations en général. Selon les contextes, différentes situations peuvent se présenter. Dans le cas d'un risque dont on connaît a priori la nature, mais dont on ne connaît pas le moment d'occurrence, la fiabilité de l'organisation reposera sur la capacité à sélectionner les registres d'attention et à préparer des instruments de riposte. Cela permettra d'autonomiser les acteurs de première ligne, tout en encadrant l'éventail des solutions par le type d'instrumentation mis à disposition. Par contre lorsque l'incertitude est totale sur la nature du risque à venir, le pattern du « *Mindfulness* » nous semble plus approprié, car il permet de construire le sens de l'action sans préjuger des circonstances.

Les différents patterns liant attention et action organisent en fait une économie de l'attention : ils peuvent optimiser le recours à l'attention, comme ils peuvent en dégrader la performance. Le pattern du Qui-Vive, et sans doute plus encore celui du « *Mindfulness* », en faisant appel à la vigilance, peuvent en effet faire courir le risque d'un épuisement des acteurs de première ligne. Le Qui-Vive pourrait ainsi exacerber l'inquiétude des acteurs et nuire à leur efficacité. Cela constitue une des limites de ce pattern qui ne pourra être généralisé à tout type de situation au risque d'épuiser les équipes. Une contextualisation de l'emploi du Qui-Vive organisationnel apparaît nécessaire.

L'invocation des limites du Qui-Vive organisationnel amène de nouvelles questions de recherche. Il serait ainsi possible d'étudier comment les différents patterns d'attention-action émergent dans les organisations. Les patterns sont-ils différents selon les fonctions et les temps institutionnels ? Observons-nous des phénomènes de mimétisme ou, au contraire, de ségrégation dans le choix des patterns ? Existe-t-il des mécanismes de transition d'un pattern à l'autre en fonction de l'évolution du risque ? Toutes ces questions s'insèrent typiquement dans le programme de Simon, March et Cyert sur les possibilités de distribuer l'attention au sein de l'organisation (Simon, 1983; Cyert & March, 1992).

CONCLUSION

L'étude d'une prise en charge particulière au sein des hôpitaux a fait apparaître un pattern commun liant attention et action que nous avons nommé Qui-Vive organisationnel. La pièce centrale du schéma proposé par le Qui-Vive organisationnel est constituée par un script d'action et des ressources instrumentales qui appuient différents mécanismes attentionnels. Le Qui-Vive organisationnel recrute ainsi différents types d'attention qui ont été décrits dans la littérature : attention de perspective, attention de sélection, attention dans l'engagement et attention dans l'action.

Le Qui-Vive organisationnel crée une organisation de travail qui structure, de façon particulière, le lien entre attention et action et se distingue d'autres patterns liant attention et action. Il se distingue en particulier du « *Mindfulness* » décrit par Weick et qui a été utilisé pour caractériser des mécanismes de sécurisation à l'hôpital (Vogus & Sutcliffe, 2007). Dans les deux cas, la description qui est donnée de l'activité s'appuie fortement sur une relation étroite entre attention et action. Mais, dans le cas du Qui-Vive organisationnel, l'accent est mis sur les deux premières catégories d'attention (l'attention de perspective et l'attention de sélection), alors que dans le « *Mindfulness* » c'est la dernière catégorie qui prédomine (attention d'engagement). Par ailleurs l'instrumentation préalable, joue un rôle plus important dans le cas du Qui-Vive organisationnel.

Ces différents patterns liant attention et action s'inscrivent dans une famille plus grande de coordination permettant des formes de couplage plus ou moins souple de l'activité des différents acteurs. Ces couplages encadrent, tout en la préservant, l'autonomie des acteurs, ce qui peut trouver des applications bien au-delà de la gestion des risques à l'hôpital.

REFERENCES

- Brabet, J. (2005). Enacter l'enaction: une lecture subjective des travaux de Karl E. Weick. In D. Autissier, & F. Bensebaa (Eds.), *Les Défis du Sensemaking en Entreprise: Karl Weick et les sciences de gestion* (pp. 75-95). Paris: Economica.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory; A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications.
- Chatzisarantis, N.L.D., & Hagger, M.S. (2007). Mindfulness and the Intention-Behavior Relationship Within the Theory of Planned Behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(5), 663-676.
- Cyert, R.M., & March, J.G. (1992). *A Behavioral Theory of the Firm*. New York, NY: Wiley.
- Eisenberg, E.M. (2006). Karl Weick and the Aesthetics of Contingency. *Organization Studies*, 27(11), 1693-1707.
- Elsbach, K.D., Barr, P.S., & Hargadon, A.B. (2005). Identifying Situated Cognition in Organizations. *Organization Science*, 16(4), 422-433.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Feldman, M.S., & Orlikowski, W.J. (2011). Theorizing Practice and Practicing Theory. *Organization Science*, 22(5), 1240-1253.
- Gavetti, G., Levinthal, D., & Ocasio, W. (2007). Neo-Carnegie: The Carnegie School's Past, Present, and Reconstructing for the Future. *Organization Science*, 18(3), 523-536.
- Giddens, A. (1979). *Central Problems in Social Theory*. London: Palgrave Macmillan.
- Gioia, D.A., & Chittipeddi, K. (1991). Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. *Strategic Management Journal*, 12(6), 433-448.
- Gioia, D.A., Corley, K.G., & Hamilton, A.L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15-31.
- Goffman, E. (1983). The Interaction Order: American Sociological Association, 1982 Presidential Address. *American Sociological Review*, 48(1), 1-17.
- Goffman, E. (1991). *Les cadres de l'expérience*. Paris: Les Editions de Minuit.
- Gunningberg, L., & Stotts, N.A. (2008). Tracking quality over time: what do pressure ulcer data show? *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), 246-253.
- Hollnagel, E., & Journé, B. (2009). Fiabilité et Résilience Comme Dimension de la Performance Organisationnelle. *M@n@gement*, 12(4), 224-229.
- Journé, B., & Raulet-Crosset, N. (2008). Le concept de situation: contribution à l'analyse de l'activité managériale dans un contexte d'ambiguïté et d'incertitude. *M@n@gement*, 11(1), 27-55.
- Langley, A., & Abdallah, C. (2011). Templates and Turns in Qualitative Studies of Strategy and Management. In D.D. Bergh, & D.J. Ketchen (Eds.), *Building Methodological Bridges* (Research Methodology in Strategy and Management, Vol 6) (pp.201-235). Bingley: Emerald Group.
- Levinthal, D., & Rerup, C. (2006). Crossing an Apparent Chasm: Bridging Mindful and Less-Mindful Perspectives on Organizational Learning. *Organization Science*, 17(4), 502-513.
- Levinthal, D.A., & Warglien, M. (1999). Landscape Design: Designing for Local Action in Complex Worlds. *Organization Science*, 10(3), 342-357.
- Lorino, P. (2005a). Les instruments, présence fantomatique dans l'oeuvre de Karl E. Weick. In D. Autissier, & F. Bensebaa (Eds.), *Les Défis du Sensemaking en Entreprise: Karl Weick et les sciences de gestion* (pp.49-73). Paris: Economica.

- Lorino, P. (2005b). Contrôle de gestion et mise en intrigue de l'action collective. *Revue Française de Gestion*, 31(159), 189-212.
- Marshall, N. (2008). Cognitive and Practice-based Theories of Organizational Knowledge and Learning: Incompatible or Complementary? *Management Learning*, 39(4), 413-435.
- Ocasio, W. (1997). Towards an Attention-Based View of the Firm. *Strategic Management Journal*, 18(S1), 187-206.
- Ocasio, W. (2011). Attention to Attention. *Organization Science*, 22(5), 1286-1296.
- Orton, J.D., & Weick, K.E. (1990). Loosely coupled systems: A reconceptualization. *Academy of Management Review*, 15(2), 203-223.
- Orvain, J. (2013). Les mécanismes de structuration de l'activité des équipes de soins: Etude de cas sur la gestion des ulcères de pression. *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, 31(2-3), 121-141.
- Orvain, J., & Routelous, C. (2012). Comment les objets construisent nos façons d'agir: les dispositifs d'habilitation et de déshabilitation du sujet. In G. Dorthe (Ed.), *Studia Philosophica: aux limites de la condition humaine, santé, justice, pouvoir*. (pp.101-108). Basel: Schwabe Verlag.
- Pentland, B.T., & Feldman, M.S. (2008). Designing routines: On the folly of designing artifacts, while hoping for patterns of action. *Information and Organization*, 18(4), 235-250.
- Rerup, C. (2009). Attentional Triangulation: Learning from Unexpected Rare Crises. *Organization Science*, 20(5), 876-893.
- Saintoyant, V., Duhamel, G., & Minvielle, E. (2012). Gestion des risques associés aux soins: état des lieux et perspectives. *Pratiques et Organisation des Soins*, 43(1), 35-45.
- Simon, H. (1983). *Administration et Processus de décision*. Paris: Economica.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Newbury Park, CA: Sage.
- Vogus, T.J., & Sutcliffe, K.M. (2007). The Safety Organizing Scale: Development and Validation of a Behavioral Measure of Safety Culture in Hospital Nursing Units. *Medical Care*, 45(1).
- Weick, K., & Sutcliffe, K. (2006). Mindfulness and the Quality of Organizational Attention. *Organization Science*, 17(4), 514-524.
- Weick, K., & Sutcliffe, K. (2007). *Managing the Unexpected: Resilient Performance in an Age of Uncertainty*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Weick, K.E. (1976). Educational organizations as loosely coupled systems. *Administrative Science Quarterly*, 21(1), 1-19.
- Weick, K.E. (2006). Faith, Evidence, and Action: Better Guesses in an Unknowable World. *Organization Studies*, 27(11), 1723-1736.
- Weick, K.E., & Roberts, K.H. (1993). Collective Mind in Organizations: Heedful Interrelating on Flight Decks. *Administrative Science Quarterly*, 38(3), 357-381.
- Weick, K.E., & Sutcliffe, K.M. (2003). Hospitals as Cultures of Entrapment: A Re-Analysis of the Bristol Royal Infirmary. *California Management Review*, 45(2), 73-84.

ANNEXE A. STRUCTURATION DES THEMES PRIMAIRES ET SECONDAIRES

Tableau A1. L'attention est un mécanisme collectif de mise en alerte

Chacun participe à la mise en scène collective de l'attention	<p>« Quand les patients arrivent, c'est la première chose qu'on regarde... L'escarre, ce n'est pas normal, c'est le chef qui a dit ça. Nous on suit mais il a raison. » (Aide-Soignante H1)</p> <p>« La prévention des escarres est dans la tête de tout le monde, avant même que la rougeur n'apparaisse, on met tout en place, le lit, [le régime] avec la diététicienne... Il y a cette démarche avec toute l'équipe. » (Infirmier H1)</p> <p>« Ici, ce n'est pas complètement hiérarchisé, tout le monde doit alerter, tout le monde a un rôle, si on utilise trop d'outils cela peut nuire. Ce qui est intéressant, c'est de ne pas faire de la qualité pour de la qualité. Ce qui est intéressant, c'est quand il y a une équipe qui suit, ça je trouve cela génial. Il ne faut pas faire l'escarologue, il vaut mieux faire de la formation. Travailler sur la culture du service. » (Médecin H2)</p> <p>« Ici au centre hospitalier on fait attention aux changements de position, à l'hydratation. C'est rare d'avoir des escarres. Si les patients arrivent avec, ils ne repartent pas avec, c'est comme cela ! Cela témoigne de la bonne prise en charge. » (Aide-Soignante H3)</p>
L'engagement personnel est suscité	<p>« Par rapport à il y a 25 ans, cela a changé, cela a été efficace... Nous sommes un service impliqué, et le succès est là. C'est sincère ce que je vous dis. C'est notre chef qui nous a appris cela. » (Aide-Soignante H1)</p> <p>« Pour moi c'était clair : je suis référent escarre dans l'établissement, il n'est pas question qu'il y ait des escarres dans le service. Il y a une communication, pluridisciplinaire, l'AS sait que ce qu'elle dit va être valorisé. » (Médecin H3)</p> <p>« On a valorisé les personnels, que ce soient les aides-soignantes, que ce soient des infirmières, en leur montrant, en les impliquant directement. » (Médecin H3)</p>
L'organisation montre l'importance qu'elle accorde à l'attention	<p>« Le message passe rapidement dans toute l'équipe. La première fois qu'une nouvelle a dû dire qu'une rougeur est apparue, c'était pas facile. Le fait qu'il y ait cette crainte, on met tout en place pour que la prise en charge soit optimum. » (Infirmier H1)</p> <p>« Il y a eu plein de réunions avec des infirmières, cela a débouché sur la création d'une première fiche pansement, on évaluait le type d'escarre, le pansement qu'on mettait en place. Une procédure a été rédigée pour la prévention des escarres au niveau de l'établissement. Un poster a été rédigé, affiché dans les services. Des formations ont été faites. » (Médecin H2)</p> <p>« Cela fait la réputation de l'établissement. Les familles ne s'en préoccupent pas. C'est plutôt entre établissements, on juge les collègues. » (Pharmacienne H3)</p>

Tableau A2. L'attention est préparée par la création des répertoires

La banalisation est exclue par des mécanismes de sensibilisation	<p>« Moi, j'agis sur l'émotionnel parce que si on banalise, on voit ça avec un regard de mouton mort. Il y a un fatalisme qui s'installe. » (Médecin H1)</p> <p>« L'escarre n'est pas une fatalité. Le regard de l'aide-soignante est la première chose. Ce sont les premières personnes à former, si elles n'alertent pas, le reste ne peut pas marcher. » (Médecin H2)</p> <p>« Il y a une méconnaissance du grand public, il faudrait que les gens fassent plus attention, il faut une éducation thérapeutique sur l'importance de la nutrition. Le grand public connaît mal et n'est pas sensibilisé. Il y a du fatalisme. » (Diététicienne H3)</p>
L'attention est un geste technique qui s'apprend	<p>« La dénutrition, la déshydratation sont également importantes. On surveille ces ... points là. Si un patient ne bouge pas de son lit on se dit il faut mettre un [matelas] Nimbus. S'il y en a un qui se libère on le met au patient... Nous avons fait une formation il y a deux-trois ans qui a duré deux heures pour voir où on en était. C'est important d'être vigilant. » (Aide-Soignante H1)</p> <p>« Toute une dynamique s'est mise en place : d'abord groupe pansement en 2002, fiche pansement pour la traçabilité, formation des équipes, un livret a été réalisé. » (Médecin H2)</p> <p>« Cela a été très dur, parce que j'ai voulu qu'il y ait des aides-soignantes formées, c'est à dire des titulaires ... Donc il a fallu questionner les connaissances et elles se sont aperçues qu'effectivement les connaissances n'étaient pas forcément là et donc que la compétence ne pouvait pas être exercée complètement. » (Cadre H2)</p> <p>« Les infirmières se posent des questions ouvertement. Elles osent dire qu'il y a des escarres. Cela donne envie de revoir les stades de gravité, j'y vais de temps en temps. On pourrait calculer l'impact de la nutrition en fonction des stades. » (Diététicienne H3)</p>
Donner l'alerte est définie comme un rôle spécifique	<p>« Cela repose sur les personnes, les échanges, la communication. Le Dr B est un grand comédien. Quand une rougeur apparait, il va faire l'acteur. » (Infirmier H1)</p> <p>« Les AS ont été sensibilisées, dès qu'il y a une rougeur elles signalent, elles alertent. C'est effectivement la première chose, c'est ce qui est le plus important. » (Médecin H2)</p> <p>« Les AS ont un grand rôle d'observation pour transmettre s'il y a un risque. On avertit. » (Aide-Soignante H3)</p>

Tableau A3. Le passage à l'action est facilité et canalisé par des principes d'action

Les situations sont qualifiées et reconnues	« Le médecin en parle de manière régulière, à la fois en expliquant les méthodes préventives, en s'intéressant lorsqu'il fait la visite à aller voir ce genre de chose. Quand il y a un problème il s'y intéresse et met tout ce qu'il faut en route dès le départ. » (Infirmier H1) « Au cours d'une réunion on a bien précisé les choses. Quand je reçois quelqu'un, je l'indique sur le planning, j'indique d'où elle vient, pourquoi elle vient et quelle est son autonomie. Donc pourquoi elle vient, si elle a une escarre, si elle n'en a pas. » (Cadre H2)
Le passage de l'attention à l'action est modélisé et raccourci	« Quand on a quelque chose à dire on le dit. Une transmission ciblée c'est bref on ne s'attarde pas, il faut préciser. On a notre cahier de transmission. On a un tableau des transmissions. On arrive on a le tableau et on voit s'il y a des escarres, si il y a une grosse escarre, on le voit. » (Aide-Soignante H1)
Des principes généraux guident l'action	« On a dit : tout patient avec escarre doit avoir une fiche douleur et on a vérifié avec un audit que c'était le cas. On a tracé, on a fait des audits. On avait des fiches pansement mises en place dans les services. On a eu 2 modèles de fiches, maintenant c'est informatisé. » (Médecin H2) « Et à partir de là on s'est dit et bien on n'a plus qu'à travailler. On va partir de l'observation, de l'observation il y a des choses qui ne sont pas admissibles. Donc on ne peut pas laisser ces choses là parce que il y a un impact sur le patient, il y a un impact sur le soignant. Ici, il y a beaucoup de choses qui sont faites en termes de formation sur la maltraitance. » (Cadre H2)

Tableau A4. Une panoplie d'outils est mise à disposition

Des rituels et des routines sont constitués et constamment revus	« Les soignants savent ce qu'il faut faire. Le problème c'est qu'ils le fassent à bon escient. Alors moi je dis il faut que cela soit une obsession... Il faut que cela soit intégré aux comportements. On ne peut pas oublier des choses importantes, c'est un rituel intégré. » (Médecin H1) « Au niveau des différents établissements, il faut avoir la même prise en charge. Il faut avoir le même suivi, pour des patients qui vont transiter. » (Pharmacienne H3) « En admission directe on a fait une feuille qu'on envoie par internet au médecin qui nous la retourne par internet pour nous indiquer l'état de la personne. C'est nous qui l'avons fabriquée et nous l'avons envoyée à tous les médecins de ville. A partir de ça, je fais ma petite feuille, une étiquette. Je la passe sur la fiche en T sur le tableau mural. » (Cadre H2) « Lorsque j'ai fait l'audit, j'ai été voir si elles utilisaient les transmissions ciblées. La transmission ciblée a été mise en place en 2008. La transmission ciblée est une trace dans le dossier. » (Médecin H2)
Des panoplies d'outils et des entraînements facilitent le passage à l'action	« C'est une équipe bien organisée qui va utiliser au mieux les compétences. Il faut avoir de la connaissance, de l'entraînement, de l'entraînement dans l'action, et puis trouver la meilleure adéquation pour que les différents acteurs du soin puissent bien s'organiser. Le problème, pour l'escarre, c'est que pour éviter qu'il vienne, il faut être très réactif. Dans des services où c'est habituel, on est organisé. » (Médecin H1) « Le rôle du cadre est de faire en sorte que l'information au niveau des techniques curatives et préventives passe bien. Au niveau de l'utilisation du matériel, son rôle c'est que tout le monde soit au courant et que tout le monde aille dans le même sens... Il y a un brassage permanent de nouveaux, il faut éduquer tous les gens. » (Infirmier H1) « Des informations sont données sur la bonne utilisation des pansements pour le bon stade. Les infirmières se posent des questions ouvertement. » (Diététicienne H3)
Des possibilités d'action immédiate sont données aux opérateurs	« On a établi un logigramme pour décider du type de matelas. On s'était rendu compte que les matelas étaient mal attribués. Le matelas Nimbus était mis à ceux qui ne le nécessitaient pas. On n'indique pas le type précis car je veux impliquer les AS et infirmières dans la décision. » (Médecin H2) « Ici, on fait un bilan d'entrée, il y a un protocole sur les chariots de soin avec une reconnaissance selon les différents stades. Il y a un calepin qui permet de faire le staging. Nous avons une liste de base pour les pansements, mais chacun travaille dans son coin. On a une gamme large, dans les services ne savent pas par quoi remplacer. Ce n'est pas évident de travailler par classe. [Le médecin] fait les pansements les plus compliqués. Du coup l'infirmière est poussée. » (Pharmacienne H3)

Tableau A5. L'action est constamment justifiée

L'attention est portée aux résultats	<p>« Nous voyons que nous sommes efficaces quand il n'y a plus d'escarre... Au niveau de l'équipe s'il y a une escarre, on se dit qu'est-ce qu'on a fait qui n'était pas bien. On sera trois fois plus vigilants ensuite pour traiter. » (Aide-Soignante H1)</p> <p>« En décision, il faut réajuster jusqu'au moment où cela va bien et signifier que cela va bien. Aller de l'action jusqu'au résultat. Et le résultat doit amener à l'abolition du problème. C'est la logique. Cela doit être en continu et on doit voir effectivement l'état de la personne s'améliorer ou bien le problème se régler. » (Cadre H2)</p>
Des mécanismes de recours permettent de revoir en continu le script	<p>« Quand on a un doute pour tel ou tel patient, quand il y a un problème, une rougeur, une phlyctène, quoi que ce soit. On sait qu'on peut lui [au médecin] demander des conseils, quel type de pansement mettre. Au niveau du conseil on sait qu'on est écouté, quand on a besoin d'un conseil on sait qu'on peut demander et qu'il sera à l'écoute pour nous donner une méthode, un choix au niveau d'un pansement au niveau d'un produit ou même au niveau d'une technique. » (Infirmier H1)</p> <p>« J'essaie de voir le maximum de plaies. Mes collègues aussi. Quand on regarde la plaie, on discute avec les infirmières, elles nous interpellent quand il y a des difficultés, elles ont leurs idées, j'ai les miennes, nous arrivons à un consensus. » (Médecin H2)</p> <p>« Dès qu'il y a une plaie quelque part c'est une demande de consultation aussi bien en externe qu'en interne. Il y a des escarres au troisième, on va demander au médecin. » (Médecin H3)</p> <p>« Les infirmières de ville m'expriment cette souffrance. Elles ne savent pas quoi faire. Elles peuvent être très efficaces, mais quand il y a besoin on peut reprendre le patient et le soigner sous antalgique puissant. Il doit y avoir une stratégie de recours. Nous avons un environnement qui permet d'utiliser des moyens qui nécessitent un environnement sécurisé. On peut hiérarchiser les recours. » (Médecin H3)</p>
Le script attention-action est constamment réévalué collectivement	<p>« [La réunion de service] permet au médecin de faire une synthèse de chaque patient, en expliquant ce que le patient a, en expliquant la thérapie mise en œuvre, les soins, l'évolution et ce que le patient va devenir... C'est le médecin qui explique, puis chacun donne son avis sur l'évolution, ce qu'on en pense, s'il y a des tirs à corriger dans tous les domaines. » (Infirmier H1)</p> <p>« On utilise beaucoup la prémédication, on a une consommation de morphinique importante. On fait une évaluation systématique avec des échelles de douleur. Si c'est douloureux, on ne fait pas, on discute entre médecin, infirmières et AS pour décider si on fait. » (Médecin H2)</p> <p>« Il faut un suivi du soin pour avoir de meilleurs résultats, pour faire mieux ensemble. On peut mettre en commun des savoir-faire, le même matériel, suivre les patients à risque. On peut mutualiser les connaissances. » (Pharmacienne H3)</p>

Jacques Orvain est enseignant-chercheur à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique. Ses thèmes de recherche portent sur les comportements organisationnels dans les organisations sanitaires et médico-sociales et plus particulièrement sur les mécanismes de structuration au sein de ces organisations. Docteur en médecine, spécialisé en épidémiologie il est également titulaire d'un doctorat en Sciences de Gestion depuis 2012. De 1996 à 2008 il a occupé des responsabilités managériales comme Vice-Président des services médicaux et de l'évaluation médico-économique d'HMR (Bridgewater, USA), directeur de l'Évaluation à l'ANAES (Paris, France) et directeur des Etudes et de la Recherche à l'ENSP (Rennes, France).