



**HAL**  
open science

## Vers un modèle intégrateur des démarches qualité à l'hôpital: l'apport des outils de gestion

Sandrine Hayo-Villeneuve

► **To cite this version:**

Sandrine Hayo-Villeneuve. Vers un modèle intégrateur des démarches qualité à l'hôpital: l'apport des outils de gestion. Gestion et management. Université de Lorraine, 2017. Français. NNT: 2017LORR0034 . tel-01561792

**HAL Id: tel-01561792**

**<https://theses.hal.science/tel-01561792>**

Submitted on 13 Jul 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



---

VERS UN MODELE INTEGRATEUR DES  
DEMARCHES QUALITE A L'HOPITAL :  
L'APPORT DES OUTILS DE GESTION

---



THESE DE DOCTORAT EN SCIENCES DE GESTION

*Présentée et soutenue publiquement par*

*Sandrine Hayo-Villeneuve*

*Le 25 Avril 2017*

**JURY :**

Julien HUSSON, Directeur de Recherche, Université de Lorraine

Thierry NOBRE, Professeur, Université de Strasbourg

Christophe PASCAL, Maître de conférence HDR, Université de Lyon III - Rapporteur

Anne ROUSSEAU, Professeur, Université Catholique de Louvain - Rapporteur

Marie-Odile SAILLARD, Directrice Générale du CHR Metz-Thionville

Christophe SCHMITT, Professeur, Université de Lorraine



*L'Université de Lorraine n'entend accorder aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.*

## REMERCIEMENTS

---

Je souhaite remercier :

- \* Julien Husson, Directeur de cette recherche qui a su soutenir ce travail avec bienveillance et compréhension. Sa présence constante à mes côtés, son soutien sans faille et son extrême disponibilité durant ces quatre années ont été précieux.
- \* Madame le Professeur Anne ROUSSEAU, Madame Marie-Odile SAILLARD Directrice Générale du CHR Metz-Thionville, Monsieur le Professeur Christophe SCHMITT, Monsieur le Professeur Thierry NOBRE, ainsi que Monsieur Christophe PASCAL Directeur de l'IFROSS dont la présence à ce jury m'honore.

Je remercie l'ensemble des acteurs du système hospitalier qui m'ont permis de m'immerger dans la réalité des organisations hospitalières et notamment :

- \* Les directions générales des deux terrains de recherche qui m'ont permis de réaliser la recherche empirique et d'accéder librement à de nombreuses sources de données.
- \* Cette recherche doit aussi beaucoup à la participation et à la collaboration de tous les acteurs de santé qui ont enrichi nos réflexions et donné de leur temps avec enthousiasme.

Cette recherche a pu se dérouler grâce au soutien et à l'accompagnement du directeur et des membres du laboratoire de recherche CERFIGE et plus précisément de l'axe EMI. Je remercie l'ensemble des enseignants chercheurs du laboratoire ainsi que les doctorants qui ont contribué à alimenter régulièrement ma réflexion.

Je remercie Madame Gérard coordinatrice des instituts de formation du CHRU de Nancy qui a été à l'initiative de ce travail de recherche et qui a accompagné ce cheminement avec bienveillance.

Je souhaite remercier Alain Viaux directeur de l'Institut de Formation des Cadres de santé du CHRU de Nancy pour sa veille active aux bonnes conditions de réalisation de cette thèse. Ma plus grande sympathie à ma collègue et amie Valérie Corre cadre supérieur de santé au CHRU de Nancy pour ses encouragements permanents et son soutien quotidien.

Ma reconnaissance à toute l'équipe administrative du laboratoire, de l'Ecole Doctorale et de l'ESM-IAE de Metz et particulièrement Madame Claudel-Cecchi pour sa disponibilité et son soutien organisationnel et Mme Pluvinet pour son aide administrative.

Enfin, je remercie particulièrement ma famille, mon mari, mon père, Manette pour leur compréhension, leur affection, leur soutien indéfectible et encouragements quotidiens durant ce travail de recherche.

## LISTE DES ABREVIATIONS

---

- AFCIQ** : Association Française pour le Contrôle Industriel de la Qualité
- AFNOR** : Association Française de NORmalisation
- AHRQ** : Agency for Healthcare Research and Quality (USA)
- ALARM** : Association of Litigation and Risk management
- AMDEC** : Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité
- ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance
- ANDEM** : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
- ANFH** : Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier
- ANT** : Actor-Network Théorie
- ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CHRU** : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CHT** : Communautés Hospitalières Territoriales
- CME** : Commission Médicale d'Etablissement
- COMPAQH** : COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité
- COFIL** : COmité de PIlotage
- COVIR** : COmité des Vgilances et des Risques
- COMEDIMS** : *Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles*
- CPOM** : Contrat Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
- CSIRMT** : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques
- CREX** : Comité de Retour d'EXpérience
- CRUQPC** : Commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
- DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- DIM** : Département de l'Information Médicale
- DMS** : Durée Moyenne de Séjour
- DPC** : Développement Professionnel Continu
- DQU** : Direction de la Qualité et des Usagers
- DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Ministère de la Santé)
- EFMQ** : European Foundation for Quality Management
- EOH** : Equipe Opérationnelle d'Hygiène
- EI** : Evénement Indésirable
- EIG** : Evénement Indésirable Grave
- ENEIS** : Enquête nationale sur les Evènements Indésirables associés aux Soins

- EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- EPRD** : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
- GCSM** : Groupements de Coopération Sanitaire de Moyens
- GDR** : Gestion Des Risques
- GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire
- GRANIT** : outil de déclaration des événements indésirables au CHRUX
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- HPST** : Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
- IFCS** : Institut de Formation des Cadres de Santé
- IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales
- ISO** : International Organization for Standardization
- LOLF** : Loi Organique relative aux Lois de Finance
- MAINH** : Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier
- MeaH** : Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitalier
- NPM** : New Public Management
- PAQSS** : Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
- PEP** : Pratiques Exigibles Prioritaires
- PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- PSPH** : Etablissements de Santé Privés participant au service Public Hospitalier
- QUALHAS** : indicateurs qualité HAS
- REX** : Retour d'Expérience
- RRM** : Revue de Mortalité Morbidité
- SROS** : Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire
- T2A** : Tarification A l'Activité
- TQM** : Total Quality Management
- UNCAM** : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

---

*Introduction Générale*

---



Les organisations hospitalières sont confrontées à des évolutions constantes : évolution technologique, évolution sociétale des attentes, place de l'usager de plus en plus affirmée, mutations organisationnelles préconisées par les tutelles et un éventail de réformes qui se télescopent parfois. Les établissements de santé sont au cœur des réformes du système de santé et doivent continuellement s'adapter aux changements. La mise en œuvre des nouvelles politiques de santé soulève la question de l'adaptation des organisations hospitalières : adaptation liée à la mutation de l'environnement, à la multiplication des interactions entre les acteurs, à la prise en compte des réseaux de soins, des pôles d'activités et des processus transverses.

Le domaine de la qualité à l'hôpital est également devenu une exigence légale et réglementaire. Depuis la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et des ordonnances d'avril 1996<sup>1</sup> introduisant l'obligation de la mise en œuvre d'une procédure d'évaluation externe, de nombreuses évolutions réglementaires concernant les démarches de certification des établissements de santé se greffent à un contexte organisationnel déjà contraint. L'intégration de la démarche qualité à l'hôpital est renforcée. Dès 2020, les établissements constituant les Groupements Hospitaliers de Territoires<sup>2</sup> seront soumis à une procédure de certification commune. L'articulation de l'offre de soins autour de projets médicaux partagés amplifie les synergies stratégiques et opérationnelles des établissements de santé autour d'une dimension transversale et conjointe de la démarche qualité et gestion des risques.

Les évolutions réglementaires qui ont marquées les organisations hospitalières ont ainsi participé à l'implémentation d'outils de gestion à visée rationalisante et la prise en compte de la qualité comme outil de gestion s'est peu à peu développée. Car si la qualité a d'abord été envisagée comme une réduction technique de non-conformités, l'intégration du facteur humain a largement contribué à penser la qualité comme un outil de gestion. De fait, les stratégies d'intégration de la démarche qualité par les outils de gestion dans les organisations hospitalières peuvent être porteuses. En effet, les outils de gestion sont des éléments structurants de l'organisation. Ils participent à sa construction en influant sur les rôles sociaux des acteurs.

Nous pensons que l'utilisation des outils de gestion de la qualité participent au déploiement de la démarche qualité. Ainsi, nous avons choisi de déterminer les leviers d'appropriation de la démarche qualité en nous appuyant sur l'étude d'un outil de gestion de la qualité : la fiche de déclaration des événements indésirables. Etudier un outil de gestion de la qualité dans un contexte organisationnel implique l'étude de l'outil lui-même, mais également les déterminants contextuels propres à l'organisation dans laquelle il vit. L'ancrage de l'outil n'occulte en aucune façon son histoire, l'environnement dans lequel il évolue, les intentions des concepteurs ou encore le contexte social et culturel. Ainsi, une prise en compte contextualisée de l'outil peut être un moyen de mesurer le niveau d'intégration de la démarche qualité d'une organisation hospitalière. En effet, les principes d'intégration de la démarche qualité ne sont pas portés par une méthode type qui serait reproduite à l'identique dans n'importe quelle organisation hospitalière, ils sont intégratifs des facteurs de contingence spécifiques à l'organisation et du niveau de maturité organisationnel dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques.

---

<sup>1</sup> Dont l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>2</sup> Source : Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

\* **Origine de la recherche**

**L'expérimentation d'un décalage entre « incantations managériales et traductions professionnelles »**

Notre recherche trouve son origine dans nos expériences. Depuis 2003, nous exerçons des missions d'encadrement couplées à des missions transversales dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques. En tant que cadre supérieur de santé responsable assurance qualité puis faisant fonction de directeur adjoint à la qualité et à la gestion des risques nous avons participé à la première procédure de certification puis piloté l'ensemble des procédures de certification suivantes. Notre positionnement a toujours été celui de manager au contact des professionnels de terrain et de « *technicien* » des questions de qualité et de gestion des risques. Ce double ancrage a été riche d'enseignements sur la perception et l'appropriation par les professionnels de terrain d'une démarche qualité souvent imposée réglementairement. Nous avons pu observer le décalage entre « *incantations managériales et traductions professionnelles* » (FRAISSE, ROBELET, & VINOT, 2003) pour paraphraser le titre de l'article de Stéphane Fraisse. En effet, entre une traduction du concept de qualité à fort pouvoir incantatoire et une incitation institutionnelle très marquée, nous avons pu assister « *de l'intérieur* » à la forte désillusion, voire démotivation des professionnels pour ce qui était perçu comme une « *ingérence réglementaire* » très éloignée des réalités de travail. Ce constat était d'autant plus douloureux pour nous, puisque nous représentions le maître d'œuvre et donc le « *traducteur expert* » de la démarche qualité. D'emblée, ce décalage nous a conduit à porter une réflexion sur les conditions d'appropriation des préceptes qualité par les professionnels. Nous avons dès lors essayé, de façon empirique, de comprendre ces phénomènes.

**Le constat d'une perception contrariée du concept de qualité**

Nous avons également bénéficié d'une expérience pédagogique dans le domaine de la qualité et gestion des risques puisque dès 2003 nous enseignions ces thématiques en Master. Là encore, nous avons pu mesurer, auprès des professionnels en formation continue, l'évolution de la perception et de la compréhension du concept de qualité. Dans les années 2000, qui ont été celles de la mise en œuvre des premières procédures de certification, la notion de qualité traduite alors dans le sens d'une action collective pour l'amélioration continue des pratiques de soins était très populaire, voire enthousiasmante. La motivation des professionnels de santé à œuvrer dans une vision participative et de collaboration pour améliorer la prise en charge des usagers a toujours été mobilisatrice. Pourtant, les années qui suivirent, jalonnées de nouvelles méthodologies de certifications, de nouvelles exigences parfois en opposition avec les principes de réalité ont érodé cet élan. Nous devons porter les idéaux annoncés du concept qualité tout en faisant face aux désillusions éprouvées par les professionnels. L'accent mis par la certification, sur le développement nécessaire d'une organisation transversale a pu perturber certains pouvoirs établis entraînant des pratiques managériales discursives et percuter des organisations à fort caractère bureaucratique.

**Des managers concernés par la question de la qualité**

Plus tard, notre expérience de formateur en Institut de Formation des Cadres de Santé a fait évoluer notre réflexion car les cadres de santé sont au cœur de la traduction des démarches qualité sur le terrain, ils sont les « *passer* » du concept et les interprètes des outils de gestion de la qualité qui accompagnent ces démarches. Nous avons voulu comprendre quelle était l'évolution de la perception des managers au gré des bouleversements réglementaires et quelles étaient pour eux les leviers d'intégration de la

démarche qualité. Leur place de cadres intermédiaires est, en effet, de plus en plus centrale dans l'accompagnement de ces démarches au cœur des organisations hospitalières.

Nous nous sommes interrogés sur la question de l'intégration des spécificités du service public dans la démarche de gestion de la qualité (BARTOLI ET HERMEL, 2006) et donc sur l'évolution du concept de qualité à l'hôpital à travers la perception des acteurs de l'organisation. Nous nous sommes également interrogés sur les facteurs d'intégration de la démarche qualité à l'hôpital ou comment faire d'une injonction une pratique quotidienne intégrée à l'organisation dans une dynamique de réciprocité et d'acquisitions mutuelles de bénéfices pour l'organisation.

### **L'hôpital, une organisation hospitalière sous-contrainte**

L'hôpital public est une organisation fortement institutionnalisée (DIMAGGIO ET POWELL, 1983) au prise avec un environnement contraint (RUEF ET SCOTT, 1998). L'hôpital est « *par nature, une organisation complexe* » (DE KERVASDOUE, 2005, p. 5), il est même « *un des systèmes les plus complexes de nos sociétés contemporaines* » (GLOUBERMAN ET MINTZBERG, 2001, p. 58). En effet, l'hôpital, qualifiée de bureaucratie professionnelle par Mintzberg (1981) est caractérisé par une organisation cloisonnée ou se côtoient non sans difficulté des identités professionnelles fortes, attachées au métier technique de base et des logiques de pouvoir souvent divergentes. Une logique rationnelle formelle défendue par l'administration de l'hôpital représentée par la direction et une logique professionnelle défendue par le « *centre opérationnel* » celui représentant le cœur de métier et dominant à l'hôpital (CONTANDRIOPOULOS, 2008).

En outre, la restructuration des établissements de santé engagée depuis quelques décennies s'articule autour de l'accroissement des moyens de contrôle externes ainsi qu'une incitation à la responsabilisation par la mise en œuvre de la contractualisation interne. L'idée porteuse de ces réformes étant la maîtrise des dépenses en santé. Ces restructurations sont de différentes natures : la mise en avant de l'évaluation de la performance des établissements avec la mise en œuvre des procédures de certifications et l'obligation pour les établissements de diffuser des éléments standardisés d'information sur la production de leurs activités.

### **Une difficile intégration de la démarche qualité**

La démarche qualité dans les organisations hospitalières s'est inspirée des démarches industrielles. Son ancrage dans les hôpitaux ne s'est pas réalisée par la même voie que dans le domaine industriel, celle du produit. La qualité a été introduite par une voie réglementaire, légiférée. La qualité plus qu'un outil a une dimension organisationnelle de gestion. Elle est désormais ancrée dans l'organisation car elle ne s'inscrit pas uniquement dans une période précise en lien avec une procédure de certification. Il existe une mutation à la fois du concept qualité appliqué au domaine hospitalier mais aussi du secteur hospitalier lui-même. L'un se nourrit de l'autre. La qualité a de fait un impact sur les professions et sur l'environnement dans lequel elle interagit.

Pour autant, la démarche qualité est essentiellement vécue par les organisations hospitalières à travers les démarches de certification qui ont contribué à l'implantation et au développement des méthodes, outils et management de la qualité. Or, les démarches qualité sont souvent perçues comme une façon de rationner le soin, de le réduire à une vision cybernétique de données d'entrée et de sortie se centrant sur une succession de processus de production (CARAYOL, 2000). De fait, les organisations hospitalières n'ont pas toutes abordé l'intégration de la démarche qualité de la même façon. En effet, les impacts organisationnels ne sont pas toujours en concordance avec les logiques d'évolution des organisations. L'ancrage culturel est plus facile lorsque les principes de gestion de la qualité s'adaptent à l'organisation et qu'ils sont traduits dans un langage déjà existant. La qualité

doit être attractive en utilisant les gains d'efficacité dans l'amélioration de la qualité de vie au travail et générer un sentiment d'accomplissement des acteurs.

L'intérêt de cette recherche est double il repose sur la compréhension de l'évolution du concept qualité dans les organisations hospitalières et sur le rôle des outils de gestion de la qualité dans l'intégration de la démarche qualité à l'hôpital.

Nous pensons que notre posture de chercheur en gestion « *peut offrir les moyens, non d'expliquer un mouvement comme celui de la qualité, mais de le comprendre suffisamment pour donner aux acteurs des moyens accrus de le changer de façon plus efficace* » (MINVIELLE, 2003, p. 187)

### \* Le matériau de la recherche

Cette thèse a été réalisée dans le cadre du Centre Européen de Recherche en Économie Financière et Gestion des Entreprises (CEFEFIGE) qui est le laboratoire de recherche en sciences de gestion et en finance de l'Université de Lorraine rattaché à l'Ecole Doctorale Juridiques, Politiques, Economiques et de Gestion. Plus particulièrement, cette recherche s'inscrit dans l'axe Entrepreneuriat, Manager et Innovation (EMI) du laboratoire. Nous avons pu bénéficier, de 2012 à 2015, à un accès sans restriction à un premier terrain de recherche dans un Centre Hospitalier Universitaire dans lequel nous exerçons. Notre matériau de recherche a bénéficié de notre participation à des groupes de travail transversaux, à des réunions à caractère stratégique et à des missions d'enseignement et d'accompagnement des professionnels futurs cadres de santé. L'ensemble de nos missions et interventions a été validé par la Direction Générale, la Direction de la Stratégie, la Direction Qualité et soutenue par la Direction des Soins.

Lors de notre dernière année de thèse, nous avons bénéficié d'un accès à un second terrain de recherche dans un Centre Hospitalier de la région du Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées dans lequel nous exerçons la fonction de faisant fonction de directrice adjointe à la qualité et à la gestion des risques. Notre matériau de recherche a bénéficié de notre positionnement stratégique et opérationnel dans le cadre de participations aux instances de l'établissement et au pilotage du système de management de la qualité et de la sécurité des soins. Notre immersion sur ce terrain de recherche était complète puisque corrélée à notre temps de travail. Nous avons bénéficié de la validation et de l'accompagnement de la Direction Générale et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Les méthodes que nous avons retenues sont le fruit de l'articulation continue entre la théorie et la pratique, elles s'inscrivent dans la philosophie du CEFEFIGE qui promeut la production et la publication de la connaissance scientifique à destination du monde académique ainsi que son transfert vers le monde professionnel. Nous inscrivons également nos propositions dans l'orientation prônée par l'axe EMI du laboratoire visant à « *envisager les acteurs sous l'angle des parties prenantes, voire des communautés de pratiques, et non pas simplement dans une perspective individualiste.* »<sup>3</sup>

### \* Le plan de la thèse

Cette thèse s'articule en deux parties constituées chacune de trois chapitres. Un chapitre liminaire présente la problématique, les repères méthodologiques et épistémologiques ainsi que les méthodes d'intervention.

---

<sup>3</sup> CEFEFIGE « Entrepreneuriat Manager et Innovation » In CEREFIGE [en ligne] disponible sur <http://cerefige.univ-lorraine.fr/fr/axes-de-recherche/entrepreneuriat-manager-et-innovation>, consulté le 10/08/2016.

**La première partie de la thèse intitulée « De la problématique aux concepts »** délimite les concepts de qualité à l'hôpital et d'outils de gestion.

- *Un premier chapitre intitulé « Evolution du concept de qualité à l'hôpital »* retrace dans un premier temps l'évolution du concept qualité dans la spécificité organisationnelle hospitalière et l'impact du déploiement des démarches qualité sur le développement de ces organisations. Dans un second temps, ce chapitre décrit par une approche empirique l'évolution de la perception de la notion de qualité par les acteurs hospitaliers et les conséquences du cadre réglementaire sur des organisations insuffisamment préparées.
- *Un second chapitre intitulé « Des outils de gestion au service des acteurs »* propose de délimiter le concept d'outil de gestion et d'apporter un éclairage sur les impacts organisationnels ainsi que sur le statut des outils de gestion à travers le processus d'appropriation.
- *Un troisième chapitre intitulé « Pour une lecture des outils de gestion par la théorie de la structuration »* apporte un éclairage sur la théorie de la structuration portée par Anthony Giddens ainsi que sa traduction dans le contexte spécifique des organisations hospitalières.

**La seconde partie de la thèse intitulée « De l'expérimentation à la méthode »** fondée sur une approche empirique des outils de gestion de la qualité repose sur l'idée qu'il est possible de proposer un modèle de mesure des facteurs d'intégration de la qualité à l'hôpital à destination des managers hospitaliers.

- *Un premier chapitre intitulé « Etude d'un outil de gestion de la qualité : leçons d'expériences du premier terrain »* précise le choix de l'outil de gestion étudié dans le champ sémantique de la qualité et présente l'analyse de l'étude de cas dans un premier terrain de recherche.
- *Un second chapitre intitulé « L'outil de gestion des événements indésirables, étude de cas longitudinal : le cas du CHY »* présente l'application dans un second terrain de recherche des préconisations issues du premier modèle à partir de l'étude de l'outil de gestion des événements indésirables.
- *Un troisième chapitre intitulé « Vers une heuristique d'une gestion intégrée de la qualité »* expose le modèle de mesure des facteurs d'intégration de la démarche qualité construit à partir d'invariants repérés lors des expérimentations.



## **CHAPITRE LIMINAIRE**

### **Problématique de la recherche et méthode**

*Section I – Repères méthodologiques et épistémologiques*

*Section II - De la méthode aux méthodes d'intervention*

## **PREMIERE PARTIE : DE LA PROBLEMATIQUE AUX CONCEPTS**

### **Chapitre 1**

#### **Evolution du concept de qualité à l'hôpital**

*Section I – La qualité à l'hôpital, des acceptions mouvantes*

*Section II – La qualité à l'épreuve des faits : étude exploratoire*

### **Chapitre 2**

#### **Des outils de gestion au service des acteurs**

*Section I – Délimitation du concept d'outil de gestion*

*Section II – Regards Institutionnalistes et interactionnalistes*

*Section III – Impact des outils de gestion sur l'organisation*

*Section IV – De l'usage à l'appropriation des outils de gestion par les acteurs*

### **Chapitre 3**

#### **Pour une lecture des outils de gestion par la théorie de la structuration**

*Section I – Apports de la théorie de la structuration dans l'étude des outils de gestion*

*Section II – Apports de la théorie de la structuration dans l'étude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité à l'hôpital*

## **SECONDE PARTIE : DE L'EXPERIMENTATION A LA METHODE**

### **Chapitre 1**

#### **Etude d'un outil de gestion de la qualité : leçons d'expériences du premier terrain**

*Section I – Focus sur un outil de gestion de la qualité : le signalement des événements indésirables à l'hôpital*

*Section II – Chronique de l'outil de gestion des événements indésirables : premières leçons de l'expérimentation au sein du CHRUX*

### **Chapitre 2**

#### **L'outil de gestion des événements indésirables, étude de cas longitudinal : le cas du CHY**

*Section I – De la qualité aux événements indésirables, formulation d'un diagnostic partagé*

*Section II – De la maquette à sa réalisation : vers une mesure de l'intégration de la démarche qualité*

### **Chapitre 3**

#### **Vers une heuristique d'une gestion intégrée de la qualité**

*Section I – Les leçons de l'expérimentation : les invariants repérés*

*Section II – Vers un modèle ingénierique*

---

*CHAPITRE LIMINAIRE*  
*Problématique de la recherche et*  
*méthode*

---



Ce travail de recherche est l'aboutissement de quatre années d'intervention en qualité de professionnelle de santé dans deux hôpitaux publics. Notre activité à temps plein sur les terrains de recherche a été une opportunité de nous situer en tant que chercheur accompagnant. Nous avons pu confronter la réflexion théorique qui sous-tend ce travail aux pratiques réelles des professionnels de terrain.

L'objectif de ce chapitre est d'exposer l'objet de notre réflexion, son cheminement et ses ancrages méthodologiques, ainsi que de présenter notre posture épistémologique et le design de la recherche.

Notre travail de recherche a été émaillé de contretemps et d'opportunités ou de « situations naturelles » (GIRIN, 1990,) et non pas de situations expérimentales définies en amont. Les allers-retours entre le chercheur et le terrain sont une « sorte de chassé-croisé et sont marquées par un mouvement de balancier entre des temps rapides et des temps lents » (PIOVESAN, 2003, p. 13). Des temps contraints par des évolutions réglementaires ou des changements d'activité professionnelle mais également des temps nécessaires à la mise en place de situations de gestion réunissant des participants engagés dans une action collective soumise à un regard externe. Parfois c'est l'organisation qui est à l'origine de situations de gestion plus ou moins complémentaires, locales, spécifiques qu'il faut saisir sur des chronologies différentes. C'est ce que Benghozi nomme des « Sphères de gestion » (BENGHOZI, 1987), des situations de gestion hétérogènes, fluctuantes selon la nature de l'organisation, son histoire, ses processus ou ses dysfonctionnements. Il s'agit de dynamiques de situation apportant de réelles opportunités dans un travail de recherche.

En outre, la réflexion est corrélée à la durée de la recherche qui expose le chercheur à des changements organisationnels, des situations de gestion qui se font et se défont et qui peuvent faire émerger de nouveaux questionnements, des orientations de recherche différentes. Le contexte d'intervention est également soumis à des impératifs liés au dispositif de recherche :

- \* L'accès facilité du chercheur aux contextes d'actions ;
- \* Traduire les éléments de l'interaction dans un contexte d'analyse ;
- \* Négocier les éléments de l'intervention ;
- \* Gérer les interactions par des réajustements éventuels des résultats attendus de la recherche ;
- \* Créer un dispositif de gestion permettant de maintenir la recherche sur la durée.

Les ajustements nécessaires sur le temps et les terrains de recherche nous ont inscrits dans ce que Girin appelle « l'opportunisme méthodique qui admet que l'on puisse réorienter le travail d'observation en cours de route, en fonction des contraintes spécifiques du terrain. » (GIRIN, 1989, p.4)<sup>4</sup>

L'objet de ce chapitre est de présenter la relation entre le choix du paradigme de référence et la méthodologie retenue. Nous présenterons ce cheminement en deux sections :

### **Section I - Repères méthodologiques et épistémologiques**

Cette section propose de présenter dans un premier temps la problématique de recherche afin de circonscrire la question de recherche, les hypothèses et de délimiter la problématique suivie. Puis dans un second temps, cette partie expose les fondements épistémologiques et le design de la recherche.

### **Section II - De la méthode aux méthodes d'intervention**

Cette section expose de façon plus précise le protocole de recherche et les terrains investigués.



<sup>4</sup> Paru dans Martinet et al. *Épistémologies et sciences de gestion, Economica, 1990, pp.141-182.*

---

*Section I - Repères méthodologiques et  
épistémologiques*

---

## I Problématique et question de recherche

### I.1 Les fondements de la recherche : la qualité outil de gestion à l'hôpital

#### I.1.1 La qualité notion incontournable à l'hôpital mais perception mitigée

La démarche qualité dans les organisations hospitalières s'est inspirée des démarches industrielles. Le climat de réduction des dépenses, de performance à développer a largement contribué à l'introduction de la démarche qualité inspirée de l'industrie. L'histoire de l'introduction de la qualité dans les administrations publiques n'est pas seulement la déclinaison d'une méthode appliquée à l'entreprise, elle est également une plongée dans les profondeurs des fonctionnements traditionnels des administrations, ainsi qu'une remise en question nécessaire des organisations. La qualification de l'organisation hospitalière elle-même est complexe. Le morcellement de l'activité, la multiplicité des acteurs, le cloisonnement des tâches, l'hétérogénéité des besoins, la recrudescence de l'activité ne sont que quelques facteurs évoqués et contributifs aux difficultés organisationnelles que connaît l'hôpital. L'intégration du patient comme coproducteur de soins nécessite en outre une vision plus élargie de la prestation tenant compte des nombreuses interfaces de production, des patients eux-mêmes et de leurs proches.

D'autre part, la qualité est un concept flou. Son interprétation hétérogène apporte une caractéristique particulière à l'intégration de cette notion dans le domaine de la santé. Il regroupe ainsi dans sa signification plusieurs approches : celle du produit en termes de durabilité, de fiabilité et d'efficacité ; celle d'utilisateur en termes de satisfaction avec la notion de qualité subjective perçue. Bien souvent pourtant, la qualité est associée à une recherche de l'excellence par l'idée d'amélioration continue, voire à une incantation managériale.

La perception de la qualité dans le domaine de la santé est souvent corrélée à la catégorie professionnelle interrogée<sup>5</sup>, elle s'exprime à travers des logiques professionnelles. Néanmoins, de façon plus large, la qualité chez ces professionnels apparaît comme un incontournable. En effet, la mise en œuvre des démarches d'amélioration continue de la qualité est désormais inscrite dans les axes stratégiques des établissements de santé, dans le cadre du développement d'une politique qualité et dans la définition même de l'organigramme. Les dénominations ou qualifications des pôles ou directions qualité sont propres à chaque établissement (voir le tableau ci-dessous qui présente huit établissements publics de santé de la région Grand-Est). Cependant, chaque établissement dispose d'une direction qualité et de responsables qualifiés même si les directions qualité sont souvent adossées à d'autres directions.

<b>Etablissement</b>	<b>Qualification du pôle</b>	<b>Qualification du Responsable qualité</b>	<b>Commentaires</b>
CHU R.	Direction des usagers, des risques et de la qualité	Ingénieur	Responsable du management de la qualité
CH J.	Direction des Ressources Humaines et de la Qualité et de la gestion des risques	Technicien Supérieur hospitalier	Directeur qualité = Directeur des ressources humaines
CHR M.	Direction des affaires générales, juridiques et de la qualité	Ingénieur	Directeur Qualité uniquement

<sup>5</sup> Christian Bourdeux. « Enquête sur la perception de la qualité par des professionnels de santé ». Soins Psychiatriques, Novembre/décembre 2003, n°229, p.7

Etablissement	Qualification du pôle	Qualification du Responsable qualité	Commentaires
CHRU N.	Affaires juridiques, qualité, usagers, gestion des risques	Ingénieur qualité	Directeur Qualité et Direction des Usagers
CHU D.	Direction de la Qualité de la Gestion des Risques et de la coordination des projets	Pharmacien	Directeur de la qualité = directeur adjoint général
CHU S.	Direction de la qualité, gestion des risques et relations avec les usagers – Pôle stratégie	Pharmacien	Assure aussi la direction déléguée du pôle de biologie
CPN L.	Direction de l'Organisation des Soins, Sécurité, Usagers et Qualité (DOSSUQ)	Ingénieur	Directeur qualité = Directeur des Soins - Coordonnateurs Général des Soins
CHI V.	Direction de la stratégie, qualité et communication	Ingénieur	Directeur qualité = ingénieur qualité (origine soignante)

TABEAU 1 : DENOMINATION ET QUALIFICATION DES DIRECTIONS ET RESPONSABLES QUALITE SUR HUIT ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE SUR LE GRAND-EST.<sup>6</sup>

Des études sur l'impact des procédures de certification des établissements de santé ont, par ailleurs, démontré que la prise en compte de la qualité opérerait des changements managériaux, organisationnels et culturels positifs pour l'établissement et pour les dynamiques professionnelles<sup>7</sup>. Nous avons pu constater lors d'une première étude exploratoire<sup>8</sup> l'évolution de l'intérêt sur la notion de qualité par des futurs managers et le lien indéniable entre la notion de qualité et celle de management. Ainsi, cette étude réalisée sur un échantillon de 628 mémoires produits dans un Institut de Formation des Cadres de Santé du Grand-Est de 1995 à 2012 montre que 21,19% des futurs managers traitent dans leurs mémoires de fin d'étude d'une thématique en lien avec la qualité et que 58,7% d'entre eux associent la thématique qualité à celle du management (Voir figure ci-dessous) :

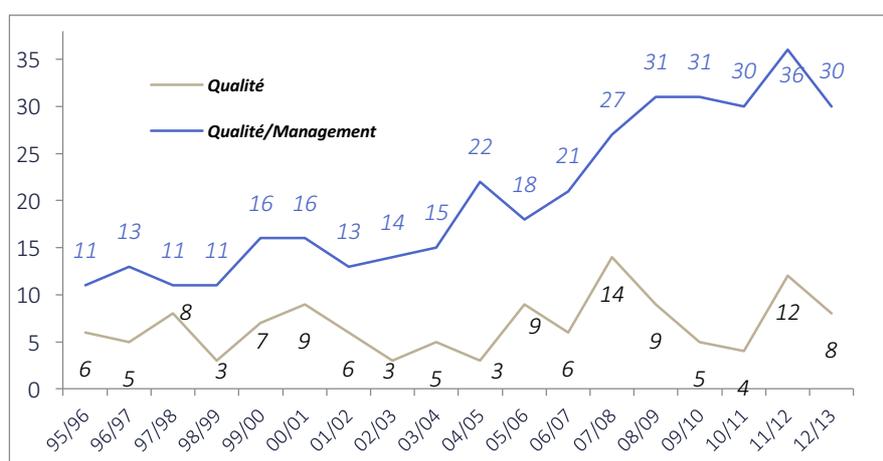


FIGURE 1 : ETUDE EXPLORATOIRE, NOMBRE DE MEMOIRE PAR THEMATIQUE ET PAR ANNEE

<sup>6</sup> Sources : Sites Internet de ces établissements de santé ainsi que les témoignages du Forum de l'ANRQ (Association Nationale des Responsables Qualité) à laquelle nous adhérons.

<sup>7</sup> HAS. Analyse de la littérature sur l'impact des démarches de certification des établissements de santé. Novembre 2010. pp.60 et Gilles Herreros, Bruno Milly, "La qualité à l'hôpital un regard sociologique", Editions l'Harmattan, Mai 2001, Chap. 2 p.19 à 82.

<sup>8</sup> Cette étude sera présentée dans son ensemble dans le chapitre 1.

## 1.1.2 La qualité outil managérial

La démarche qualité des organisations de santé peut être qualifiée d'outil managérial car elle intègre l'analyse des processus et de ce fait, une vision globale et transversale des modes de travail et de la production avec une analyse et une réponse critique possibles de l'activité dans son environnement. Le concept de qualité s'est progressivement intégré dans les établissements de santé par de nouveaux modes de management :

- \* *Un fonctionnement plus transversal alliant le participatif et le management par projet et un fonctionnement par objectifs ;*
- \* *Une responsabilisation des acteurs par une visibilité des champs de fonctionnement ;*
- \* *Une orientation des politiques de pilotage de l'organisation par une perception des enjeux stratégiques d'une telle démarche ;*
- \* *La conformité des prestations, l'anticipation des évolutions, l'affichage des performances et résultats...*

Cependant, il serait illusoire de considérer que la mise en œuvre des démarches qualité se déroule sans accroc dans un monde où le mot même de qualité est quelquefois vécu comme une contrainte. Ces démarches peuvent, en effet, être porteuses d'ambivalence. Le modèle enseigné est souvent celui de la réussite et non des difficultés voire des échecs possibles. Cette vision idéaliste est fréquemment basée sur l'explicitation des méthodes et outils sans tenir compte de la réelle nécessité d'appropriation de la démarche et des moyens pour y parvenir. Les organisations pressentent la qualité comme une démarche contrainte, obligatoire car réglementée, mais aussi comme un passage nécessaire pour conserver ou obtenir un financement<sup>9</sup>. La normalisation des démarches par la multiplication des procédures est vécue comme non porteuse de sens ou de potentialité d'amélioration. La labellisation par la certification est l'objectif principal. L'adaptation à la réalité de l'activité semble occultée, de telle sorte que la démarche elle-même paraît alourdir le fonctionnement de l'entreprise et limiter l'autonomie, la réactivité et l'innovation.

L'instillation d'une culture qualité est complexe et évolue par palier avec une tendance au plafonnement et un essoufflement corrélé à la mauvaise compréhension ou perception de la démarche. De fait, la qualité est bien souvent ressentie comme un dictat, réduite à la mise en œuvre d'une méthodologie, alors qu'elle peut être un outil au service du management.

La notion même de management par la qualité a pu être perçue comme une « mode » managériale. La multiplicité, l'évolution, la révision des normes et procédures de certifications ont aussi concouru à un sentiment d'épuisement lié à la mise en œuvre de procédures interminables sans aucune marge d'autonomie pour les acteurs. Les pratiques de management et la mise en œuvre des démarches qualité cohabitent mais s'articulent difficilement. Il existe une dichotomie des concepts, une différenciation des termes, on « *fait de la qualité* » ou « *du management* ».

Manager la qualité n'est pas forcément manager par la qualité. L'appropriation, la compréhension de la démarche, des enjeux, des spécificités sont un support possible à un management par la qualité. La notion de collectif de travail est fédératrice des concepts de qualité et de management. Les démarches qualité se réduisent bien souvent à une modélisation des processus par la mise en cohérence des activités et des stratégies sans une prise en compte avertie des facteurs relationnels propres à la vie de toute organisation. En outre, les échéances réglementées des procédures de certification imposent la mise en place d'une démarche qualité dans un temps réduit, dont le but énoncé est souvent l'unique obtention de la certification et n'encouragent pas l'intégration de la dynamique souhaitée dans un quotidien managérial. La mise en exergue

<sup>9</sup> 10 juillet 2012, La Direction Générale de l'Offre de Soins et la Haute Autorité de Santé lancent un appel à candidatures pour expérimenter la prise en compte de la qualité dans la T2A. Expérimentation de septembre 2012 et juin 2014 d'un mécanisme de prise en compte de la qualité dans le financement.

d'un laps de temps durant lequel le « *tout qualité* » est énoncé comme un principe incontournable où la viabilité d'une entreprise est tributaire d'un résultat de certification ne permet pas la considération des changements structurels en cours, des modifications des environnements qui eux s'inscrivent dans la durée. La qualité n'est pas l'apanage d'un métier ou d'une expertise, au risque de déposséder d'autres métiers tels que ceux de l'encadrement d'une opportunité d'intégrer la qualité à un concept enrichi de management.

Néanmoins, la démarche qualité à l'aune de la dernière procédure de certification nommée « *V2014* » pourrait être un moyen d'apporter aux managers des outils et méthodes permettant l'atteinte d'objectifs de performance, ainsi qu'une vision managériale différente sans qu'elle devienne un prétexte à l'augmentation d'une productivité attendue.

L'examen de la littérature dans le domaine de la qualité à l'hôpital ainsi que la place de plus en plus affirmée des procédures de certification permettent l'identification de quelques idées forces et positionne ce travail de recherche dans le champ spécifique des sciences sociales.

### 1.1.3 La qualité instrument de gestion

Notre vision est celle de la qualité considérée comme un instrument de gestion de la performance des entreprises. En effet, la qualité ne s'intéresse plus uniquement au produit, mais aussi à l'organisation dans son ensemble. L'évolution des organisations hospitalières s'est traduite par une optimisation des opérations grâce à la mise en place d'outils de gestion et s'est poursuivie par une réelle volonté d'amélioration continue du système de management de la qualité et des risques et de ses interfaces. De nombreux outils de gestion de la qualité sont présents dans les organisations hospitalières. Un instrument sera ainsi dit de « *gestion* » dès lors qu'il participe au cours de sa vie aux trois grands actes élémentaires de la gestion : « *déléguer, évaluer, coordonner* » (Hatchuel et Moisdon, 1993).

En outre, les outils de gestion sont fondateurs de l'organisation car ils créent un système de significations donnant socialement un sens à l'organisation. C'est à travers la conception et la vie de l'outil de gestion que nous pouvons observer les impacts organisationnels et les modes d'intégration des concepts qualité. En effet, Les outils de gestion n'ont pas de visée uniquement prescriptive ou de normalisation des comportements (Moisdon, 1997), mais ils sont considérés comme des « *constructions sociales complexes* » (Lorino, 2002 ; Grimand, 2006 ; Dadoy, 1973), interprétés par les acteurs. Ils ont un impact sur les dynamiques collectives et ouvrent la voie vers la création de nouvelles capacités d'action (Joas, 1999). Les outils de gestion sont ainsi des composantes intégrées à l'organisation en tant que dispositif de gestion.

La qualité telle que nous l'abordons est appréhendée comme un outil de gestion, mobilisateur des acteurs de l'organisation. Elle accompagne le développement des organisations et redéfinit également la fonction managériale, même si la mise en œuvre d'une gestion par la qualité bouleverse souvent les modes d'organisation des établissements. Le management est un des vecteurs du déploiement des démarches qualité au sein des hôpitaux. Nous entendons la notion de management comme mode de gestion des opérations et des ressources humaines. C'est pourquoi les managers ont été des acteurs essentiels de notre étude.

### 1.1.4 Des démarches qualités imposées réglementairement mais peu adaptées à l'organisation

L'intégration des démarches qualités dans le domaine de la santé est corollaire aux raisons de mises en œuvre de la qualité dans les administrations publiques : l'exigence accrue de maîtrise des coûts, la place de plus en plus prégnante des usagers et de la médiatisation, la multiplication des injonctions réglementaires... Mais aussi, le besoin de rationalisation

organisationnel des établissements de santé. Pour autant, le contexte économique, l'environnement organisationnel, la culture des organisations hospitalières sont distincts. L'ancrage de la démarche qualité dans les hôpitaux ne s'est pas réalisée par la même voie que dans le domaine industriel, celle du produit. La qualité a été introduite par une voie réglementaire, légiférée. De nombreux textes sont parus percutant les organisations hospitalières, or les enjeux prônés ne sont pas toujours similaires. Néanmoins, la législation concernant la mise en œuvre de la qualité est sans doute un mal nécessaire afin de contraindre les organisations à abandonner des fonctionnements désuets, inefficaces au profit d'un fonctionnement plus rationnel et efficient.

Les démarches qualité ont ainsi souffert d'approximation et ont vite montrées un certain essoufflement. En effet, la qualité ne s'est pas construite en concordance avec le contexte organisationnel concerné. Elle n'a pas rempli son rôle de guide ou d'accompagnement des développements organisationnels indispensables. La démarche qualité est en effet souvent considérée comme l'introduction d'un « corps étranger » (LOZEAU, 2004) dans l'organisation.

Le contexte de l'organisation hospitalière est peu favorable à son ancrage. Le cadre réglementaire rigide, les pressions sociales fortes provoquent une organisation compartimentée des tâches (Backoff et Nutt, 1990 ; Lozeau, 1997, 1999 ; Mintzberg, 1982) ne favorisant pas la prise d'initiative des personnels. Les principes qualité engagent plutôt l'instauration d'un management participatif et des fonctionnements transversaux (fonctions et disciplines) à l'opposé du principe inaugural de fonctionnement bureaucratique. La pression externe, environnementale est souvent à l'initiative de l'application des préceptes qualité mais non de leur application fondamentale et durable. Les démarches qualité impliquent inmanquablement des changements organisationnels. Cela entraîne forcément une remise en question de l'organisation. Or, pour cela, l'organisation doit disposer d'un niveau de développement organisationnel suffisant pour implémenter durablement les principes prônés par la qualité.

## 1.2 La contribution des outils de gestion de la qualité à l'intégration de la démarche qualité

Au-delà de sa finalité prescriptive, l'outil de gestion existe aussi à travers les contextes et les activités humaines qu'il traverse. Il existe une forme de réseau d'interactions entre les outils et les individus. Or, l'outil est dénaturé du fait de ces interactions. Il est alors possible d'analyser les phénomènes sociaux et organisationnels par l'étude de l'appropriation de l'outil.

### 1.2.1 L'outil de gestion facteur d'intégration possible de la démarche qualité<sup>10</sup>

Dans notre propos, l'outil de gestion est un facteur d'intégration possible de la démarche qualité dans les organisations hospitalières publiques. Ainsi, notre intérêt ne se situe pas dans l'étude de l'outil de gestion lui-même par-delà la technique qu'il incarne, mais comme un moyen d'analyse de différentes situations qu'il traverse et dont il peut être le catalyseur. En effet, la place des outils de gestion est importante dans les organisations car elles sont régulées par des mécanismes de gestion qui sont soutenus par ces outils qualifiés de médiateurs des rapports sociaux. Nous pensons que la logique véhiculée par l'outil de gestion ne se rapporte pas uniquement à la technique et à la philosophie dont il est porteur, mais aussi aux conséquences secondaires de son utilisation, à sa portée

---

<sup>10</sup> Le contenu de ce titre a servi de base à la rédaction d'un article que nous avons présenté à la conférence Qualita'2015 : Hayo-Villeneuve, S. ; Husson J. (Mars 2015). « Etude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité dans une organisation hospitalière : apports de la théorie de la structuration. » In QUALITA'2015.

interactionnelle et donc sociale. Il existe, en effet, une portée démocratique de l'outil de gestion qui reconnaît l'implication des utilisateurs et les interactions sociales à travers l'utilisation de la technique<sup>11</sup>.

Ainsi, notre approche n'est ni technophobe ni technophile, elle se situe à la croisée de ces deux postures dans une visée sociotechnique permettant la compréhension des systèmes opératoires et des aspects gestionnaires et sociaux de l'entreprise tout en tenant compte de la part d'imprévisibilité dans l'utilisation des outils de gestion.

De fait, la notion de qualité comme outil de gestion est un concept développé à partir des années cinquante. Car, si jusqu'alors, la qualité était envisagée comme une réduction technique de non-conformités, l'intégration du facteur humain a largement contribué à penser la qualité comme un outil de gestion. La qualité est ainsi porteuse d'une dimension technique essentielle, de conformité à une norme ou à un référentiel, et d'une dimension humaine par la place de l'acteur dans l'implantation organisationnelle. Ainsi, la notion de qualité dans les organisations hospitalières, ne se résume pas uniquement à l'application d'outils et de techniques, mais elle concerne aussi des procédés que l'on pourrait qualifier de plus immatériels (comme par exemple l'intégration promue par la Haute Autorité de Santé d'une culture qualité). Il faut alors comme le conseille Latour s'attacher :

*« à explorer et à rendre visibles les territoires où les techniques et les sciences ne sont pas constituées, [...] où l'on se bat pour articuler logiques socio-économiques et logiques techniques » (CALLON, 1981, p. 399).*

Dans le secteur des services (et donc dans le domaine de la santé) l'outil de gestion est essentiel puisqu'il est « passeur » de conventions, de règles sociales. Il n'est jamais créé *ex nihilo* mais souvent traduit, ajusté, importé pour un environnement spécifique, il est contextualisé. C'est dans ces conditions et dans ces usages spécifiques qu'il faut étudier l'outil de gestion pour en comprendre la portée. Observer l'outil dans la forme particulière qu'il adopte dans un environnement donné, observer ce qui le lie à l'utilisateur permet de comprendre l'outil lui-même et sa portée. Ainsi, étudier l'outil de gestion à travers une seule grille de lecture serait réductionniste<sup>12</sup>. Notre travail de recherche s'est porté sur l'étude d'un des outils de gestion de la qualité : l'outil de gestion des événements indésirables puisque dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins, il s'agit d'un outil désormais intégré dans les établissements publics de santé.

L'outil de gestion peut dès lors être analysé de façon variée. Il peut être analysé sous deux formes : une forme « *circulante* » et une forme « *inscrite* » (CHIAPELLO & GILBERT, 2013, p. 263). La forme « *circulante* » concerne l'outil dans sa portée générale, comme une norme ou un référentiel, prenons le cas du manuel de certification V2014 par exemple. La forme « *inscrite* » est celle de l'outil pris en compte à un niveau plus contextualisé observable dans les micro-pratiques et spécifique à l'environnement adéquat, comme par exemple l'utilisation d'une fiche d'événement indésirable. L'utilisation qui est faite de la fiche d'événement indésirable, son interprétation, son appropriation expriment l'inscription de l'outil dans l'usage<sup>13</sup>.

Ainsi, l'étude de l'outil dans sa forme circulante relèverait plutôt d'une analyse de type institutionnaliste alors que l'étude de sa forme inscrite relèverait plutôt d'une analyse de type interactionnelle, sans qu'il existe un antagonisme entre ces deux points de vue.

---

<sup>11</sup> En référence au courant sociotechnique qui a d'ailleurs inspiré le programme de démocratie industrielle en Norvège en 1960 (Emery et al., 1969).

<sup>12</sup> Source : Hayo-Villeneuve, S. ; Husson J. (Mars 2015). « Etude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité dans une organisation hospitalière : apports de la théorie de la structuration. » In QUALITA'2015.

<sup>13</sup> Ibid.

## 1.2.2 Une approche institutionnaliste du concept d'outil de gestion<sup>14</sup>

Notre recherche s'articule autour des concepts de la qualité à l'hôpital et du concept d'outil de gestion. De façon plus spécifique, le cadre théorique dans lequel nous nous inscrivons est plus volontairement institutionnaliste. Ainsi, nous aborderons notre objet de recherche à travers le prisme de la théorie de la structuration d'Anthony Giddens (1976, 1979, 1981, 1984). Cette approche contribue à développer les effets sociaux de la technologie et à analyser les différentes implications des interactions technologie-utilisateur (ORLIKOWSKI, 1992 ; DE VAUJANY, 2003). De plus, le phénomène que nous souhaitons étudier, à savoir les facteurs d'intégrations de la démarche qualité est propre à l'organisation. Cet ancrage théorique a pour intérêt de recentrer la place de l'acteur dans l'organisation et de préciser les modalités d'interactions entre les acteurs et les outils de gestion.

### 1.2.2.1 La place de l'acteur dans l'organisation

La prise en compte de la dimension sociale dans l'outil de gestion place l'acteur organisationnel au centre de la dynamique d'adoption des outils de gestion. L'outil lui-même existe par la représentation que s'en fait l'acteur. La qualification de l'organisation qui nous intéresse est celle de la mise en avant de l'action et de tous les moyens concourant à son développement (ressources, règles, compétences...). C'est cette vision de l'organisation à travers l'action collective qui nous amène à nous inscrire dans l'approche structurationniste de Giddens. En effet, dans son ouvrage "The constitution of Society" (1984), Anthony Giddens essaye de comprendre la constitution des institutions sociales par l'action. Il tente de rapprocher les visions volontaristes et déterministes qui coexistent dans l'organisation (THIETART & FORGUES, 1997).

D'autre part, l'utilisation de l'outil par l'acteur organisationnel est à la fois déterminée par le contexte, mais aussi volontaire car l'acteur peut avoir le choix de l'utilisation de tel ou tel outil. Pour Giddens l'action est un processus continu en lien avec l'acteur qui ne se limite pas à l'intentionnalité mais à la capacité d'action. Les acteurs ou « agents » selon la terminologie de l'auteur ont des capacités réflexives sur leurs activités, qui reproduites dans le temps, structurent les actions futures.

### 1.2.2.2 La dualité de la structure et du structurel

L'approche de Giddens est dense<sup>15</sup>, le point de vue abordé ici n'oppose pas les structures sociales de l'acteur. Au contraire, ce qui compose les « systèmes sociaux » comme les pratiques, comportements, discours n'est pas indépendant des « structures sociales » qui les entourent. Inversement les « structures sociales » sont le fruit des activités humaines et des routines de travail. Il s'agit, selon Giddens, d'une « co-construction récursive » ou de « dualité du structurel » (voir tableau ci-après).

<b>Le structurel (structures)</b>	<b>Domaine théorique</b>	<b>Ordre institutionnel</b>
Signification	<i>Théorie de la codification</i>	<i>Ordres symboliques/ modes de discours<sup>16</sup></i>
Domination	<i>Théorie des ressources d'autorité Théorie des ressources d'allocation</i>	<i>Institutions politiques<sup>17</sup> Institutions économiques</i>
Légitimation	<i>Théorie de la régulation normative</i>	<i>Institutions légales<sup>18</sup></i>

TABLEAU 2 : « LE STRUCTUREL, LES SYSTEMES SOCIAUX ET LA STRUCTURATION » (GIDDENS, "THE CONSTITUTION OF SOCIETY", 1984, P. 74)

<sup>14</sup> Le contenu de ce titre a servi de base à la rédaction d'un article que nous avons présenté à la conférence Qualita'2015 : Hayo-Villeneuve, S. ; Husson J. (Mars 2015). « Etude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité dans une organisation hospitalière : apports de la théorie de la structuration. » In QUALITA'2015.

<sup>15</sup> Anthony Giddens est l'auteur de plusieurs centaines d'articles et trente-cinq ouvrages.

<sup>16</sup> « Les moyens par lesquels on donne du sens collectif ou les schémas interprétatifs ».

<sup>17</sup> Cela renvoie aux « ressources matérielles ou symboliques permettant l'exercice du pouvoir. ».

<sup>18</sup> « Les moyens permettant de prescrire des normes et règles morales ».

Ainsi, la notion de structure et de structurel est au centre de la théorie de la structuration. Le structurel est entendu par Giddens comme étant des règles et des ressources engagées dans la production, les structures comme des ensembles dissociables de règles et de ressources, les éléments les plus persistants des systèmes sociaux.

L'auteur s'appuie sur des préalables dont celui que la société est auto-organisée :

« les activités sociales au sein de l'organisation sont récursives et recrées sans cesse par les acteurs en faisant usage des moyens qui leur permettent de s'exprimer en tant qu'acteurs qu'elles ont elles-mêmes créés » (ROJOT, 2012, p. 140)<sup>19</sup>.

Pour autant, les acteurs expriment une certaine intentionnalité de leurs actions. Ces actions sont elles-mêmes attachées au contexte qui interagit sur elles. L'action est ainsi expérientielle, fruit d'acteurs agissants reliés à un environnement idoine. De plus l'action est intrinsèquement liée à l'intention et donc aux pratiques. Ainsi, l'acteur exerce un contrôle réflexif sur l'action, d'abord en lien avec lui-même, et aussi en la situant dans un contexte, des enjeux, des interactions. Il est en capacité de rationaliser l'action, c'est-à-dire, en capacité d'expliquer à lui-même et aux autres pourquoi il agit ainsi. Mais aussi, il est capable à un second niveau d'expliquer les raisons explicites ou implicites qui l'ont conduit à agir ainsi.

Ainsi, les acteurs, bien qu'étant le fruit de la société, ont des capacités réflexives leur offrant un certain libre arbitre. Leurs comportements sont imprévisibles, c'est pourquoi l'auteur rappelle qu'il existe des phénomènes d'incertitudes et de non-intentionnalités dont il faut tenir compte dans le processus de structuration.

La place des outils de gestion dans cette « dualité du structurel » est différente selon les recherches structurationnistes. Il existe une double interprétation : les outils sont porteurs de « structures » ou au contraire les « structures sociales » ne sont pas portées par les outils.

### 1.2.2.3 Les outils porteurs de structure

De ce point de vue, l'outil dès la conception, est encodé de normes, de ressources, il est ensuite incarné à travers des schémas interprétatifs lors de son usage. Il est ainsi porteur de structures et son utilisation quotidienne participe *in fine* à institutionnaliser ces structures. Avec une nuance qui est celle du contexte organisationnel qui peut « interférer avec les structures véhiculées par l'outil de gestion » (BARLEY, 1986). Wanda J. Orlikowski (1992) reprend la notion de « dualité structurelle » de Giddens qu'elle traduit en « dualité de la technologie » dans une modélisation conceptuelle de l'organisation/individus/technologie (voir figure ci-dessous).

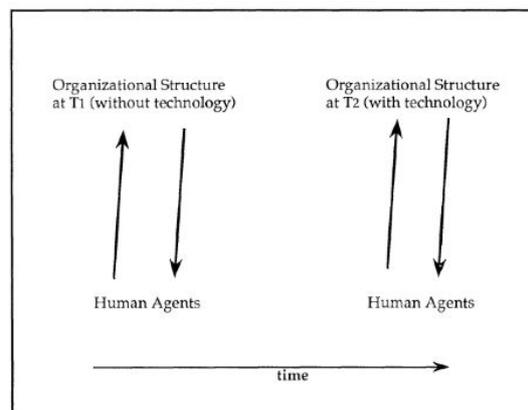


FIGURE 2 : MODELE CONCEPTUEL TRIADIQUE (ORLIKOWSKI, 1992, P.402)

FIGURE 3. Barley's (1986) Model of Technology-Triggered Structural Change.

19 Cité par Adel BELDI, Walid CHEFFI, Frédéric WACHEUX dans : « L'utilisation de l'information comptable par les managers. Proposition d'une grille d'analyse fondée sur la théorie de la structuration » - [https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/548085/filename/18-BELDI\\_CHEFFI\\_WACHEUX.doc](https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/548085/filename/18-BELDI_CHEFFI_WACHEUX.doc).

Il existe, en effet, une co-structuration entre les individus et la technologie permettant un renforcement ou une transformation de la structure organisationnelle. Il n'y a pas de déterminisme dans l'usage de la technologie car elle permet une certaine « *flexibilité interprétative* » par les utilisateurs qui ont la capacité de changer son mode d'utilisation premier. Ce point rappelle la « *théorie de la structuration adaptative* » de De Sanctis et Poole (1994), mais apporte un niveau de réflexion supplémentaire sur la notion « *d'esprit de la technologie* » qui serait en quelque sorte un mode d'emploi de l'utilisation de l'outil défini par les concepteurs et ceux qui ont participé à son déploiement. L'appropriation de l'outil, de ce point de vue peut être variable conforme ou non à « *l'esprit* ». Ainsi, les outils sont porteurs de structure, voire ils sont la structure pour certains auteurs (GAGLIO, 2003 ; JONES & DUGDALE, 2002), selon que leur utilisation est conforme à l'esprit qu'ils incarnent, ils sont de ce fait structurants.

### 1.2.2.4 Les outils de gestion ont un rôle indirect dans le processus de structuration

Dans une seconde interprétation, l'idée selon laquelle la structure est encodée dans la technologie est abandonnée. Ici, l'action de l'utilisateur sur l'objet est inattendue même si l'utilisation est conforme à « *l'esprit* » simplement parce que l'action elle-même échappe à l'intention humaine. Giddens précise en effet, qu'il existe des « *conséquences non intentionnelles d'une action intentionnelle* » (Giddens, 1984). Dans cette interprétation, la technologie n'est pas un vecteur de changement, elle peut être son support. Ainsi, de ce point de vue, les structures n'étant pas « *encodées* » dans la technologie, elles sont émergentes à travers la technologie « *en usage* ».

Les outils de gestion ont ainsi un rôle indirect dans le processus de structuration. Or, comme le souligne l'auteur, ils « *habilitent* » et « *contraignent* » les pratiques, ils sont de fait source de structuration sociale. En effet, l'approche de Giddens rend compte de la double dimension des outils : physique et sociale. Dans une organisation, les outils de gestion sont au carrefour de la rencontre entre les règles et les ressources qui la contraignent.

C'est cette perspective dynamique qui nous intéresse. L'outil de gestion est caractérisé par un substrat technique et par une empreinte sociale plus ou moins marquée selon que les règles et les ressources qui le constituent sont plus ou moins de nature à reproduire le système social.

### 1.2.2.5 Approche cyclique de l'adoption des outils de gestion

Le phénomène d'adoption d'un outil de gestion est processuel. Mintzberg inscrit cette notion de dynamique organisationnelle dans son ouvrage « *Structure et dynamique des organisations* » (1982). Il propose une modélisation des cycles de vie de l'organisation selon quatre étapes : formation, développement, maturité, déclin. Cette dynamique organisationnelle est intrinsèquement liée à l'action. Elle est également portée par les théories de l'action et notamment par Giddens puisque la construction de l'organisation se décline à travers les interactions des acteurs avec les outils, mais aussi entre eux. Non seulement, l'organisation est en mouvement mais l'outil également. Les travaux sur l'histoire des techniques ont montré la nature cyclique des techniques qui naissent et meurent continuellement.

Des auteurs tels que Anderson et Tushman (1990) ont développé un « *modèle cyclique du changement technologique* ». D'autres ont étudiés le caractère processuel des techniques dans les organisations (BARNETT & BURGELMAN, 1996). Ainsi, si les outils de gestion connaissent un cycle de vie dans l'organisation dans laquelle ils vivent et meurent (BAYON, et al., 1996), ils naissent aussi à travers leur mode d'adoption.

### 1.3 Formulation de la question de recherche et hypothèses<sup>20</sup>

Face aux contraintes des organisations hospitalières à se situer dans le domaine de la qualité dans un cadre très réglementé et à devoir adapter leurs organisations à ces évolutions, les outils de gestion de la qualité représentent une opportunité de compréhension et d'adaptation des préceptes qualité énoncés. La problématique de notre travail de recherche s'articule autour d'une idée force :

**Les outils de gestion de la qualité peuvent être des leviers d'appropriation de la démarche qualité par les organisations hospitalières.**

Nous supposons qu'il n'existe pas d'alternative standardisée de l'intégration de la démarche qualité dans une organisation hospitalière, mais que la réponse peut se faire en situation en prenant compte des facteurs de contingence interne et externe de l'organisation. Les leviers d'action de l'intégration de la démarche qualité sont spécifiques et dépendent sans doute du niveau d'implémentation d'une culture qualité dans l'organisation et aussi du niveau d'appropriation des outils de gestion de la qualité.

De cette réflexion naissent des questionnements secondaires :

- \* La qualité vécue initialement comme un outil technique peut-elle devenir un instrument de gestion ?
- \* Peut-on agir sur la structuration des outils de gestion de la qualité ?
- \* En quoi la qualité peut-elle être un vecteur structurant de l'organisation ?

**La première hypothèse de ce travail de recherche est le produit de ces constats : Les outils de gestion de la qualité sont porteurs de structures.**

Dans cette hypothèse, l'outil de gestion de la qualité, dès sa conception, est encodé de normes, de ressources, il est ensuite incarné à travers des schémas interprétatifs lors de son usage. Il est ainsi porteur de structures et son utilisation quotidienne participe *in fine* à institutionnaliser ces structures. Cette co-structuration possible entre les individus et la technologie permet un renforcement ou une transformation de la structure organisationnelle. Si dès le départ, lors de la conception même de l'outil, l'esprit de la démarche qualité est encodé dans l'outil, alors la structure organisationnelle peut s'adapter aux changements nécessaires et réglementés.

**La seconde hypothèse tient compte de l'interaction de l'outil en usage : la structure ne peut être programmée dans la technologie.**

De ce point de vue, les outils de gestion de la qualité ont ainsi un rôle indirect dans le processus de structuration. Les structures n'étant pas « encodées » dans la technologie, elles sont émergentes à travers la technologie « en usage ». Et de ce fait, la co-évolution entre l'humain et la technologique offre la possibilité d'institutionnaliser les pratiques de gestion de la qualité. Il existerait ainsi une adaptation possible de l'intégration de la démarche qualité selon le niveau de co-émergence.

Le but de ce travail est alors d'explorer un outil d'appropriation de la démarche qualité dans le contexte annoncé et d'aboutir à un modèle ingénierique permettant de mesurer le niveau d'intégration possible de la démarche qualité.

<sup>20</sup> Ibid.

## II Fondements épistémologiques de la recherche

La réflexion épistémologique est indissociable de toute recherche, car elle permet au chercheur d'asseoir une certaine validité et légitimité à son travail. Nous nous inscrivons dans un cadre épistémologique constructivisme au sens de Guba et Lincoln (1989).

### II.1 Posture épistémologique constructiviste

Dans cette posture, le réel est relatif car il existe de nombreuses constructions sociales de la réalité. Il existe une interdépendance entre le sujet étudié et le chercheur : « Dans la connaissance, il y a interdépendance entre le sujet connaissant et ce qu'il étudie » (GAVARD-PERRET, GOTTELAND, HAON, & JOLIBERT, 2012, p. 36). La conception de la connaissance est pragmatique, le but de la recherche est de : « Comprendre les constructions de sens impliquées dans le phénomène étudié », les méthodes de justification sont « des méthodes herméneutiques mobilisées de manière dialectique. Fiabilité et authenticité, pas de généralisation » (GAVARD-PERRET, GOTTELAND, HAON, & JOLIBERT, 2012, p. 25). De ce point de vue, le statut de la connaissance est relatif du fait de la dépendance du sujet et de l'objet. « Ce qui est connaissable, c'est l'expérience humaine de relations de résistance perçue aux actions menées » (GAVARD-PERRET, GOTTELAND, HAON, & JOLIBERT, 2012, p. 35), ainsi nous construisons notre propre expérience du réel. Identifier un réel en soi indépendant de l'humain est illusoire (GLASERSFELD, 2001).

Le constructivisme en science de gestion est un paradigme qui s'est nourrit de diverses influences et d'oppositions au positivisme ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

	Concepts constructivistes	Rejet des positivismes correspondants
<p><b>Influences du courant institutionnaliste</b></p> <p>La réalité est le produit d'une absorption des socialisations, énoncés, habitua-lisations de la société.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concept de « construction sociale » de Berger &amp; Luckmann (1966) : la réalité est intersubjective, situationnelle, puis légitimée par étapes successives.</li> <li>• Le "réel" fait l'objet de représentations conflictuelles en permanente (re)construction.</li> <li>• Les énoncés (représentations) traduisent des constructions intériorisées.</li> </ul>	<p>Rejet de l'hypothèse ontologique : Pas de Réalité en soi (mais contradiction intrinsèque avec l'institutionnalisation)</p> <p>Rejet du principe d'évidence : « Rien ne va de soi. Rien n'est donné. Tout est construit » (Bachelard, 1938: 14)</p> <p>Rejet de l'empirisme (ce que je vois est ce qui est).</p>
<p><b>Influences méthodologiques</b></p> <p>L'instrument façonne le réel dont il est le reflet (Interactionnisme)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Un objet existe si on est capable de le construire » (Brouwer, mathématiques)</li> <li>• Émergence des construits par « abduction » (Blaug, 1982, économie)</li> <li>• Proximité avec la recherche-action : « étudier les opérations au moyen desquelles nous constituons notre expérience du monde » (Glaserfeld, 1988)</li> </ul>	<p>Rejet du principe de "découverte" de la réalité.</p> <p>Rejet de la vérité statistique et de l'induction formelle.</p> <p>Rejet de la neutralité de la logique déductive ; rejet du principe de la raison suffisante (Lemoigne, 1995, p. 29)</p>
<p><b>Similarités avec l'individualisme méthodologique</b></p> <p>La réalité est engendrée par les actions et les choix de l'individu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'individu se construit en entrant dans un système d'interaction.</li> <li>• Pas d'accès à la connaissance en soi, mais accès à l'expérience cognitive.</li> <li>• Principe d'interaction dans les processus de transformation des systèmes d'interaction (Boudon, 1979: 220-237)</li> </ul>	<p>Rejet de l'hypothèse déterministe : Pas de détermination susceptible d'être connue a priori.</p> <p>Rejet de l'hypothèse causaliste : Pas d'explication unique et permanente de la réalité.</p> <p>Rejet du principe de contemplation : « la perception sociale est de nature non pas contemplative, mais au contraire active » (Boudon, 1986: 107)</p>

TABEAU 3 : « INFLUENCES ET POSITIONS ONTOLOGIQUES DU CONSTRUCTIVISME » ADAPTE DE BAUMARD, 1997, P. 5

« Pour les constructivistes, le « réel » est constitué d'interprétations qui se construisent grâce aux interactions [M. Girod- Séville, V. Perret 1999] » (CHARREIRE & HUAULT, 2001, p. 32).

La position constructiviste défend l'idée que la réalité ne peut exister de manière autonome en dehors du chercheur et du système d'acteur qui la produit. C'est la dimension empirique que le constructivisme inscrit sous un principe de « construction sociale » du réel (BERGER & LUCKMANN, 1996). Les notions d'interaction et de socialisation

sont au cœur de ce paradigme (voir tableau ci-après) et le chercheur « doit se faire une règle de méthode de considérer les individus ou acteurs individuels inclus dans un système d'interaction comme les atomes logiques de son analyse » (BOUDON, "La logique du social", 1979, p. 82)

Dimension épistémologique dominante	Éléments structurants	Principes de validation
Appréhension de la réalité	Négation du présupposé ontologique (hypothèse phénoménologique)	Enseignabilité Adéquation
Mode de génération de la connaissance	Co-construction des problèmes avec les acteurs (inter-relation sujet/objet)	
Statut de la connaissance produite	Construction d'artéfacts (orientation pragmatique)	

TABLEAU 4 : ELEMENTS STRUCTURANTS ET CRITERES DE SCIENTIFICITE DU CONSTRUCTIVISME (CHARREIRE & HUAULT, 2001, P. 38)

La problématique de notre recherche nous amène à explorer le processus d'intégration de la démarche qualité. Notre recherche s'inscrit alors dans un paradigme constructiviste pragmatique (Von Glaserfeld, Le Moigne, 2001) postulant d'une réalité perçue sous le prisme de l'interaction entre l'esprit humain avec cette réalité et non le reflet de cette réalité elle-même.

De fait, comme le sous-tend la théorie de la structuration, les acteurs organisationnels sont intrinsèquement reliés à l'organisation qu'ils contribuent à créer<sup>21</sup>. La représentation qu'ont les acteurs des outils qu'ils utilisent nous suggère de postuler d'une vision interprétativiste de la réalité. Nous cherchons à caractériser les facteurs d'intégration de la démarche qualité à travers le processus d'appropriation d'outils de gestion de la qualité. Le choix de la méthode se porte donc sur l'abduction :

*« L'abduction est l'opération qui, n'appartenant pas à la logique, permet d'échapper à la perception chaotique que l'on a du monde réel par un essai de conjecture sur les relations qu'entretiennent effectivement les choses [...]. L'abduction consiste à tirer de l'observation des conjectures qu'il convient ensuite de tester et de discuter » (KOENIG, 1993, p. 7)<sup>22</sup>*

## II.2 Recherche intervention

### II.2.1 Concevoir des savoirs théoriques et pratiques

La notion d'intervention s'est développée dans différents domaines de recherche : en psychologie sociale ("Action Research", Lewin 1951), en recherche opérationnelle (Hatchuel, 1994 ; David, 1998...) ou encore en anthropologie (Van Willigen, 1986). La recherche intervention ambitionne de concevoir des savoirs pratiques nécessaires à l'action, mais également des savoirs théoriques. De ce fait le terrain est essentiel, il est une « espace de vie » pour un groupe selon Lewin comprenant les acteurs de ce groupe et l'environnement dans lequel ils évoluent. L'intérêt selon cet auteur est de réaliser des démarches d'expérimentation *in situ*, au sein de groupes sociaux « naturels » :

*« Il ne serait pas surprenant que les études scientifiques sur la vie des groupes soient bientôt considérées comme essentielles pour le progrès de toute grande organisation, tout comme aujourd'hui la chimie est considérée comme essentielle pour l'usine chimique » (LEWIN, "Field Theory in Social Science", 1951, p. 167)<sup>23</sup>*

<sup>21</sup> *Ibid.*

<sup>22</sup> Cité par Raymond-Alain Thiétart et coll. Dans « Méthodes de recherche en management » 3<sup>ème</sup> édition, DUNOD, 2007, p.62.

<sup>23</sup> Cité par Albert DAVID, IX<sup>ème</sup> Conférence Internationale de Management Stratégique Montpellier, 24 au 26mai 2000 « La recherche intervention, un cadre général pour les sciences de gestion ? ».

Nous postulons d'une posture épistémologique constructiviste dans laquelle la notion d'intervention a un impact sur le comportement des acteurs et ainsi de leur réalité. (PLANE, 2012, p. 141). Alain-Charles Martinet précise que les sciences de gestion ont pour finalité de produire des « *savoirs pour l'action* » (MARTINET, 2007). La recherche intervention postule de la participation du chercheur au phénomène étudié :

*« "au cœur même des circonstances concrètes des actions complexes, là où se joue la médiation non pas avec, mais dans l'environnement" (Jacquinet-Delaunay et Monnoyer, 1999), par l'immersion au cœur du terrain (Stacey et Griffin, 2005), dont il doit acquérir une "familiarité (...) avec le temps et dans l'interaction" (Girin, 1990) » (CAPGRAS, GUILHOT, PASCAL, & CLAVERANNE, 2012, p. 159).*

Ainsi, dans une posture constructiviste et un choix méthodologique de recherche-intervention, « *le chercheur produit des explications qui ne sont pas la réalité, mais un construit sur une réalité susceptible de l'expliquer* » (PLANE, 2012, p. 239). Cependant, comme le précise Girin :

*« Le problème de l'interaction entre la recherche et le terrain réside dans le fait que, à simplement vouloir observer, on agit sur la réalité que l'on voudrait saisir, et que cette réalité agit en retour sur la dynamique de recherche ». (GIRIN, 1990, p. 161).*

Or, notre approche ne considère pas l'intervention du chercheur comme un biais possible à la validité de la recherche mais bien au contraire : « *l'acte de transformation de l'objet de recherche est explicitement recherché comme source de connaissance ; cette transformation constitue même une finalité de l'intervention du chercheur* » (CAPGRAS, GUILHOT, PASCAL, & CLAVERANNE, 2012). Pour autant, nous considérons que l'observateur que nous sommes fait également partie de l'observation. (PLANE, 2012, p. 144)<sup>24</sup>.

La recherche intervention se distingue de la recherche-action en ce sens qu'il ne s'agit pas uniquement de prescription de préconisations mais de mise en œuvre de ces préconisations (DAVID, 2008). Notre positionnement au sein de l'organisation en tant que professionnelle, mais également contribuant au développement du système de management de la qualité et de la gestion des risques nous permet de nous situer dans une recherche intervention. Albert David s'inspirant d'Argyris (ARGYRIS *et alii*, 1985, p. 8-9) résume la recherche intervention (ou "Action Research" selon Lewin) par cinq principes qui :

- \* « *Implique des expériences de changement sur des problèmes réels au sein de systèmes sociaux [...]* »
- \* « *Suppose des cycles itératifs d'identification du problème, de planification d'action et d'évaluation [...]* »
- \* « *Implique une rééducation car les praticiens contribuent également à la recherche.* »
- \* « *Interroge le statu quo à partir d'une perspective démocratique qui est cohérente avec les conditions de participation et de liberté de choix [...]* »
- \* « *Contribue simultanément aux connaissances fondamentales en sciences sociales et à l'action en société* » (DAVID, 2008, p. 6)

Notre recherche est imprégnée du terrain et vise à la recherche de leviers d'actions par la démarche qualité dans les organisations hospitalières. En effet, « *l'instrumentation de gestion ne peut être réalisée à l'extérieur* » (HATCHUEL & MOISDON, 1993, p. 17). Ainsi, notre posture de chercheur intervenant s'est traduite selon de quatre phases successives (voir figure ci-après) en nous inspirant des « *étapes d'une recherche intervention avec conception et implémentation d'outil de gestion* »<sup>25</sup>.de HATCHUEL & MOLET (1986).<sup>26</sup>

<sup>24</sup> Citant Lévi-Strauss (1950, P.IV) dans « introduction à l'œuvre de Marcel Mauss » Presses Universitaires de France, 12 sept. 2012 - 64 pages.

<sup>25</sup> Voir annexe 1 : Etapes d'une recherche intervention avec conception et implémentation d'outil de gestion de HATCHUEL & MOLET (1986).

<sup>26</sup> Cités par DAVID (1999, p. 20).

1. **Phase de perception du problème** : dans un premier temps nous avons élaboré à partir de perceptions *in situ* une problématique de terrain, c'est-à-dire celle de l'existence de facteurs d'intégration de la qualité variables selon les organisations.
2. **Double formulation du problème** : Puis nous avons tenté de généraliser cette problématique en modèle de problème grâce à notre recherche conceptuelle en nous interrogeant sur le questionnement de l'appropriation d'un outil de gestion de la qualité.
3. **Phase expérimentale** : Nous avons ensuite transformé ce modèle de problème en modèles de solutions à partir d'un état des méthodes de la littérature et de l'analyse de l'outil agissant.
4. **Définition d'un ensemble simplifié de logiques d'action** : et enfin, à partir des analyses et enseignements tirés des trois premières phases, nous avons proposé un modèle ingénierique.

**SCHEMA DE CADRAGE : POSTURE DU CHERCHEUR INTERVENANT**

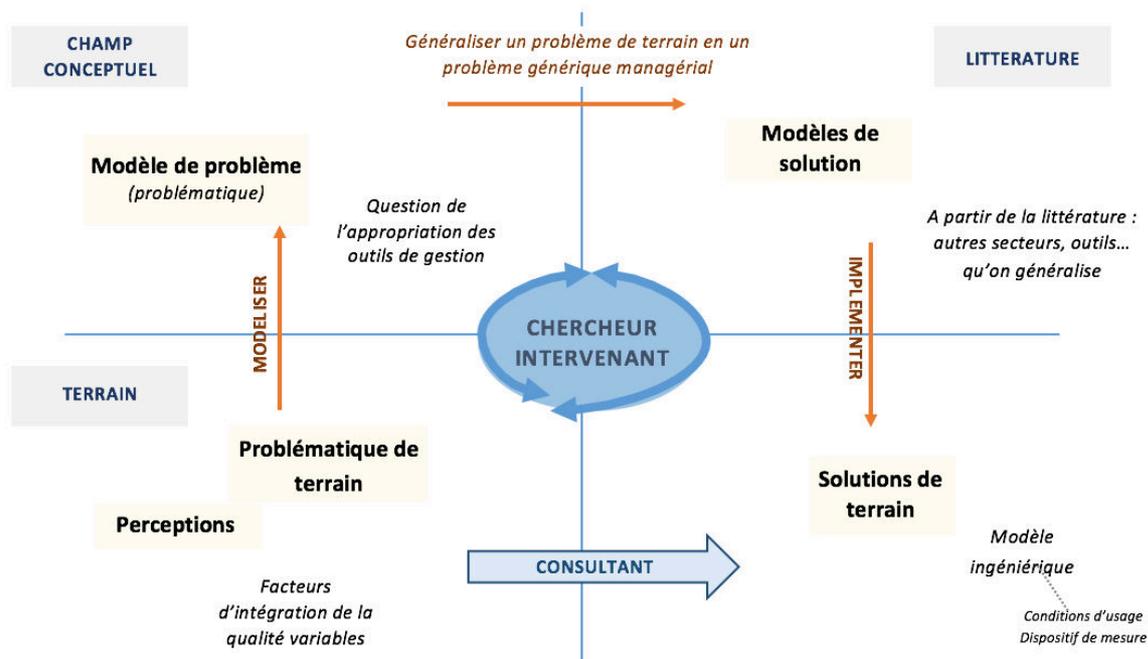


FIGURE 3 : POSTURE DE CHERCHEUR INTERVENANT<sup>27</sup>

Nous avons considéré les écueils de cette méthodologie en nous basant sur les travaux de Jean-Michel Plane qui a étudié les impacts de la recherche en management dans les organisations. Un des premiers points à considérer est la « *familiarité distante* » (MATHEU, 1986) du chercheur. La méthodologie utilisée selon Plane est déterminante. L'utilisation de questions guides lors d'entretiens, par exemple, offre la possibilité à l'interviewé de réaliser un diagnostic distancié des situations professionnelles qui sont les siennes et à imaginer ses propres solutions. Grâce aux interactions avec les praticiens, le chercheur peut obtenir des informations significatives. Ces interactions permettent en outre aux praticiens le « *développement d'acte de gestion introspectifs et conceptifs* » (PLANE, 2012, p. 150), c'est-à-dire une prise de conscience des problématiques soulevées pour les conceptualiser à travers des propositions d'améliorations possibles. La posture du chercheur est alors celle d'un catalyseur de potentialités.

<sup>27</sup> Source : Julien Husson Workshop « Méthodologie de recherche » ESM-IAE Metz le 18 avril 2013.

## II.2.2 A la croisée de la théorie et de l'expérience professionnelle

### II.2.2.1 Opportunisme Méthodique

Dans notre recherche, nous avons voulu nous inscrire dans la réflexion de Jacques Girin concernant l'opportunisme méthodique. En effet, la réalité de la recherche empirique est faite d'imprévus, d'entretiens reportés, d'observations annulées au profit d'autres opportunités. Il s'agit alors d'utiliser intelligemment ces événements inattendus, de se servir de la matière à disposition. De fait, « *Les gens du terrain sont des producteurs de théorie, des "savants ordinaires"* » (GIRIN, 1989). Comprendre la situation ou les « contextes » de situation c'est intégrer la dimension co-émergente liée à l'interaction. L'étude des instruments de gestion permet l'exploitation ce que Claude Riveline (RIVELINE, 1991, p. 51) appelle les « *Abrégés du vrai* » et « *Abrégés du bien* ». La méthode de recherche « *est elle-même productrice de matériaux utiles à l'étude de l'objet* » (GIRIN, 1989)<sup>28</sup>.

### II.2.2.2 Une expérience professionnelle au service de la qualité

Notre activité professionnelle nous a conduits à travailler dans le domaine de la qualité et dans les organisations hospitalières dès 2002 où nous avons exercé durant huit années en tant que cadre de santé puis cadre supérieur de santé responsable assurance qualité. Nous exerçons nos missions managériales de cadre de pôle en parallèle de notre mission à la direction qualité. Cette vision à la fois technique sur le domaine de la qualité et de la gestion des risques, et opérationnelle en tant que manager ont conforté notre positionnement d'acteur à la croisée des nécessités réglementaires et des réalités de terrain. Notre expérience nous a conduits à approfondir les questions de management dans le cadre d'un Master 2 droit, économie, science du management afin de conforter notre posture de manager et d'avoir une meilleure compréhension de l'organisation hospitalière.

### II.2.2.3 Une expérience pédagogique à la croisée du management et de la qualité

En parallèle, depuis 2003, nous enseignons en tant que vacataire les concepts de qualité et gestion des risques en formation continue et initiale auprès de deux Instituts d'Administration des Entreprises. Cette expérience nous a permis de constater l'évolution de la perception de la notion de qualité et l'intégration de celle-ci dans les collectifs de travail par les professionnels de terrain.

En effet, durant les années 2000, qui correspondaient à la mise en œuvre des premières procédures de certification, nous avons été témoin d'un réel enthousiasme des acteurs de terrain pour la qualité. L'assimilation du concept de qualité dans les pratiques de management était alors vécue comme un moyen de faire évoluer des modes de management et un levier possible en termes de motivations et de valorisations des équipes. Peu à peu, les pressions environnementales, structurelles et réglementaires vécues par ces professionnels de santé ont laissé moins de place à une évolution choisie et accompagnée sur le terrain. La notion même de qualité était alors plus vécue comme une contrainte réglementaire que comme un outil de gestion et d'amélioration des pratiques professionnelles.

De 2010 à 2015, nous avons eu l'opportunité de réunir nos compétences managériales et pédagogiques en exerçant le métier de cadre supérieur formatrice dans un Institut de Formation des Cadres de Santé rattaché à un CHRU. Les besoins énoncés par les futurs cadres de santé au regard de leurs pratiques de « *faisant fonction* » et des exigences hiérarchiques nous ont fait entrevoir à quel point les notions de qualité et gestion des risques devenaient de plus en plus prégnantes. En effet, les attentes exprimées de leurs

<sup>28</sup> Source : Girin in « *L'opportunisme méthodique dans les recherches sur la gestion des organisations* » page 9 [en ligne] consultable sur <http://crg.polytechnique.fr/fichiers/crg/publications/pdf/2009-02-11-1490.pdf>, consulté le 13/04/2013).

supérieurs étaient de l'ordre de l'opérationnalité immédiate et de l'acquisition de compétences de plus en plus accrues et spécifiques. Leurs champs de compétences n'étaient plus limités à la gestion d'une seule équipe, mais de plusieurs unités de soins parfois très éloignées géographiquement. De nombreuses missions transversales leurs étaient attribuées et souvent en lien avec le domaine de la qualité comme par exemple des missions de gestionnaire de risques ou de pilote de groupe de travail en lien avec la certification.

La formation initiale des cadres de santé est de ce fait aujourd'hui en pleine mutation, la réingénierie de la formation est en cours. Le métier doit évoluer en corrélation avec les mutations contextuelles et la complexification des organisations. Les responsabilités, les marges d'autonomies et la reconnaissance des expertises développées au cours d'un parcours professionnel sont quelques axes proposés. Le renforcement des apports concernant la qualité dans la formation des cadres de santé est préconisé. Ainsi pour exemple, la démarche d'amélioration des pratiques professionnelles pour les cadres est proposée comme moyen de renforcer les capacités managériales à l'hôpital. La formation initiale « doit prévoir un renforcement sensible de la dimension managériale, de la maîtrise de la qualité et de la gestion des risques. » (ROUSSEL, 2010, p. 33). Le groupe de production sur le référentiel de compétence des cadres de santé sous l'égide de Ministère du Travail de L'emploi et de la solidarité et de la Direction Générale de l'Organisation des Soins a préconisé la mise en œuvre d'une compétence spécifique : « Animer une démarche qualité et gestion des risques »<sup>29</sup>.

Notre expérience professionnelle et pédagogique, ainsi que le contexte de réingénierie de la formation de cadre de santé nous ont conduits à poursuivre notre travail de réflexion dans le cadre de ce travail de recherche.

### II.2.2.4 L'opportunité du chercheur intervenant

En 2015, nous avons saisi l'opportunité d'un changement professionnel pour allier l'approche théorique développée par des connaissances produites par les sciences de gestion et l'interactivité possible entre le chercheur et les utilisateurs dans le processus de production de connaissance et leur caractère utilisable ou non par le terrain. En effet, nous exerçons depuis 2015 la fonction de directeur adjoint à la qualité, à la gestion des risques et à la communication dans un centre hospitalier de la région du Languedoc Roussillon Midi Pyrénées. Nous avons ainsi pu nous positionner comme chercheur intervenant.

En effet, la recherche menée sur un premier terrain a pu être utilisée comme partie exploratoire d'un premier cas. Son analyse nous a permis de préparer l'expérimentation de l'implémentation des modèles de solutions préétablis dans l'optique de produire un modèle ingénierique.

La difficulté majeure dans notre recherche a été de gérer à la fois la posture de chercheur et celle d'intervenant qui peut « contaminer »<sup>30</sup> la posture du chercheur. En effet si la recherche intervention :

*« donne au chercheur une position au cœur de la gestion et lui permet d'accéder à une plus grande variété de connaissances sur les organisations et les modes de gestion, elle est plus difficile à gérer du point de vue du respect des principes éthiques, méthodologiques et épistémologiques » (DAVID, 2008, p. 215<sup>31</sup>).*

---

<sup>29</sup> Extrait du compte-rendu de la réunion du 12/03/2012 du groupe de production sur le métier des cadres de santé sous l'égide de ministère du Travail de L'Emploi et de la solidarité et de la Direction Générale de l'Organisation des Soins : référentiel de compétence, document de travail page 5.

<sup>30</sup> Source : Bonnet, M., *Liaisons entre organisation du travail et efficacité socio-économique. Analyse d'expérimentations dans des services de fabrication en milieu industriel*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Lumière Lyon 2, 1987, 504p.

<sup>31</sup> Cité par Gilles Brun, *Thèse « Changement organisationnel et relation de pouvoir, pour une approche socio-cognitive du dialogue social dans l'entreprise »* 2012, p.275.

L'intervenant peut influencer ou être influencé par les acteurs du terrain de recherche, Plane précise que : « Les discours et les comportements d'acteurs semblent être conditionnés par la logique des processus d'interaction et que penser que le chercheur est en position de neutralité relève de l'utopie » (PLANE, 2012)<sup>32</sup>. A fortiori lorsque nous considérons notre positionnement en tant que responsable du domaine investigué. Les influences mêmes inconscientes de l'ordre du transfert ou du contre-transfert (DEVEREUX, 1998, p. 474) peuvent s'opérer et annihiler les productions du chercheur. Cependant, nous avons pu bénéficier d'échanges réguliers avec les membres du laboratoire et notre directeur de thèse afin d'explorer et de discuter des situations observées et analysées.

### II.3 Savoirs actionnables

La notion de « savoirs actionnables »<sup>33</sup> a été initiée dans les années 90 par Chris Argyris (ARGYRIS, 1995), de nombreuses contributions ont été apportées notamment sur la question « d'actionnabilité des savoirs », (DAVID, 2004 ; SCOUARNEC, 2004 ; SCHMITT & LEYMARIE, 2004...). Chris Argyris définit les « savoirs actionnables » comme : « un savoir à la fois valable et pouvant être "mis en action" dans la vie quotidienne » (ARGYRIS, 1995, p. 257). Les savoirs dont il est question ici sont intrinsèquement liés à des problématiques vécues. Notre propos est celui de l'élaboration de savoirs pour le management des organisations et donc ils visent à être utiles et mobilisables pour la pratique des managers (voir figure ci-dessous).

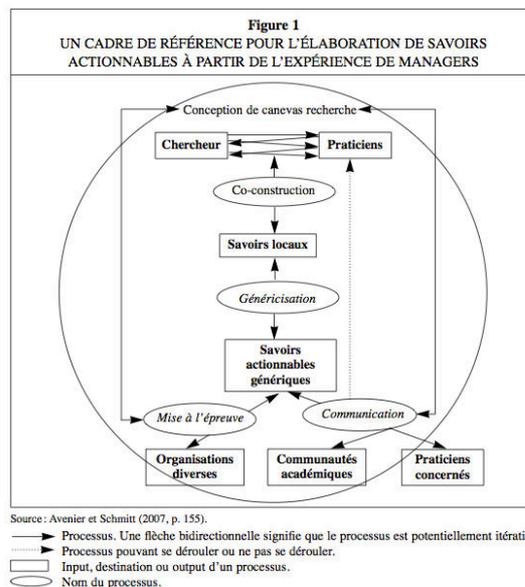


FIGURE 4 : UN CADRE DE REFERENCE POUR L'ELABORATION DE SAVOIRS ACTIONNABLES A PARTIR DE L'EXPERIENCE DE MANAGERS<sup>34</sup>

Dans un cadre épistémologique constructiviste « le statut des savoirs élaborés est ouvertement celui d'hypothèses plausibles » (AVENIER, 2007, p. 146). Nous ne souhaitons aucunement opposer savoirs scientifiques et connaissances pratiques. En effet, les connaissances mobilisées par les praticiens ne sont pas toujours exprimées en savoirs explicites car ces connaissances sont tacites, voire incarnées (LAM, 2000). Ainsi, nous entendons la notion de savoir comme l'expression « sous forme de représentations communicables la connaissance qui est intérieure à des sujets. » (AVENIER & SCHMITT, 2005, p. 3). Or cette « actionnabilité des savoirs » n'a de sens que si le savoir est approprié par les individus concernés (HATCHUEL, 2000). Le Moigne précise que ces savoirs « ne sont recevables que si nous pouvons les comprendre, les relier à nos expériences du monde de

<sup>32</sup> Cité par Julien Husson Thèse « Gérer les risques à l'hôpital, de l'inquiétude des acteurs à la méthode » 2005.

<sup>33</sup> Ou de savoirs praticable (Martinet, 2000), activable (Blanco & Lesca, 2002), opérationnalisable dans une vision moins mécaniste.

<sup>34</sup> Source : AVENIER & C., "Elaborer des savoirs actionnables et les communiquer à des managers", 2007, p. 29.

la vie » (LE MOIGNE, 2000, pp. 8-9)<sup>35</sup>. Ainsi, la mise en action des savoirs est d'autant plus efficace qu'elle fait échos aux préoccupations quotidiennes des praticiens, à leurs expériences et à leurs contextes.

Notre ambition est de mettre en relation des dynamiques de l'action collective correspondant à deux phases :

- \* **Une phase d'intelligibilité** dans une démarche scientifique permettant des liens entre les observations et une représentation de ces observations dans une intention scientifique ;
- \* **Une phase d'actionnabilité** ou les connaissances produites durant la première phase peuvent être actionnables

De ce fait, la notion de co-construction des savoirs entre chercheur et praticiens de terrain a été menée par une combinaison d'**observations participantes ou non** dans lequel le chercheur se positionne dans un contexte d'intelligibilité où les personnes observées n'ont pas à intervenir dans ce processus d'intelligibilité. C'est pourquoi nous avons opté pour une méthode de recherche par **questionnaire** dans un premier temps. Puis nous avons réalisé des **entretiens semi-directifs**, de **récits d'expériences**, ainsi qu'une **étude de données secondaires**. En effet, ces dernières méthodes favorisent l'interaction entre le chercheur et les acteurs de l'organisation et s'inscrit pleinement dans une conception constructiviste de la connaissance (LE MOIGNE, 1995) où le réel connaissable est celui qu'expérimente l'individu.

Les différents modes de recherches sont exposés dans le tableau ci-après, proposé par Koenig (1993) et traduites par David. Dans le sens d'une recherche intervention, le chercheur est alors un « expert-aidant » (section III du tableau ci-dessous) alors qu'il serait « un expert-savant » dans le cadre d'une recherche-action (section IV du tableau ci-dessous).

		Objectif	
		Construction mentale de la réalité	Construction concrète de la réalité
Démarche	Partir de l'observation des faits	<b>Observation, participante ou non (I)</b>  Elaborer un modèle de fonctionnement du système étudié.	<b>Recherche-action, étude clinique (IV)</b>  Aider à transformer le système à partir de sa propre réflexion sur lui-même
	Partir d'un projet de transformation ou d'une situation idéalisée	<b>Conception de modèles de gestion (II)</b>  Elaborer des outils de gestion potentiels, des modèles possibles de fonctionnement	<b>Recherche-intervention (III)</b>  Aider à transformer le système à partir d'un projet concret de transformation plus ou moins complètement défini

TABEAU 5 : MODES DE RECHERCHE SELON L'OBJECTIF ET LA POSTURE DU CHERCHEUR (DAVID, 1999, P. 17)

## II.4 Modèle ingénierique

Dans notre recherche, l'ambition de proposer des savoirs actionnables vise à contribuer à la mise en œuvre d'un modèle ingénierique. Ce modèle est « composé d'un ensemble de techniques et d'outils – un substrat technique – qui le rend actionnable » (DAVID & HATCHUEL, 2007, p. 4)<sup>36</sup>. Comme le précise Hatchuel :

<sup>35</sup> Cité par Marie-Josée Avenier et Christophe Schmitt dans « Savoirs actionnables dans les sciences de l'organisation entendues comme des sciences de conception : éléments de présentation et de réflexion » 6<sup>ème</sup> congrès Européen de Sciences des systèmes – 19-22 septembre 2005.

<sup>36</sup> Citant Hatchuel, A., & Weil, B. (1995), *Expert in Organizations*, Walter de Gruyter.

« L'essence de la recherche en management est de comprendre, inventer et critiquer des modèles d'action collective » (HATCHUEL, 2001, p. 36<sup>37</sup>).

Dans le paradigme épistémologique constructiviste pragmatique dont nous postulons, « l'élaboration de savoirs et leur justification, qui est appelée légitimation, sont deux processus simultanés indissociables » (AVENIER 2007). Or, si l'intention du chercheur est bien l'actionnabilité des savoirs, il est important que les acteurs organisationnels, praticiens de terrain puissent être intégrés dans le processus. Pour cela nous avons pu, selon les recommandations et le cadre méthodologique de Marie-José Avenier bénéficier de :

« L'implication des praticiens dans la définition de la question de recherche [...] La diffusion des savoirs auprès de praticiens et activation des savoirs in situ [...] L'intégration de l'expérience de praticiens dans la construction de savoirs scientifiques » (AVENIER, 2009, p. 195)<sup>38</sup>.

### II.4.1 Implication des praticiens dans la définition de la question de recherche

Afin d'impliquer les praticiens nous avons créé en amont une « instance de gestion de l'investigation » (GIRIN, 1990, p. 18) afin de solliciter un soutien tout au long de la recherche des interlocuteurs de terrain concernés par l'investigation. Les membres de cette instance sont les dirigeants des terrains de recherche qui nous ont permis d'observer ou d'accompagner des situations de gestion représentant. Les situations sont considérées de gestion lorsque :

« à un ensemble d'activités en interactions est associée l'idée d'activité collective et de résultat faisant l'objet d'un jugement, et que des agents sont engagés dans la situation de gestion lorsqu'ils se reconnaissent comme participant à des degrés divers à la production du résultat. » (GIRIN, 1983)<sup>39</sup>

Nous avons ainsi pu rencontrer des acteurs stratégiques (deux directeurs généraux, un directeur de la stratégie, un directeur qualité et le coordonnateur de la direction des soins) afin de leur faire part de notre question de recherche et d'examiner ensemble si la formulation était en adéquation avec le contexte organisationnel et pertinent au regard du terrain. Nous leur avons exposé notre revue de la littérature et les fondements théoriques sur lesquels nous souhaitons nous appuyer.

Dans cette phase, nous avons pu recueillir un consentement commun sur l'approche visée, mais aussi un éclairage expérientiel très pointu nous confortant dans notre démarche. Ces éclairages théoriques ont été perçus comme satisfaisants pour concevoir une réponse à la problématique pratique abordée. Ces apports ont été combinés à l'ensemble des données secondaires que nous avons pu recueillir sur le terrain.

Ceci n'aurait pu être possible sans notre posture stratégique de professionnel intégré à l'organisation. Nous avons pu ainsi visualiser les enjeux de la recherche, négocier des opportunités d'investigation et apporter l'assurance que la démarche puisse perdurer. Nous avons pu, en outre, obtenir des relais facilitateurs de la démarche sur le terrain ainsi que les autorisations nécessaires au travail de recueil de données primaires et secondaires. De plus, souvent les échos faits aux diagnostics provisoires permettent de tester la « pertinence et l'acceptabilité des diagnostics » (GIRIN, 1990, p. 19) que nous avons pu traduire auprès de ces acteurs.

---

<sup>37</sup> Cité par Emile-Michel Hernandez « L'entrepreneur : Une approche par les compétences » Éditions EMS, 1 juil. 2010 – pp. 223, p.13.

<sup>38</sup> Titres développés dans l'article de Marie-Josée Avenier « Franchir un fossé réputé infranchissable : construire des savoirs scientifiques pertinents pour la pratique » Management & Avenir, 2009/10 N°30 p. 274

<sup>39</sup> Extrait de : « Le rôle des outils de gestion dans l'évolution des systèmes sociaux complexes, sous la direction de M. BERRY, C.R.G-École polytechnique, 1983, rapport pour le Ministère de la recherche et de la technologie. »

### II.4.2 Intégration de l'expérience de praticiens dans la construction de savoirs scientifiques

Après avoir confrontés notre positionnement théorique aux acteurs de terrain et aux données secondaires et ainsi d'avoir pu construire des « savoirs locaux » (GEERTZ, 1983), nous avons souhaité « généraliser ces savoirs ». Le terme générique est emprunté de la définition donnée par Marie-José Avenier :

*« Le qualificatif générique a été choisi pour signifier le couplage du travail épistémologique avec le travail empirique effectué en vue de la légitimation de ce savoir » (AVENIER, 2007, p. 149).*

Or, dans une approche épistémologique constructiviste « la généralisation s'effectue verticalement par conceptualisation et décontextualisation des savoirs considérés » (AVENIER, 2009). Il a fallu procéder par itérations entre la littérature mobilisée en début de recherche et les savoirs locaux observés afin de revisiter certaines notions, d'en clarifier le sens, et d'articuler ses savoirs avec des savoirs déjà admis afin d'apporter une légitimation (relative et non académique) aux savoirs actionnables.

Dans le domaine du management ces savoirs génériques sont exprimés sous forme de méta-modèles, d'outils conceptuels par exemple. Ces savoirs génériques ne sont actionnables que lorsqu'ils sont contextualisés de manière spécifique au problème et à l'environnement étudié. Or cela nécessite une « reconstruction de leur sens par les acteurs de la situation considérée eux-mêmes » (TENKASI, MORHMAN, & jr., 2007)<sup>40</sup>

## III Design de la recherche : du terrain au laboratoire de recherche

---

### III.1 Approche processuelle

L'objet de notre recherche est de découvrir les leviers d'intégration de la démarche qualité à travers l'étude de l'appropriation d'un outil de gestion de la qualité. Nous nous inscrivons dès lors dans une approche processuelle. L'approche processuelle correspond à une recherche de processus comme le précisent Grenier et Josserand : « Les recherches sur le processus visent à mettre en évidence le comportement de l'objet dans le temps. » (1999, p. 104)<sup>41</sup>. Il s'agit alors :

*« d'expliquer une séquence observée d'événements ordonnés de manière chronologique, en soulignant les mécanismes d'enchaînement et en les replaçant dans leur contexte. » (VAN DE VEN & HUBER, 1990 cités par MAZARS, 2000, p. 8).*

La théorie de la structuration sur laquelle nous nous adossons, nous amène à penser que les leviers d'appropriation émergent au cours du processus d'adoption. Ils sont intrinsèquement liés au processus. Pour nous inscrire dans la démarche processuelle nous avons choisi une démarche de type analyse longitudinale.

---

<sup>40</sup> Cités par Marie-José AVENIER, « Franchir un fossé réputé infranchissable : construire des savoirs scientifiques pertinents pour la pratique », 2009, p. 194.

<sup>41</sup> Cité par GAVARD-PERRET M.-L., 2012, p.69.

## III.2 Modalité de recherche : étude longitudinale de cas

L'analyse longitudinale permet, en effet, d'observer les différentes phases et événements clés dans le processus d'appropriation de l'outil de gestion. Nous pourrions ainsi « reconstruire l'histoire du phénomène observé à partir de différentes sources comme l'observation directe, l'examen de données secondaires ou encore d'entretiens »<sup>42</sup>. Robert K. YIN (1984), définit la méthode de recherche d'étude de cas comme :

*« Une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte réel où les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas nettement évidentes, et dans laquelle des sources d'information multiples sont utilisées » (Robert K. YIN, 1984, p.23)<sup>43</sup>.*

Cette méthodologie de type qualitative permettra des descriptions et des explications riches (MILES & HUBERMAN, 1991), mais aussi la production de nouveaux liens théoriques à partir d'une même situation (DYER & WILKINS, 1991, p. 616). En effet, nous adhérons au propos de STAKE (1994, p.237) précisant que « le cas est d'un intérêt secondaire ; il joue un rôle de support, facilitant notre compréhension de quelque chose d'autre »<sup>44</sup>. Il est un prétexte à l'observation d'une dynamique. Nous espérons par cette approche proposer une construction théorique en « montrant ses opérations dans un contexte social en mouvement » (DYER & WILKINS, 1991).

L'étude empirique longitudinale s'inscrit alors dans une dynamique contextuelle au cœur d'un processus organisationnel tout en abordant la réalité sociale de manière dynamique. Il s'agit de comprendre le phénomène étudié dans sa dynamique et de nous inscrire dans l'esprit d'une « construction sociale de la réalité » (BERGER & LUCKMANN, 1996). C'est justement ce que Andrew Pettigrew appelle « recherche processuelle » (PETTIGREW, 1990).

Notre recherche s'intéresse au processus organisationnel d'intégration de la démarche qualité, c'est pourquoi, nous optons pour une stratégie spécifique : l'étude longitudinale de cas enchâssés qui peut être définie comme : « une étude de cas longitudinale comportant plusieurs sous-unités d'analyse dans laquelle des investigations sont menées à la fois au niveau du cas d'ensemble et des sous-unités. » (MUSCA, 2006, p. 153).

Cette méthode nous permettra d'explorer le contexte, le processus, les contenus et les interactions dans le temps (BARLEY, 1990 ; PETTIGREW *et al.* 2001). L'idée étant d'étudier des causalités multiples et boucles de rétroaction sur un phénomène dynamique dans un même contexte (LANGLEY, 1999). Un design enchâssé ("embedded") permet d'approfondir l'analyse par comparaison, à des moments précis, des variations intra organisationnelles sur une durée préétablie (YIN, 1989 ; PETTIGREW, 1990).

Nous distinguons l'étude de cas enchâssés de l'étude multi-cas par l'analyse qui portera sur des sous-unités, mais aussi sur l'ensemble du cas dans une portée générale. L'étude se déroulera en temps réel et permettra ainsi, selon les recommandations de Yin (1989), de réduire les biais introduits par une étude rétrospective et surtout d'apporter la possibilité d'analyser l'influence de phénomènes éphémères mais pour autant importants dans l'analyse (VAN DE VAN & POOLE, 1995). De plus, cette méthodologie offre l'avantage d'étudier des phénomènes complexes en réalisant des comparaisons de « faisceaux de causalités multiples » (PETTIGREW, 1990).

---

<sup>42</sup> Source : Hayo-Villeneuve, S. ; Husson J. (Mars 2015). « Etude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité dans une organisation hospitalière : apports de la théorie de la structuration. » In QUALITA'2015.

<sup>43</sup> Cité dans *Étude de Cas (Méthode Des)*, p.91 – P. Collette in *Dictionnaire des Méthodes Qualitatives en sciences humaines*, 3ième édition, 2009, 2012 – Sous la Direction de d'Alex Mucchielli – Collection Armand Collin.

<sup>44</sup> *Ibid.*

Cette étude de cas s'adapte à une recherche de type abductive (KOENIG, 1993), car elle s'inscrit dans une approche par la construction de théorie enracinée (GLASER & STRAUSS, 1967 ; STRAUSS & CORBIN, 1994) qui :

*« cherche à capturer la complexité du monde social en y identifiant et expliquant des dynamiques, des patterns à partir de l'étude minutieuse d'un contexte particulier » (MUSCA, 2006, p. 157).*

En effet, la comparaison de micro-événements permet au fur et à mesure de l'étude de formaliser des compréhensions théoriques inscrites dans le réel. Le but étant, comme le précise YIN (1989), de *« faire émerger des résultats théoriques novateurs dans une perspective de généralisation analytique »* (MUSCA, 2006, p. 157)<sup>45</sup>

L'étude de cas longitudinale débute souvent par une phase exploratoire puis par une phase d'enquête intensive et enfin par une phase de contrôle et d'intervention (CHARREIRE PETIT, 2003) :

\* **L'étude exploratoire :**

Menée initialement nous a permis entre autres d'objectiver l'évolution du concept de qualité à l'hôpital par la mise en évidence d'un intérêt exprimé par les cadres de santé sur la question de la qualité à l'hôpital et de valider l'adéquation du terrain à l'objet de recherche.

\* **La phase d'enquête intensive :**

Elle s'est déroulée dans des établissements publics de santé de la région Grand-Est de 2012 à 2015. Cette phase nous a permis de nous assurer de la pertinence du modèle de recherche proposé et d'approfondir la revue de littérature.

\* **La phase de contrôle et d'intervention :**

Elle s'est déroulée dans un centre hospitalier de la région Languedoc Roussillon de 2015 à 2016. L'approfondissement de la revue de littérature, l'analyse de la phase d'enquête ainsi que l'étape d'intervention nous ont conduit à la construction définitive du modèle ingénierique.

La figure ci-après reprend la structure générale de notre recherche.

---

<sup>45</sup> Geneviève Musca cite ici : Yin, R.K. 2003 *Case Study Research : Design and Methods*, 3rd edition, Thousand Oaks, CA : Sage.

Schéma de la structure de la recherche

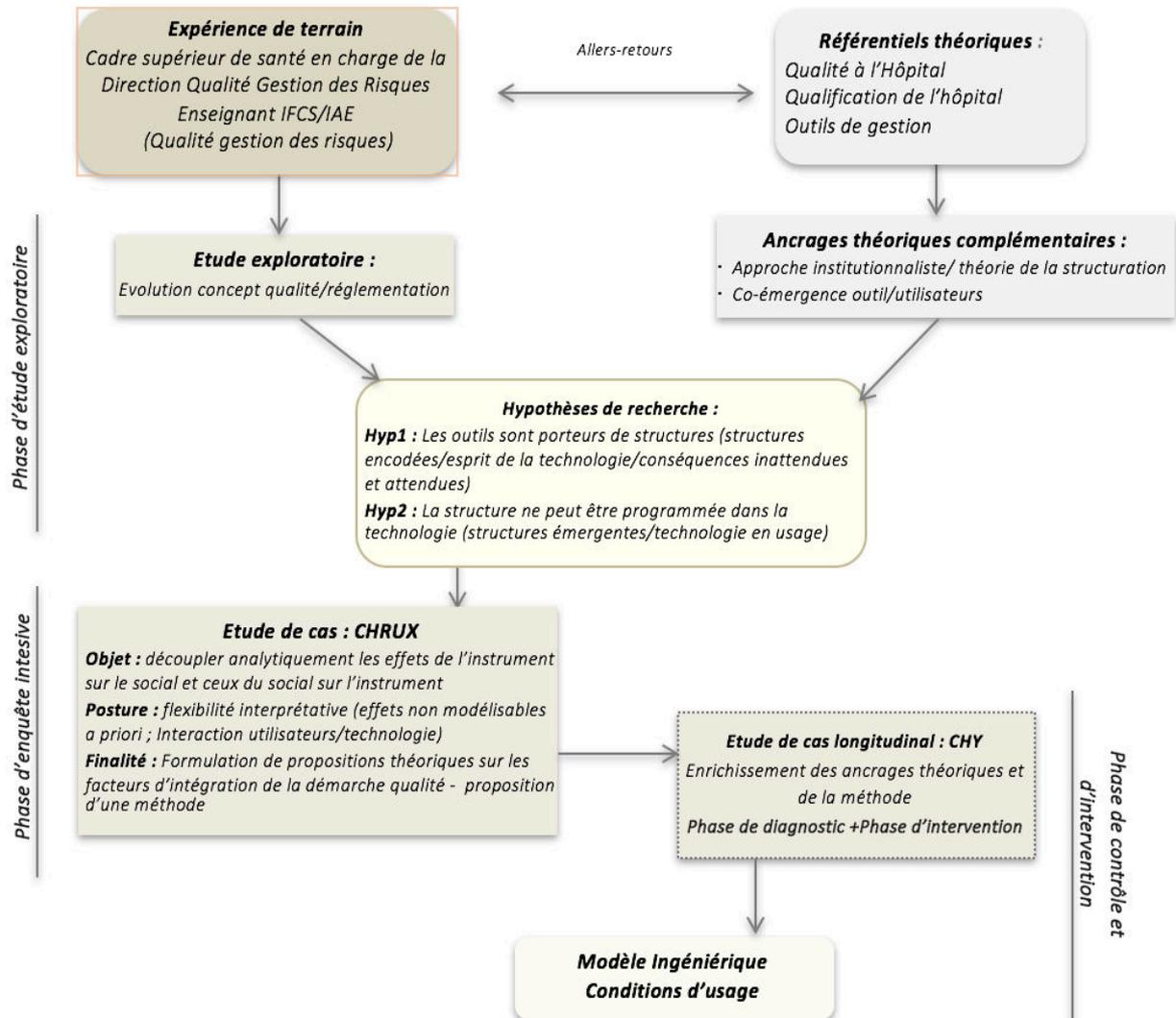


FIGURE 5 : STRUCTURATION GENERALE DE LA RECHERCHE

---

*Section II - De la méthode aux méthodes  
d'intervention*

---

Notre posture de chercheur intervenant nous a permis d'expérimenter des terrains riches en données exploitables. Les autorisations d'expérimentations et d'interventions nous ont positionnés institutionnellement au cœur de l'organisation. Nous avons pu étudier un outil de gestion dans sa forme contextualisée au cœur du processus d'appropriation de l'outil tout en étudiant les phases en amont de la conception et de l'histoire de l'outil. La méthodologie de recherche choisie est à la fois qualitative et quantitative. Cette section se propose de présenter de façon plus précise et plus chronologique les différents protocoles de recherche et les échantillonnages exploités.

## I Principes d'analyse de l'outil

### I.1 Principes d'analyse

La démarche qualité est porteuse de normes, de référentiels que l'on pourrait qualifier d'outil de type « *circulant* » pour autant, notre recherche se situe à un niveau plus micro et notamment dans le périmètre du champ d'action des acteurs de terrain, c'est-à-dire au plus près du terrain. A ce niveau, la démarche qualité est traduite par l'utilisation de nombreux outils de gestion comme par exemple les indicateurs, les évaluations des pratiques professionnelles ou encore l'outil de déclaration informatisée d'événements indésirables qui est l'outil que nous avons choisi d'étudier. Notre étude est donc celle de l'outil « *agissant* ».

Notre principe d'analyse général est, à partir du processus observé, de découpler de manière analytique les effets de l'instrumentation sur le social et ceux du social sur l'instrumentation afin de comprendre ce qui lie l'outil à l'utilisateur et d'envisager les facteurs d'intégration<sup>46</sup>. Il existe pour autant une flexibilité interprétative dont il faut être conscient. En effet, chaque utilisateur interagit à sa manière avec la technologie. Nous pourrions donc observer des effets non modélisables *a priori*, non intentionnels, provisoires et donc imprévisibles. Le choix du cas se porte ainsi que le préconise Pettigrew (1990) sur une situation contrastée. Il est d'ordre théorique et non statistique dans une logique de réplication théorique sur la base d'une « *prédiction de résultats contrastés pour des raisons prévisibles* » (YIN, 1989)<sup>47</sup>.

Le cas est constitué à partir de données primaires (entretiens et questionnaires) et de données secondaires (données d'archives). Il est élaboré sur la base d'entretiens centrés (*focused interview*) et retrace le processus d'adoption de l'outil de gestion sur deux phases : la phase d'implantation et la phase d'utilisation actuelle. Les personnes interrogées sont des acteurs de l'appropriation de l'outil. L'élaboration du cas se termine dès l'observation d'une « *saturation théorique* » au sens de Glaser et Strauss (1967), c'est-à-dire que les nouvelles données recueillies n'ajoutent aucun nouveau sens à ce qui est déjà compris. Nous rejoignons le propos de Dougherty (2002) qui précise que la règle de sélection des données doit être le contraste afin de capturer des variations ou des situations alternatives pour apprécier l'émergence des phénomènes.

<sup>46</sup> Source : Hayo-Villeneuve, S. ; Husson J. (Mars 2015). « Etude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité dans une organisation hospitalière : apports de la théorie de la structuration. » In QUALITA'2015.

<sup>47</sup> Cité par Geneviève Musca dans « Une stratégie de recherche processuelle : l'étude longitudinale de cas enchâssés », M@n@gement 3/2006 (Vol. 9), p. 153-176.

## 1.2 Analyse de l'outil « agissant »

L'analyse de l'outil de gestion est réalisée sous deux formes (CHIAPELLO & GILBERT, 2013, pp. 263-266) :

**Sa forme « circulante »**, c'est-à-dire celle de l'outil dans son substrat technique, les postulats qui le construisent, les représentations organisationnelles, son histoire, les acteurs concernés.

**Sa forme « inscrite »**, c'est-à-dire celle de l'outil en situation, dans un contexte organisationnel, dans le rapport des acteurs à l'outil, les effets, les transformations engendrées.

L'analyse est ainsi réalisée à partir de quatre étapes traduites dans l'encadré ci-après<sup>48</sup> :

**1 -Description du contexte organisationnel** - La première étape consiste à décrire le contexte organisationnel grâce aux données secondaires et aux entretiens réalisés avec les dirigeants et acteurs clé du développement de l'outil de gestion<sup>49</sup> :

- \* « Structure générale, taille, secteur d'activité, culture. »
- \* « Partie de l'organisation la plus directement concernée (fonction, service...) »
- \* « Histoire de l'outil dans ce contexte : quand a-t-il été produit ? dans quel but ? qui en est le promoteur ? »
- \* « Le discours officiel autour de l'outil, de son introduction : ce qui a été dit ? par qui ? dans quelles circonstances ? »
- \* « Liens : aux autres outils de gestion utilisés dans la situation ; à d'autres pratiques de management reposant sur les mêmes représentations et postulats (similitudes, incohérences ?) ; aux discours normatifs externes sur l'outil (littérature de management) qui se retrouvent repris dans la situation via les formations, le travail des consultants, les discours de justification, qui font référence à l'outil dans sa forme circulante ou à l'outil pris dans d'autres situations données en exemple. »

**2- Repérage des acteurs dans leur rapport à l'outil** - La deuxième étape consiste à étudier le rapport de l'acteur à l'outil<sup>50</sup> :

- \* « Lister les acteurs (individus ou groupes concernés et capables d'intervenir). Description en termes d'âge, de genre, de compétences, de formation, de parcours social et professionnel. Préciser leur fonction dans l'organisation, la nature de leur activité et comment celle-ci est concernée par l'outil. »
- \* « Préciser pour chacun d'eux le rapport d'usage à l'outil (conception, diffusion, utilisation). »
- \* « Donner les indications sur l'intensité de cet usage (fréquence, durée). »
- \* « Caractériser leur rapport « affectif » à l'outil (positif, neutre, négatif). »
- \* « Décrire les interactions entre ces acteurs autour de l'outil. »
- \* « Quels sont les enjeux, les risques, les gains et pertes potentielles de ces acteurs (en termes d'intérêt au travail, de statut social, de revenu, de qualité de vie... ?) »
- \* « De quelles ressources disposent-ils ? »
- \* « Peut-on repérer chez les promoteurs et chez les opposants des aspects culturels ou identitaires susceptibles d'expliquer leurs positions ? »

**3 - Reconstituer l'histoire de l'outil** - La troisième étape consiste à analyser l'histoire de l'implantation de l'outil dans le contexte organisationnel :

- \* « Comment s'explique l'adoption si l'outil vient d'ailleurs ? Mimétisme, coercition ? mythe rationnel ? quels prescripteurs ? »
- \* « Quelles ont été les controverses ? Décrire les processus d'enrôlement et d'engagement, les problèmes rencontrés, les paramétrages et modifications apportés au cours du projet. »
- \* « Chronologie de la mise en place (éléments précurseurs, périodisation, événements clés). »
- \* « Interactions entre les acteurs et les caractéristiques du dispositif technique. »
- \* « Evolution des usages au cours du temps. Perception des succès et échecs. »<sup>51</sup>

<sup>48</sup> Nous citons dans l'encadré suivant CHIAPELLO & GILBERT, 2013, p.263-264.

<sup>49</sup> CHIAPELLO & GILBERT, 2013 : extraits p.263-264.

<sup>50</sup> Ibid. p.265.

<sup>51</sup> Ibid. p.266.

**4 - Identifier les différents effets de l'outil ou/et les transformations qui l'accompagnent-** La dernière étape consiste à étudier les effets de l'outil sur l'organisation<sup>52</sup> :

\* « Ambiance de travail, motivation au travail, structure de postes, contenu et division du travail, profils de travailleurs, modalités d'emploi, usages effectifs de l'outil, modalités d'appropriation, qualité du travail réalisé avec l'outil. »

\* « Transformation des cadres de pensée, des représentations du travail, des routines. »

\* « Stratégies de l'organisation, du service. »

\* « Redistribution des pouvoirs dans l'organisation, modification des relations entre métiers, services, personnes ; transformation des zones d'incertitudes. »

L'analyse de l'outil de gestion est ainsi réalisée à partir de sa dimension fonctionnelle, sa dimension structurelle et sa dimension processuelle.

## II Méthode de recueil et d'analyse des données primaires

La méthode de recueil des données est à la fois quantitative par la mise en œuvre d'une enquête par questionnaire et qualitative par l'utilisation de la méthode d'entretiens semi-directifs. Nous présentons ci-après la méthodologie de recherche et l'échantillonnage de l'enquête puis des entretiens.

### II.1 L'enquête

Les données primaires ont été collectées par voie de questionnaire. Le choix du mode de collecte de donnée permet d'établir des « relations statistiques et des comparaisons chiffrées, mais aussi d'étudier des comportements, des attitudes et des opinions sur le sujet traité » (PUPION, 2012, p. 4). L'échelle de Lickert a été volontairement choisie car cette échelle est connue et validée.

#### II.1.1 Construction du questionnaire<sup>53</sup>

Le questionnaire a été construit sur la base d'un protocole d'enquête à partir de l'étude des éléments de la problématique, des dimensions de l'analyse et des matériaux à prélever. Le choix s'est porté sur quelques questions ouvertes et majoritairement des questions fermées. Pour ces dernières, nous avons procédé à une standardisation des questions et réponses possibles afin de faciliter le traitement statistique :

**Les questions dichotomiques** concernent l'utilisation de l'outil de déclaration d'événements indésirables (7 questions). Cinq d'entre elles sont associées à une variable binaire (Oui/Non). Ce type de question permet une scission de l'échantillon en sous-échantillon permettant des tests de comparaison.

**Les questions nominales** regroupent le profil des sondés (2 questions), il n'y a aucune relation d'ordre dans les réponses. La réponse nominale est exclusive (la réponse est unique), il n'y a qu'une seule variable par question. Ce type de question permet également une scission de l'échantillon en sous-échantillon correspondant à différentes populations et permettant des tests de comparaison d'un même caractère pour deux sous-population ou d'analyses de variance (PUPION, 2012, p. 7). Une question nominale multiple concerne le sujet de la qualité en général, les réponses sont donc codées par une variable binaire.

<sup>52</sup> Ibid.

<sup>53</sup> Voir annexe 2 : Questionnaires (cadres et agents de terrain).

**Les échelles de notations** concernent le reste des questions et sont caractérisées par l'échelle d'attitude de Likert (LIKERT, 1932), l'objectif étant de traduire « l'intensité d'un jugement exprimé » (PUPION, 2012, p. 8). L'échelle est multiple car elle est soumise à plusieurs items, le nombre d'échelon est impair (5) en précisant que le "magical number seven plus or minus two" (MILLER G., 1956)<sup>54</sup> est majoritairement reconnu, de plus le nombre d'item peut selon certains auteurs compenser le faible nombre d'échelons (GAVARD-PERRET, GOTTELAND, HAON, & JOLIBERT, 2012, p. 140)

**Les questions** ont été posées selon un ordre précis en partant de questions générales qui au fur et à mesure se précisent. Pour éviter un effet de halo, la nature des questions (dichotomique, nominale, échelles de notation) a été volontairement alternée.

**Un pré-test** du questionnaire a été réalisé auprès de 10 personnes afin de vérifier le degré de compréhension des items, l'absence de biais et le temps imparti au remplissage du questionnaire.

**L'administration** du questionnaire s'est faite par Internet avec un courriel d'accompagnement. Le questionnaire est donc auto-administré par les sondés. Ce choix a permis une réduction des délais de retour et de ressaisie des réponses.

## II.1.2 Protocole de recherche du questionnaire<sup>55</sup>

### II.1.2.1 Canevas général

	Modalités	Justification
<b>Posture épistémologique</b>	Constructiviste pragmatique	Postulant d'une réalité perçue sous le prisme de l'interaction entre l'esprit humain avec cette réalité et non le reflet de cette réalité elle-même.
<b>Choix de la méthode</b>	Abductive	Vision interprétative de la réalité (recherche des causes d'un phénomène).
<b>Nature des données</b>	Quantitative	Données primaires- étude de cas.
<b>Mode de collecte</b>	Questionnaires envoyés par Intranet	Accessibilité au terrain.
<b>Nature du terrain</b>	CHRUX et autres établissements de santé	Hôpital public répondant à l'objet de recherche. Public en lien avec le questionnement de départ.
<b>Taille de l'échantillon</b>	657	Echantillon non probabiliste. Ensemble des cadres de santé et agents du CHRUX.
<b>Composition de l'échantillon</b>	Cadre supérieur de santé Cadre de santé Agents de terrain	En lien avec l'objet de recherche. La qualification englobe des filières professionnelles permettant une approche exhaustive.
<b>Durée du recueil</b>	15 décembre 2014 au 15 janvier 2015	La transmission par voie informatique doit faciliter le recueil.
<b>Analyse</b>	Traitement statistique (analyse de scores)	Analyse thématique et contextualisante.

<sup>54</sup> Cité par GAVARD-PERRET M.-L., 2012, p.139.

<sup>55</sup> Voir annexe3 : Protocole de recherche enquête quantitative.

### II.1.2.2 Prisme théorique : Théorie de la structuration A. Giddens

Le prisme théorique que nous avons choisi est celui de la théorie de la structuration d'Anthony Giddens précisant :

- \* Le rôle médiateur des instruments dans la structuration du social : les structures et les systèmes sociaux conditionnent l'action humaine, mais ils en sont également les fruits.
- \* L'interaction homme/technologie à un rôle médiateur dans ce processus.
- \* Les outils sont structurés par l'action humaine et structurants pour l'action humaine.

Les éléments de recherche ont été intégrés au questionnaire à partir des dimensions d'analyse présentés dans le tableau ci-dessous :

Éléments de problématique	Dimensions d'analyse	Matériaux à prélever
<i>Appropriation de la démarche qualité</i>	<i>Représentations sur la qualité</i>	<i>Représentations, intégration dans la démarche (groupes de travail, EPP, ...), intégration dans les pratiques quotidiennes.</i>
<i>La qualité outil de gestion</i>	<i>Logiques d'actions</i>	<i>Histoire de l'outil, contexte organisationnel, implantation de l'outil, modes d'adoption, structures encodées.</i>
<i>Structuration des outils de gestion de la qualité</i>	<i>Analyse de l'outil en usage</i>	<i>Types d'acteurs concernés, contenu des pratiques, référentiels, protocoles, modes opératoires, rapport des acteurs à l'outil, effets de l'outil, interactions, règles et ressources.</i>
<i>Articulation entre l'instrument de gestion et le management</i>	<i>Analyse des pratiques</i>	<i>Méthodes, contenu des pratiques, intérêts, enjeux, positionnement.</i>

TABLEAU 6 : ELEMENTS DE RECHERCHE A INTEGRER AU QUESTIONNAIRE SELON LES DIMENSIONS D'ANALYSE

### II.1.2.3 Points déterminants de la recherche

#### Objectifs visés :

- \* *Observation de ce qui lie l'outil à l'utilisateur pour envisager les facteurs d'intégration.*
- \* *Etude de la forme « inscrite » de l'outil (contextualisé, observable dans les micro-pratiques.)*
- \* *Découpler analytiquement les effets de l'instrument sur le social et ceux du social sur l'instrument.*

#### Postulat de la recherche empirique : Flexibilité interprétative

Les effets sont non modélisables *a priori* de l'interaction utilisateurs/technologie car ils sont imprévisibles souvent, non intentionnels et provisoires.

#### Positionnement au regard de la théorie de la structuration :

Il existe une co-construction récursive entre les systèmes sociaux (pratiques, comportements) et les structures sociales (règles et ressources) lors de l'utilisation de l'outil :

- \* **Proposition 1 :** *Les outils sont porteurs de structures (structures encodées/esprit de la technologie/conséquences inattendues et attendues.)*
- \* **Proposition 2 :** *La structure ne peut être programmée dans la technologie (structures émergentes/technologie en usage.)*

#### Prédictions associées :

- \* *La co-évolution entre l'humain et la technologie offre la possibilité d'institutionnaliser les pratiques de gestion de la qualité.*
- \* *L'intégration de la démarche qualité peut être adaptée selon le niveau de co-émergence technologie/humain.*

II.1.2.4 Opérationnalisation de l'analyse des concepts

Nous avons précisé l'opérationnalisation de la phase d'enquête en reprenant les éléments constitutifs des concepts étudiés pour les traduire en manifestations objectivement mesurables que nous présentons dans le tableau ci-dessous :

<b>Concepts</b>	<b>Dimensions (Éléments constitutifs du concept)</b>	<b>Indicateurs (Manifestation objectivement mesurable des dimensions)</b>
<b>Qualité</b>	Représentation	Positive, neutre, négative. Concernés par l'usage de l'outil ? rapport d'usage dans l'outil (conception, diffusion, utilisation).
	Valeurs, croyances	Discours officiel/perception individuelle.
	Intégration de la démarche qualité dans les pratiques	Inscrite dans les pratiques quotidiennes.
	Ancrage culturel	Connaissance, représentations.
<b>Management</b>	Action managériale sur la structure de l'outil	Signification : communication, formation, tutorat, délégation, regard sur les schèmes interprétatifs. Domination : action sur les allocations de ressources. Légitimation : régulation normative.
	Articulation outil/management	Levier managérial, aide à la gestion, utilisation dans l'évaluation annuelle.
	Instrument de gestion de la qualité	Levier de motivation, favorise un processus dynamique d'amélioration continue de la qualité, intégrateur de la démarche qualité.
<b>Théorie de la structuration</b>	Dimensions structurelles	Règles et ressources à disposition. Conditions et résultats de l'action. Médiation du structurel et du contextuel (contraintes et contingences).
	Reproduction des systèmes sociaux	Action intégrée dans les interactions, Modalités d'interaction avec l'outil (enjeux, risques, gains), avec la technique.
	Organisation des systèmes sociaux	Routinisations, institutionnalisations. Valeurs intégrées dans les interactions. Représentations autour de l'outil, modification des relations entre métiers, conséquences inattendues.
	Histoire de l'outil (dimension spatio-temporelle)	Implantation, évolution, formations, informations.
	Technologie en usage	Types d'acteurs concernés ; intensité d'usage, rapport affectif à l'outil, type d'adoption (mimétisme, coercition), évolution des usages.

TABEAU 7 : OPERATIONNALISATION DE L'ANALYSE DES CONCEPTS (QUESTIONNAIRE)

II.1.2.5 Hypothèses

**Hypothèse principale :**

Les outils de gestion de la qualité peuvent être des leviers d'appropriation de la démarche qualité par les organisations hospitalières.

**Hypothèses secondaires :**

- \* **H1** - Les outils de gestion de la qualité permettent l'appropriation de la démarche qualité.
- \* **H2** - Les outils de gestion de la qualité sont des médiateurs dans la structuration du social.
- \* **H3** - L'intégration de la démarche qualité peut être adaptée selon le niveau de co-émergence technologie/humain.
- \* **H4** - L'interaction humain/technologie à un rôle médiateur dans l'intégration de la démarche qualité.

**II.1.2.6 Echantillonnage et taux de retour**

L'échantillon représente 657 questionnaires envoyés et un taux de retour de 64% (voir détail dans le tableau ci-dessous) :

Fonction	Affectation	Nombre distribués	Nb de retour/ Nb envoi	Pourcentage de réponses
Cadres Supérieurs de santé	CHRUX	26	84/182	<b>46,15%</b>
Cadre de santé	CHRUX	138		
Cadre de santé hors filière soignante	CHRUX	18		
Agents de terrain	CHRUX	190	182/245	<b>74,28%</b>
Cadres de santé	Hors CHRUX	200	133/200	<b>66,5%</b>
Cadres de santé	Hors CHRUX Vacataires	19		
Cadres Supérieurs de santé	Hors CHRUX Vacataires	12	22/30	<b>73,33%</b>
<b>TOTAL RETOURS</b>			<b>421/657</b>	<b>64%</b>

TABLEAU 8 : ECHANTILLONNAGE DU QUESTIONNAIRE ET TAUX DE RETOUR

Le choix de réaliser cette enquête sur différents établissements de santé nous a permis d'explorer les notions d'appropriation de la démarche qualité, de qualité versus outil de gestion et de structuration des outils de gestion de la qualité dans des contextes organisationnels différents même s'il s'agissait en grande majorité d'organisations publiques de santé. L'étude de l'outil de gestion choisi a été réalisée à partir des répondants du CHRUX.

**II.1.3 Les résultats<sup>56</sup>**

**II.1.3.1 Description de l'échantillon**

**Lieux d'exercice** (voir figure ci-après)

L'enquête comporte 421 répondants répartis sur 13 départements. La majorité des répondants (304 professionnels) exerce en Meurthe et Moselle dans lequel a eu lieu l'enquête, puis en Moselle (54 répondants) et dans les Vosges (11 répondants). La majorité des répondants (99%) travaille dans des établissements publics de santé, seuls 4 répondants exercent en secteur privé. L'interprétation des résultats sera centrée sur le secteur public.

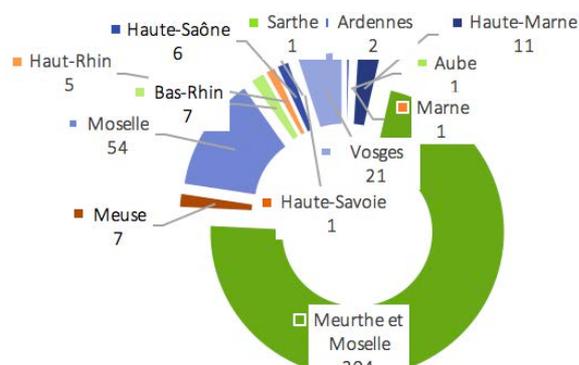


FIGURE 6 : LIEU D'EXERCICE PROFESSIONNEL DES REpondANTS

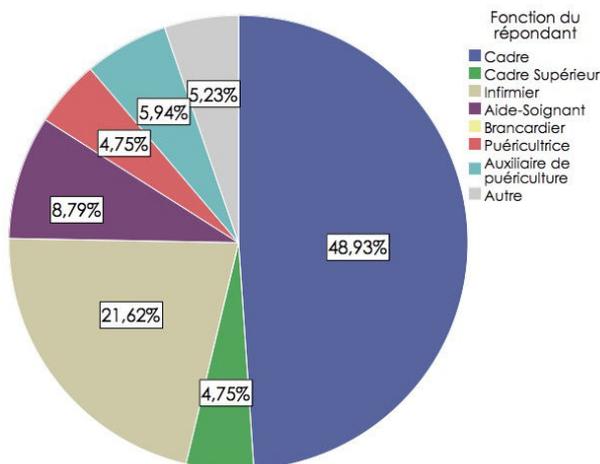
<sup>56</sup> Voir annexe 4 : Résultats globaux de l'analyse quantitative.

### Fonction

La majorité des répondants est issue de filières soignantes (voir figure ci-contre), ils sont cadres de santé à 49%, infirmiers à 21/6% et aides-soignants à 8,7%.

La catégorie « autre » regroupe des sages-femmes (1 répondant) des ASH (18 répondants) des techniciens de laboratoire (2 répondants) et des manipulateurs radio (3 répondants).

FIGURE 7 : FONCTION DES REpondANTS



La répartition des fonctions à majorité paramédicale correspond à la représentativité de cette masse salariale dans les établissements de santé de ce type (voir Tableau ci-dessous) :

Fonction du répondant	Filière d'origine du répondant		
	Soignante	Rééducation	Médicotechnique
	Effectif	Effectif	Effectif
Cadre	155	14	37
Cadre Supérieur	15	2	3
Infirmier	91	0	0
Aide-Soignant	37	0	0
Brancardier	0	0	0
Puéricultrice	20	0	0
Auxiliaire de puériculture	25	0	0
Autre	19	0	3

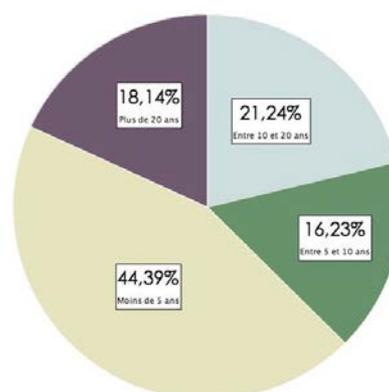
TABEAU 9 : REPARTITION DES REpondANTS PAR FILIERE D'ORIGINE

### Expérience professionnelle

55% des personnes interrogées ont entre 6 et 20 ans d'expérience professionnelle.

39% des répondants ont une expérience professionnelle allant de 10 ans à 20 ans et plus (voir figure ci-contre et tableau ci-dessous) :

FIGURE 8 : EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DES REpondANTS



Fonction du répondant	Expérience professionnelle du répondant			
	Moins de 5 ans	Entre 5 et 10 ans	Entre 10 et 20 ans	Plus de 20 ans
Cadre	121	33	31	20
Cadre Supérieur	0	2	9	9
Infirmier	33	16	23	19
Aide-Soignant	13	7	9	8
Brancardier	0	0	0	0
Puéricultrice	4	5	6	4
Auxiliaire de puériculture	7	2	4	12
Autre	8	3	7	4

TABEAU 10 : EXPERIENCE PROFESSIONNELLE PAR FONCTION DU REpondANT

## II.2 Les entretiens

L'entretien est une technique d'enquête « en congruence avec l'essor de la "grounded theory" <sup>57</sup> selon laquelle la théorie se génère et se développe à travers le processus même de collecte de données » (BLANCHET & GOTMAN, 2014, p. 15). C'est le caractère vécu de l'information, assimilée dans l'expérience du sujet qui nous intéresse. Le processus exploratoire du discours se distingue des questions prédéterminées d'une enquête par questionnaire et offre une certaine flexibilité. Le type d'entretien choisi est un entretien sur les représentations et sur les pratiques axées sur les conceptions des interviewés<sup>58</sup> et sur la description de leurs pratiques permettant l'expression de discours référentiels et modaux<sup>59</sup>.

Le discours recueilli est une représentation du réel et non le reflet du réel. En effet, il s'agit de l'expression de l'interviewé (des pensées construites, des faits expérimentés, des « idées incarnées et non pas pré fabriquées » (BLANCHET & GOTMAN, 2014, p. 24) en relation étroite avec le modèle social de l'entreprise et de son expérience individuelle dans ce contexte. La technique de l'entretien permet une analyse du sens que donnent les acteurs à leurs pratiques quotidiennes. Rechercher la traduction personnelle des faits sociaux est également un moyen de préjuger de la dimension humaine des enjeux collectifs traduits dans l'organisation.

Pour autant, le discours recueilli doit être analysé en tenant compte des résistances ou barrières défensives que l'interviewer peut ériger puisqu'il dévoile son avis personnel, il s'expose sur des domaines institutionnels. Il ne faut pas oublier que « les faits existent en tant que réalité vécue, mais ils sont fabriqués au cours des processus d'interrogation, d'observation et d'expérience » (RABINOW, 1988, p. 137).

L'enquête par entretien a été réalisée en aval de l'enquête par questionnaire afin de contextualiser les résultats obtenus par le recueil quantitatif et d'« enrichir la compréhension des régularités mises en évidence par les traitements quantitatifs » (BLANCHET & GOTMAN, 2014, p. 44). Nous avons choisi de réaliser un couplage intégré des deux méthodes qui forment, *in fine*, les composantes d'une seule enquête.

L'entretien regroupe des questions « principales » servant de guide durant l'entretien et des questions « d'implication » (THIETART R.-A. &., 2007, p. 241) servant de relais aux questions principales et visant à élaborer avec plus de précision certains éléments de concepts.

### II.2.1 Protocole de recherche des entretiens<sup>60</sup>

#### II.2.1.1 Canevas général

Le canevas général du protocole de recherche est présenté dans le tableau ci-dessous :

	Modalités	Justification
<b>Posture épistémologique</b>	Constructiviste pragmatique	Postulant d'une réalité perçue sous le prisme de l'interaction entre l'esprit humain avec cette réalité et non le reflet de cette réalité elle-même.
<b>Choix de la méthode</b>	Abductive	Vision interprétative de la réalité (recherche des causes d'un phénomène).
<b>Nature des données</b>	Qualitative	Données primaires.

<sup>57</sup> B. Glaser & A. Strauss, « The discovery of grounded theory : Strategies for qualitative research », Chicago, Adline, 1967.

<sup>58</sup> Source : Hayo-Villeneuve, S. ; Husson J. (Mars 2015). « Etude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité dans une organisation hospitalière : apports de la théorie de la structuration. » In QUALITA'2015.

<sup>59</sup> Un « discours référentiel » décrit l'état des choses et le « discours modal » traduit l'état psychologique de l'interviewé (BLANCHET & GOTMAN, 2014, p.29-30).

<sup>60</sup> Voir Annexe 5 : Protocole des entretiens.

## METHODE DE RECUEIL ET D'ANALYSE DES DONNEES PRIMAIRES

	Modalités	Justification
<b>Type d'entretien</b>	Entretiens individuels semi-directifs	Grille d'analyse prédéfinie.
<b>Mode de collecte</b>	Entretien sur les représentations et les pratiques	Accessibilité aux acteurs. Type : enquête complémentaire.
<b>Population</b>	Les cadres supérieurs de santé du CHRUX	Hôpital public répondant à l'objet de recherche. Acteurs ayant une vision centrale du terrain.
<b>Corpus</b>	23 entretiens	Diversifié par la nature du terrain géré par les cadres pour un contraste des situations mais dont le champ de pratiques communes permet d'obtenir des analyses suffisamment significatives. Validité par le contexte et non par leur probabilité d'occurrence. Thème de l'enquête faiblement multidimensionnel. Jusqu'à saturation.
<b>Accès aux interviewés</b>	Accès directs	Choix direct possible par le positionnement du chercheur dans la structure étudiée.
<b>Durée du recueil</b>	De 37 mn à 61 mn	Les entretiens ont été réalisés sur le terrain de recherche.
<b>Analyse</b>	Analyse de contenu	Construction d'un instrument d'analyse : retranscription du verbatim, codage des informations. Codage fermé en fonction des hypothèses de recherche (processus de traduction/ variables explicatives et variables à expliquer établies de façon à priori/codage des indicateurs de recherche) et traitement des données.

### II.2.1.2 Objectifs visés

Les objectifs visés dans le cadre des entretiens réalisés sont de cinq ordre :

1. Dégager une communauté de sens sur la notion de qualité et de gestion des outils qualité par les managers.
2. Se familiariser avec les codes verbaux du milieu sur le sujet de la qualité.
3. Collecter des données discursives sur les représentations et les pratiques autour de la gestion de la qualité.
4. Analyser le sens donné par les interviewés sur leurs pratiques managériales, leurs représentations sociales, leurs repères normatifs, leurs interprétations ou lecture de leurs expériences.
5. Compléter la compréhension des données liées à l'enquête par questionnaire et permettre l'interprétation conjointe des données produites.

Les objectifs ont ensuite été traduits de façon plus opérationnelle en tenant compte des éléments de la problématique et des dimensions d'analyse ainsi que le suggère le tableau ci-après :

Eléments de problématique	Dimensions d'analyse	Matériaux à prélever
<b>Appropriation de la démarche qualité</b>	Représentations sur la qualité	Représentations, intégration dans la démarche (groupes de travail, EPP, ...), intégration dans les pratiques quotidiennes.
<b>La qualité outil de gestion</b>	Logiques d'actions	Histoire de l'outil, contexte organisationnel, implantation de l'outil, modes d'adoption, structures encodées.
<b>Structuration des outils de gestion de la qualité</b>	Analyse de l'outil en usage	Types d'acteurs concernés, contenu des pratiques, référentiels, protocoles, modes opératoires, rapport des acteurs à l'outil, effets de l'outil, interactions, règles et ressources.
<b>Articulation entre l'instrument de gestion et le management</b>	Analyse des pratiques	Méthodes, contenu des pratiques, intérêts, enjeux, positionnement.

TABLEAU 11 : ELEMENTS DE RECHERCHE A INTEGRER AUX ENTRETIENS SELON LES DIMENSIONS D'ANALYSE

### II.2.1.3 Opérationnalisation de l'analyse des concepts

Nous avons précisé dans le tableau suivant l'opérationnalisation de la phase de recueil par entretien en reprenant les éléments constitutifs des concepts étudiés pour les traduire en manifestations objectivement mesurables :

Concepts	Dimensions (Éléments constitutifs du concept)	Indicateurs (Manifestation objectivement mesurable des dimensions)
Qualité	Représentation	Positive, neutre, négative. Concernés par l'usage de l'outil ? rapport d'usage dans l'outil (conception, diffusion, utilisation).
	Valeurs, croyances	Discours officiel/perception individuelle.
	Intégration de la démarche qualité dans les pratiques	Inscrite dans les pratiques quotidiennes.
	Ancrage culturel	Connaissance, représentations.
Management de la qualité	Action managériale sur la structure de l'outil	Signification : communication, formation, tutorat, délégation, regard sur les schèmes interprétatifs. Domination : action sur les allocations de ressources. Légitimation : régulation normative.
	Articulation outil/management	Levier managérial, aide à la gestion, utilisation dans l'évaluation annuelle.
	Instrument de gestion de la qualité	Levier de motivation, favorise un processus dynamique d'ACQ, intégrateur de la démarche qualité.
Théorie de la structuration	Dimensions structurelles	Règles et ressources à disposition. Conditions et résultats de l'action. Médiation du structurel et du contextuel (contraintes et contingences).
	Reproduction des systèmes sociaux	Action intégrée dans les interactions, modalités d'interaction avec l'outil (enjeux, risques, gains), avec la technique.
	Organisation des systèmes sociaux	Routinisations, institutionnalisations. Valeurs intégrées dans les interactions. Représentations autour de l'outil, modification des relations entre métiers, conséquences inattendues.
	Histoire de l'outil (dimension spatio-temporelle)	Implantation, évolution, formations, informations.
	Technologie en usage	Types d'acteurs concernés, intensité d'usage, rapport affectif à l'outil, type d'adoption (mimétisme, coercition), évolution des usages.

TABEAU 12 : OPERATIONNALISATION DE L'ANALYSE DES CONCEPTS (ENTRETIENS)

### II.2.1.4 Public concerné

Les catégories de professionnels interrogés sont les cadres supérieurs de santé du CHRUX représentant une diversité des profils sociodémographiques (âge, date d'entrée dans la fonction et diversité des fonctions). Ces professionnels ont en effet un statut dit de « cadres intermédiaires », de par leur position centrale. Ils sont mobilisateurs de connaissances car ils mettent en relation les individus, ils confrontent ainsi les idées et les perceptions des acteurs les uns avec les autres.

Leur rôle étant :

*d'« adapter, répartir les ressources en fonction des besoins et des compétences disponibles, les développer si elles manquent, favoriser la polyvalence, les situations qualifiantes, piloter le changement et accompagner l'apprentissage de l'autonomie, de la responsabilité, favoriser la prise de décision et l'activité régulatrice de ses équipes » (DIETRICH, 2009, p. 201)<sup>61</sup>*

Les professionnels interrogés sont représentatifs du terrain de recherche le plus investigué à savoir le CHRUX.

### II.2.1.5 Echantillon :

La taille de l'échantillon, détaillé ci-après, est de 23 cadres supérieurs de santé :

<b>Lieu d'exercice</b>	<b>Ancienneté</b>	<b>Nombre de collaborateurs</b>	<b>Durée entretien</b>	<b>Date</b>
CHRUX Pôle Gériatrie et Soins Palliatifs	Cadre depuis 17 ans CSS depuis 5 ans	7 cadres et 320 agents, 7 services	52 mn	15/01/15
CHRUX Pôle Enfants-Néonatalogie	Cadre depuis 16 ans, CSS depuis 8 ans	660 agents 13 cadres, 10 services	54mn	2/01/15
CHRUX Pôle Enfants-Néonatalogie	Cadre depuis 16 ans, CSS depuis 8 ans	700 agents, 12 cadres, 15 services	49 mn	20/01/15
CHRUX Pôle Laboratoires	Cadre depuis 15 ans, CSS depuis 8 ans	18 cadres, 400 agents, 18 laboratoires	48 mn	20/01/15
CHRUX Pôle Laboratoires (détachée de la DQU)	Cadre depuis 16 ans, CSS depuis 9 ans	18 cadres, 400 agents, 18 laboratoires	43 mn	05/02/15
CHRUX Pôle Brancardage	Cadre depuis 17 ans, CSS depuis 2 ans	160 Agents, 2 cadres, 2 services	47 mn	30/01/15
CHRUX Pôle Ressources humaines AS	Cadre depuis 13 ans, CSS depuis 2 ans	Mission transversale pôle RHAS	39 mn	18/02/15
CHRUX Pôle Affaires Juridiques, Qualité, Usagers, Gestion des Risques	Cadre depuis 30 ans, CSS depuis 12 ans	Mission transversale Direction Qualité	40 mn	26/02/15
CHRUX Pôle Urgences Réanimation Médicale	Cadre depuis 19 ans, CSS depuis 8 ans	12 cadres, 500 agents, 11 services	38 mn	04/02/15
CHRUX Pôle Neuro-Tête-Cou	Cadre depuis 22 ans, CSS depuis 2 ans	18 cadres, 500 agents, 8 services	57 mn	09/02/15
CHRUX Pôle Structures Médicales Hors Pôle (ALTIR)	Cadre depuis 25 ans, CSS depuis 18 ans	17 cadres, 587 ETP, 7 services	45 mn	28/01/15
CHRUX Pôle des Spécialités Médicales (Rhumatologie)	Cadre depuis 22 ans, CSS depuis 14 ans	500 agents, 13 cadres, 12 services	37 mn	30/01/15
CHRUX Pôle Ecoles Hospitalières	Cadre depuis 20 ans, CSS depuis 6 ans	/	54 mn	11/03/15
CHRUX Direction des soins	Cadre depuis 30 ans	/	47 mn	10/03/15
CHRUX Direction des soins	Cadre depuis 21 ans, CSS depuis 9 ans	7 cadres et 60 agents	43 mn	13/02/15
CHRUX Pôle Anesthésie, réanimation	Cadre depuis 22 ans, CSS depuis 12 ans	6 cadres 5 services, 250 agents	56 mn	05/02/15
CHRUX Direction de la qualité et des usagers	Cadre depuis 31 ans, CSS depuis 12 ans	20% coordination pôle qualité santé publique sécurité du patient, 80% à la direction qualité en coordination des cadres (x2) et cadres supérieurs à la direction qualité	61 mn	04/02/15

<sup>61</sup> Cité par Tebourbi Nadia, Said Karim, dans « Les rôles des cadres intermédiaires dans l'apprentissage organisationnel : une étude exploratoire au sein d'un cabinet de conseil », Management & Avenir 6/2010 (n° 36), p. 54-76.

Lieu d'exercice	Ancienneté	Nombre de collaborateurs	Durée entretien	Date
CHRUX pôle Cardio Médico-Chirurgical	Cadre depuis 12 ans, Faisant fonction CSS depuis 3 mois	500 agents, 15 services, 13 cadres	65 mn	20/02/15
CHRUX pôle des Bloc opératoires	Cadre depuis 21 ans, CSS depuis 12 ans	420 agents et 15 cadres	44 mn	19/02/15
CHRUX Direction de la Qualité et des Usagers	Cadre depuis 30 ans, CSS depuis 19 ans	Référent qualité de plusieurs pôles à la qualité et missions transverses	49 mn	16/02/15
CHRUX Pôle Neuro-Tête-cou	Cadre depuis 16 ans, CSS depuis 2 ans	18 cadres, 500 agents, 8 services	57 mn	23/02/15
CHRUX pôle Cardio Médico-Chirurgical	Cadre depuis 24 ans, FF CSS depuis 1 an	12 services et 28 agents	41 mn	23/02/15
CHRUX Chirurgie plastique et reconstructrice de l'appareil locomoteur	Cadre depuis 9 ans, CSS depuis 1 an	8 cadres, 300 agents, 6 services,	49 mn	02/03/15

TABLEAU 13 : DESCRIPTIF ET CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON CONCERNANT LES ENTRETIENS

La phase de recueil par entretien s'est arrêtée lorsqu'une saturation a été atteinte. Les profils sont suffisamment variés pour neutraliser des modératrices.

### II.2.1.6 Guide d'entretien<sup>62</sup>

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu d'exercice professionnel des interviewés sur un temps initialement prévu d'une heure. Chaque entretien est composé d'une phase introductive, d'une phase de centrage du sujet, puis d'une phase d'approfondissement thématique s'appuyant sur le guide d'entretien et enfin une phase de conclusion<sup>63</sup>.

## II.2.2 Exploitation

### II.2.2.1 Méthodologie retenue : analyse de contenu

L'exploitation des entretiens a consisté en une analyse des contenus afin de comprendre les systèmes de représentation contenus dans le discours des personnes interrogées. L'analyse de contenu étant considérée dans notre recherche comme :

« un ensemble de technique d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de descriptions du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces messages » (BARDIN, 1991, p. 47)<sup>64</sup>

Cette analyse doit rendre compte fidèlement du corpus dans son intégralité.

### Retranscription et indexation

Le type d'analyse de contenu retenu est une analyse par thématique selon les thèmes définis dans la grille d'analyse élaborée empiriquement et présentée précédemment. Les enregistrements des entretiens ont été dans un premier temps retranscrits intégralement. Nous avons ensuite procédé à une « remise en ordre des éléments du corpus pour en faciliter la lecture et la comparaison » (GAVARD-PERRET, GOTTELAND, HAON, & JOLIBERT, 2012, p. 282) en découpant transversalement l'ensemble du corpus. En effet le discours des

<sup>62</sup> Voir annexe 6 : Guide d'entretien et annexe 7 : catégorisation des questions.

<sup>63</sup> Source : THIETART R-A, & coll., « Méthodes de recherche en management », Paris, DUNOD 3ème édition, 2007, p.116.

<sup>64</sup> Cité par Dumas, M., Douguet, F., & Muñoz, J. (2012). « L'appropriation d'un outil de la qualité des soins à l'hôpital ». *Journal de gestion et d'économie médicales*, 30(3), 127-149.

personnes interrogées ne respectait pas toujours la chronologie de la grille d'entretien, une remise en ordre chronologique et thématique a donc été réalisée *a posteriori*. Un travail d'indexation a été formalisé en regroupant et classifiant les données selon la grille d'analyse préétablie. L'analyse thématique permet en effet un découpage des énoncés à partir des hypothèses. La cohérence recherchée est celle de l'ensemble des entretiens et non de chaque entretien pris dans sa singularité :

« La manipulation thématique consiste ainsi à jeter l'ensemble des éléments signifiants dans une sorte de sac à thème qui détruit définitivement l'architecture cognitive et affective des personnes singulières » (BARDIN, 1991, p. 98)

### Pré analyse

Afin de préparer l'analyse, nous avons réalisé une « lecture flottante » pour déterminer les modalités de découpage du corpus, de catégorisation et de codage du contenu<sup>65</sup> en une grille d'analyse. Cette grille a pour objet de séparer le factuel des éléments de significations pour réduire la part d'interprétation involontaire. Elle a permis de coder les informations recueillies puis de les traiter. Il s'agit d'un codage fermé puisqu'il intègre une grille d'analyse prédéfinie avant l'étude.

### Mode de catégorisation<sup>66</sup>

« Le codage correspond à une transformation effectuée selon des règles précises, des données brutes de texte » (BARDIN, 1991, p. 134). Nous avons choisi une catégorisation selon l'ouvrage de Paillé et Mucchielli (PAILLE & MUCCHIELLI, 2003) en formalisant des énoncés, des rubriques et des catégories :

- \* **L'énoncé** permet une extraction synthétique d'un contenu littéral d'un extrait.
- \* **La rubrique** « renvoie à ce dont il est question dans l'extrait du corpus faisant l'objet de l'analyse mais ne renseigne en aucune façon sur ce qui a été dit à ce propos » (PAILLE & MUCCHIELLI, 2003, pp. 52-54)<sup>67</sup>. Elle représente une étiquette ou une lecture sommaire d'un extrait, son utilité réside dans l'ordonnement du corpus.
- \* **La catégorie** est conceptualisante, elle est « un condensé de signification » (PAILLE & MUCCHIELLI, 2003, p. 149)<sup>68</sup> car elle donne un sens à l'extrait : « La catégorie se situe, dans son essence, bien au-delà de la simple annotation descriptive ou de la rubrique dénominative. Elle est l'analyse, la conceptualisation mise en forme, la théorisation en progression ». (PAILLE & MUCCHIELLI, 2003, p. 149)

Pour notre recherche le codage est dit *a priori* puisque les catégories ont été établies avant l'analyse sur la base des dimensions, objectifs et descripteurs préétablis dans le guide d'entretien et présenté ci-dessous :

Thèmes et sous-thèmes de recherche	Catégories de codage	Code générique (nomenclature)
Outil de gestion (Définition de l'objet d'analyse)	Outil de gestion (Logiciel de déclaration des événements indésirables)	OG
Caractéristiques de l'organisation	CHRU.	ORG
Eléments contextuels	Contexte d'implantation	CTX
Acteurs organisationnels	Acteurs	AC
Processus d'appropriation (chronologie)	Chronologie	CHR
Modalités d'appropriation	Type d'appropriation	AP
Les effets du processus d'appropriation	Conséquences	EFF

TABLEAU 14 : CODAGE DES ENTRETIENS

<sup>65</sup> Source : GAVARD-PERRET, GOTTELAND, HAON, & JOLIBERT – « Méthodologie de la recherche - réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion » [En ligne] – disponible sur : [http://www.methodologie-recherche.pearson.fr/libre/page\\_etudiants.html](http://www.methodologie-recherche.pearson.fr/libre/page_etudiants.html) (consulté le 10/08/15).

<sup>66</sup> Voir annexe : codification et statistiques des entretiens.

<sup>67</sup> Cité par GAVARD-PERRET, GOTTELAND, HAON, & JOLIBERT, 2012, p.285.

<sup>68</sup> Ibid.

### II.2.3 Les résultats

La retranscription complète des entretiens ainsi que l'analyse de contenu sont présentés dans leur intégralité en annexe<sup>69</sup> et intégrés dans l'analyse de la phase d'enquête intensive.

## III Méthode de recueil et d'analyse des données secondaires

Nous avons choisi de compléter le recueil des données primaires par une collecte de données secondaires internes (sources d'informations disponibles dans l'établissement). En effet, le choix de l'objet d'étude se porte sur l'analyse d'un outil de gestion de la qualité existant sur le terrain d'étude dont le nom est « GRANIT » et qui est l'outil de déclaration d'évènements indésirables du CHRUX.

Le recueil de données primaires n'est pas suffisant pour étudier l'outil selon le cadre conceptuel choisi. L'étude des données macrosociales concerne l'étude du structurel au sens de Giddens. L'outil de gestion étudié est, en effet, une forme institutionnelle du processus de structuration du CHRUX. La collecte des données secondaires nous permet de tenir compte des principes d'organisation (la structure) et d'étudier l'ensemble des dimensions d'un outil de gestion *a priori* technique.

Les données secondaires nous ont permis d'étudier le contexte organisationnel de l'outil, de reconstituer son histoire, de repérer les acteurs dans leur rapport à l'outil et d'identifier les différents effets de l'outil et les transformations qui l'accompagnent.

La récolte des données existantes est considérée comme « *une véritable méthode de recherche* » (VAN CAMPENHOUDT & QUIVY, 2013, p. 178) et doit être conduite de manière rigoureuse. Les variantes sont nombreuses, il s'agit principalement de données imprimées et électroniques, de données officielles et personnelles et de données statistiques.

La source de ces données est la direction qualité de l'établissement ce qui nous permet d'affirmer l'authenticité des documents recueillis et l'exactitude des informations qu'ils contiennent. Le recueil a été réalisé auprès de différents acteurs de l'organisation (voir tableau ci-dessous) :

Fonction	Date de rencontre	Durée	Données recueillies
Directeur de la stratégie du CHRUX	15 octobre 2014	40 mn	Autorisations de principe.
Coordonnateur général des soins du CHRUX	10 novembre 2014	1h	Autorisation de rencontre des personnels et validation de la planification de l'étude empirique. Eléments historiques et organisationnels.
Directeur de la qualité du CHRUX	14 novembre 2014	1h	Eléments organisationnels et historiques sur la qualité. Autorisation de rencontre des acteurs clés de la qualité.
Coordonnateur adjoint de la gestion des risques du CHRUX	10 décembre 2014	1h	Informations concernant l'organisation générale de la gestion des risques au CHRUX et mise en relation avec l'ingénieur gestion des risques. Eléments statistiques.

<sup>69</sup> Voir annexe 8 : Retranscription intégrale de 3 entretiens et Annexe 9 : codification et statistiques des entretiens.

<b>Fonction</b>	<b>Date de rencontre</b>	<b>Durée</b>	<b>Données recueillies</b>
Ingénieur gestion des risques du CHRUX	7 janvier 2015	1h30	Informations complètes sur l'histoire de l'outil GRANIT, son implantation, son évolution. Documentations sur l'outil (cahier des charges, procédures, ...).
	10 janvier 2015	1h30	Nombreux éléments contextuels et organisationnels concernant GRANIT. Éléments statistiques l'utilisation de l'outil et son exploitation.

TABLEAU 15 : PLANIFICATION ET COMPTE-TENU DES RENCONTRES DANS LE CADRE DU RECUEIL DES DONNEES SECONDAIRES

La multitude d'informations recueillies soit 1493 documents (voir tableau ci-après) a nécessité un tri pour faire correspondre le champ d'analyse de la recherche aux champs que couvrirait l'ensemble de ces données. Nous avons pu ainsi compléter notre champ d'étude et croiser les données primaires aux données secondaires. Nous avons également pu bénéficier de l'entière coopération de la direction qualité du CHRUX qui nous a donné un accès illimité à tout un précieux matériau documentaire et nous a autorisé à rencontrer des acteurs clés de l'organisation.

<b>Type de document</b>	<b>Format</b>	<b>Nombre</b>	<b>Nb. de pages</b>
Documents institutionnels à visée pédagogique	PDF	2	44
Procédures, fiches techniques, formulaires, Guides, Chartes...	PDF	17	116
Documents à dimension stratégique/gouvernance	PDF	4	4
Présentations sur la qualité et la gestion des risques en instance (CME, COVIRIS...)	PowerPoint	12	138
Tableaux de bord, statistiques	PDF	268	1288
Rapports certification, documents en lien avec la procédure de certification	PDF	370	2600
Notes personnelles acteurs qualité/gestion des risques	Word	16	220
Extraits groupes de travail gestion des risques et qualité	PDF/Word	611	3700
Comptes rendus, documents issus de groupes de travail	PDF/Word	188	1280
Retranscription d'entretiens	Audio/Word	2	12
Extraits outil de gestion des événements indésirables	PDF	3	9

TABLEAU 16 : DONNEES SECONDAIRES

---

***PREMIERE PARTIE :  
DE LA PROBLEMATIQUE AUX  
CONCEPTS***

---

---

*PREMIERE PARTIE*  
*Chapitre 1 :*  
*Evolution du concept de qualité à l'hôpital*

---



**L**a démarche qualité dans les organisations hospitalières s'est inspirée des démarches industrielles. Le climat de réduction des dépenses et de course à la performance a largement contribué à l'introduction d'une démarche qualité inspirée de l'industrie. Or, l'implantation de la démarche qualité dans les hôpitaux ne s'est pas réalisée par la même voie, celle du produit. En outre, le contexte économique, l'environnement organisationnel, la culture des organisations hospitalières sont distincts de l'industrie.

La qualité a été introduite à l'hôpital par une voie réglementaire, légiférée. De nombreux textes sont parus percutant les organisations hospitalières, or les enjeux prônés n'étaient pas toujours similaires. La législation concernant la mise en œuvre de la qualité était sans doute un mal nécessaire afin de contraindre les organisations à abandonner des fonctionnements désuets, inefficaces au profit d'un fonctionnement plus rationnel et efficient. Les démarches qualité ont ainsi souffert d'approximation et ont vite montrées un certain essoufflement.

L'évolution du concept de qualité à l'hôpital a été impactée par des réformes successives. Nous avons souhaité confronter ces données à une étude sur la perception de la qualité par des futurs managers hospitaliers. Les résultats de cette étude exposent l'évolution de l'intérêt exprimé par des acteurs hospitaliers pour la notion de qualité en corrélation avec les évolutions réglementaires concernant la qualité.

Cette première partie intitulée *évolution concept de qualité à l'hôpital* a pour objet de retracer l'évolution du concept de qualité dans les organisations hospitalières au regard de leurs spécificités et de porter une réflexion sur l'ajustement contraint ou non de ces organisations face aux évolutions réglementaires dans le domaine de la qualité.

Deux sections composent ce chapitre :

### **Section I - La qualité à l'hôpital, des acceptions mouvantes**

Cette section propose de présenter l'évolution de concept dans la spécificité organisationnelle hospitalière et de déterminer l'impact du déploiement des démarches qualité sur le développement de ces organisations.

### **Une section II - La qualité à l'épreuve des faits : étude exploratoire**

Cette section expose, à travers une étude exploratoire, l'évolution de la perception de la notion de qualité par les acteurs hospitaliers et l'impact du cadre réglementaire sur des organisations insuffisamment préparées.



---

*Section I - La qualité à l'hôpital, des acceptions  
mouvantes*

---

## I La qualité : du concept à son instrumentation

### I.1 Le concept de qualité à l'hôpital objet de nombreuses publications

La notion de concept de qualité à l'hôpital fait l'objet de nombreuses publications (SCHWEYER, 2006). Or, pendant longtemps, ce domaine était ignoré des chercheurs. En effet, de 1946 à 1969, l'hôpital est invisible dans les publications. Elles apparaissent lorsque l'hôpital devient un enjeu gestionnaire. Les thématiques le plus souvent traitées sont : les réformes hospitalières, la maîtrise des coûts, les actions de modernisation structurelles. Les branches d'activités ne mentionnent pas le secteur de la santé.

Dans les années 60, il existe peu de publications dans des revues concernant les qualifications professionnelles et leurs évolutions. Les années 70 marquent la place de la modernisation de l'hôpital public. L'approche est alors statistique, en lien avec la tarification hospitalière. Les notions de régulation du système de santé, de coûts hospitaliers sont abordées. La vision est plus en lien avec des aspects techniques qu'organisationnels, (KIMBERLY & MINVIELLE, 1991 ; DJELLAL, C., & GALLOUG, 2004).

Dans les années 90 des auteurs comme J. Kimberly et E. Minvielle (1991) soutiennent que la contradiction soulevée entre qualité des soins et maîtrise des dépenses est erronée et que la mise en avant de cette théorie montre plutôt un retard du management hospitalier (STEBON, 1996). Enfin, dans les années 2000 la qualité à l'hôpital devient un « *paradigme de l'action collective* » (STEBON, 1996).

### I.2 Un flou sémantique autour du terme qualité

#### I.2.1 Une interprétation hétérogène

La qualité est un concept flou. Son interprétation hétérogène apporte une caractéristique particulière à l'intégration de cette notion dans le domaine de la santé. On l'assimile souvent à d'autres termes : certification, évaluation, accréditation, contrôle... Elle est mobilisée dans le langage courant comme qualificatif ou comme l'appréciation de la fiabilité d'un produit, selon le niveau de qualification de chacun. Les individus désignent le terme différemment selon qu'ils soient consommateurs ou producteurs par exemple. Il regroupe ainsi dans sa signification plusieurs approches : celle du produit en termes de durabilité, de fiabilité et d'efficacité ; celle d'utilisateur en termes de satisfaction avec la notion de qualité subjective perçue. Bien souvent pourtant, la qualité est associée à une recherche de l'excellence par l'idée d'amélioration continue, voire à une incantation managériale.

Au cours de notre recherche nous avons pu constater, lors d'entretiens avec une vingtaine de cadres supérieurs de santé, que la définition du terme qualité est très variable (voir tableau ci-dessous). Elle est parfois perçue comme un support technique de la performance ou de l'efficacité, ou comme un outil managérial permettant une harmonisation des pratiques. Elle est encore considérée comme un savoir être, une façon standardisée d'amélioration des activités de soins. La notion de qualité est aussi corrélée à la satisfaction de l'usager et à la notion d'amélioration de sa prise en charge. Certains cadres interrogés l'associent également à une réglementation, à des normes, à des recommandations, voire à une standardisation des pratiques. Pour d'autres, la notion de qualité est intégrée au quotidien, elle est considérée comme un engagement d'amélioration continue des pratiques.

<b>Qualité Omniprésente</b>	« Pour moi la qualité c'est la toile de fond. »	« Un fil conducteur. »	« Pour moi c'est un engagement sur la sûreté et l'implication dans les soins vis-à-vis de nos patients. »	« C'est le quotidien. C'est essayer en permanence de faire au mieux avec les moyens qu'on a même s'ils sont restreints »
<b>Qualité Technique</b>	« C'est le bon résultat au bon moment avec les bonnes méthodologies. C'est une façon de travailler et d'organiser le travail. »	« C'est s'arrêter à un moment donné pour se demander comment il faut faire une activité en fonction d'un référentiel pour qu'on arrive au résultat attendu, la formaliser et l'évaluer. Tout le monde dans la boucle. »	« Il y a deux choses : le résultat attendu et le processus pour arriver à ce résultat. »	« L'efficacité. Performances, excellence, tendre vers l'excellence en tous les cas mais aussi pragmatisme »
<b>Qualité Management</b>	« La qualité ce n'est pas obligatoirement l'excellence, je suis persuadé que dans le domaine de la santé, c'est le respect de la sécurité du patient en « protocolisant », mais ce qui veut dire en respectant les mêmes façons de faire, les mêmes pratiques. »	« Sécurité, harmonisation des pratiques, et confort des personnels et les patients. »	« Équipe, projets structurants, structuration, management. »	« La qualité c'est adapter en continu les façons de faire, d'être etc. aux nécessités de la réalisation des actes qu'on a réalisés. C'est dépister tous les dysfonctionnements pour éviter de refaire la même erreur. C'est surtout un outil de management indispensable. »
<b>Qualité Savoir être</b>	« Je la définirais comme une plus-value tant dans la manière d'être que dans le savoir-faire. »	« La qualité c'est une manière de faire, une manière d'être, c'est se poser un moment pour améliorer la prise en charge tout simplement. »	« Même si aujourd'hui on ajoute des notions de finances, de rendement ce qui est normal, la société est ainsi faite, mais je crois que la base (de la qualité) s'est essayer de faire bien »	
<b>Qualité Réglementaire</b>	« La qualité c'est bien faire son travail, en s'appuyant sur des recommandations, des normes, des procédures. »	« La qualité quel que soit le domaine, c'est s'appuyer sur des recommandations, respecter une réglementation, des bonnes pratiques et c'est donc concevoir comment on va faire, mettre en œuvre ce qu'on a écrit et évalué ce qu'on fait. »		
<b>Qualité Patient</b>	« C'est le besoin, le patient, la satisfaction, le produit fini, le respect des référentiels mais toujours avec le patient au bout ! »	« La qualité c'est la meilleure ou l'excellente prise en charge du patient »	« Pour moi c'est un service rendu qui correspond aux attentes de la personne avec des normes sécuritaires dans une cohérence globale. »	

TABLEAU 17 : DEFINITION DU TERME "QUALITE " PAR 23 CADRES SUPERIEURS DU CHRUX<sup>70</sup>

La notion de qualité dans les organisations hospitalières est présente depuis les années 80. Les termes « d'évaluation », « d'accréditation », « de satisfaction », « d'amélioration continue de la qualité » verront le jour au gré des textes réglementaires et des évolutions organisationnelles apportées par les réformes. La compréhension de la qualité par les professionnels de la santé reste floue. Le terme de « qualité », dans le monde de la santé et des services aux personnes, est perçu différemment selon l'acteur en charge de l'appliquer. Il n'est plus uniquement lié à une notion de satisfaction du besoin par l'utilisateur, mais plutôt à la conformité des pratiques professionnelles.

La perception de la qualité dans le domaine de la santé est ainsi bien souvent corrélée à la catégorie professionnelle interrogée (BOURDEUX, 2003, p. 7), elle s'exprime à travers des logiques professionnelles. Elle peut être envisagée d'un point de vue éthique pour les soignants (dans le sens d'une amélioration de la prestation des soins) et d'un point de vue plus gestionnaire pour l'administration (accréditation, indicateurs, performance...).

<sup>70</sup> Citation intégrale des témoignages.

### 1.2.2 Une notion intégrée au contexte

Néanmoins, de façon plus large, la qualité chez les professionnels de santé apparaît comme un incontournable. En effet, la mise en œuvre des démarches d'amélioration continue de la qualité est désormais inscrite dans les axes stratégiques des établissements de santé et dans le cadre du développement d'une politique qualité. Des études sur l'impact des procédures de certification des établissements de santé ont, par ailleurs, démontré que la prise en compte de la qualité opérait des changements managériaux, organisationnels et culturels positifs pour l'établissement et pour les dynamiques professionnelles (HERREROS & MILLY, 2001, pp. 19-82 ; Haute Autorité de Santé, 2010)<sup>71</sup>.

Ainsi, la polysémie du terme qualité loin d'être un obstacle au développement d'une culture qualité peut au contraire être une source de mobilisation des différentes catégories professionnelles vers des actions d'améliorations innovantes et spécifiques à leurs professions. La réponse est celle de la diversité des situations de travail, des savoir-faire, des catégories professionnelles dont les actions engagées sont fédératrices d'objectifs d'améliorations des pratiques et révélatrices d'engagement donnant un sens à la notion même de qualité.

### 1.3 Le concept de qualité : de l'industrie à l'hôpital

La qualité est un concept importé du monde industriel. L'évolution de la qualité dans l'industrie n'a pas été immédiate, il a fallu plus de 60 ans pour qu'elle devienne un outil de gestion intégré aux organisations. A contrario, son intégration dans les organisations de santé date d'une trentaine d'années. Pour autant, les conditions de son implémentation et ses répercussions ne sont pas analogues.

#### 1.3.1 Une notion corrélée au produit

Dans ses fondements, la notion de qualité était traditionnellement associée à l'artisanat, à la création d'un produit spécifique pour un client unique. Dès le 19<sup>ème</sup> siècle, avec l'industrialisation, puis l'intégration début du 20<sup>ème</sup> siècle d'une organisation de travail de type taylorienne, la production se divise en fonctions : la conception, la fabrication et le contrôle. La production de masse entraîne alors une déresponsabilisation de l'individu face au produit final. La priorité est axée sur les entrées et les sorties du processus de production.

#### 1.3.2 Du produit à l'organisation

Or, il s'est vite avéré essentiel d'intervenir à toutes les étapes de la production afin de prévenir ou d'agir sur les non-conformités à tout niveau. Le courant de la qualité s'est alors étoffé de dispositifs (tels que la « maîtrise statistique des procédés »<sup>72</sup>) permettant aux opérateurs de détecter et de corriger immédiatement les failles du processus. Dès lors, la qualité ne s'intéresse plus uniquement au produit, mais aussi à l'organisation dans son ensemble.

La qualité est considérée comme un instrument de gestion de la performance des entreprises. L'introduction de la qualité totale ou TQM<sup>73</sup> après la seconde guerre mondiale en est l'illustration. Les notions de contrôle et de « non-qualité » apparaissent. Des auteurs

---

<sup>71</sup> HAS. Analyse de la littérature sur l'impact des démarches de certification des établissements de santé. Novembre 2010. pp.60.

<sup>72</sup> "Statistical Process Control".

<sup>73</sup> "Total Quality Management".

tels Déming<sup>74</sup> et Juran<sup>75</sup> sont porteurs de la démarche qualité dans les industries et notamment dans les industries d'armement.

La France, quant à elle, crée l'Association Française pour le Contrôle Industriel de la Qualité (AFCIQ) en 1957. L'intégration plus générale de la démarche qualité se fera dans les années 70. La notion d'amélioration de la qualité par le renforcement du contrôle sera développée dans les années 80. Depuis les années 90, et le développement de la robotisation, la notion de « *qualité totale* » est remplacée par celle du « *meilleur rapport qualité/prix* » avec une externalisation du contrôle. La normalisation s'est imposée afin de pallier aux non-conformités et de satisfaire les besoins des clients. La qualité doit ainsi apporter la preuve que l'entreprise maîtrise ses processus. Pour cela, elle doit être transparente par l'affichage de ses modes opératoires, par l'autocontrôle qu'elle exerce et par la maîtrise collective de ses activités. Ce dernier point nécessite une certaine maturité de l'organisation et l'inscription de la qualité comme une composante essentielle de la politique d'établissement.

Par la suite, le mouvement de la qualité prend son essor, la qualité se gère, se coordonne à l'échelle de l'organisation. Des concepts de gestion de la qualité apparaissent<sup>76</sup>. L'organisation devient une ressource pour accompagner et motiver les acteurs à réaliser leurs tâches. Le mouvement de la qualité devient un mouvement de transformation culturelle des entreprises et une source de compétitivité.

La qualité est ainsi passée d'un concept à un instrument de gestion de la performance des organisations industrielles.

## II Des contingences hospitalières particulières

---

La qualité est présente dans les organisations hospitalières depuis les années 80. Son intégration est récente en comparaison avec son évolution dans le monde de l'industrie. En outre, son implantation s'est réalisée dans un contexte différent de celui de l'entreprise.

En effet, l'histoire de l'introduction de la qualité à l'hôpital n'est pas seulement la déclinaison d'une méthode appliquée à l'entreprise, elle est également une plongée dans les profondeurs des fonctionnements traditionnels de l'hôpital, ainsi qu'une remise en question nécessaire de son organisation. La globalisation de l'économie, l'influence des nouvelles technologies, les nouvelles exigences des citoyens, la contrainte démographique, ainsi que l'indispensable maîtrise budgétaire ont mis en exergue les défaillances des organisations hospitalières. Les lourdeurs hiérarchiques, le cloisonnement et la complexité des structures, le peu de visibilité sur les responsabilités, sont autant d'éléments ancrés dans des pratiques anciennes, enkystées, représentant des obstacles à l'implémentation de la qualité telle qu'elle a été réalisée dans l'industrie.

Pour autant, l'intégration de la démarche qualité à l'hôpital est corolaire aux raisons de mises en œuvre de la qualité dans l'industrie : l'exigence accrue de maîtrise des coûts, la place de plus en plus prégnante des usagers et de la médiatisation, mais aussi, le besoin de rationalisation organisationnelle des établissements de santé.

---

<sup>74</sup> William Edwards Deming (1900-1993) statisticien américain et créateur d'un institut pour le développement de la qualité. Il enseigne la qualité au Japon en insistant pour que le management supérieur assiste à ses cours. Il s'appuie sur la maîtrise statistique de la qualité pour porter celle-ci au niveau d'une théorie de management.

<sup>75</sup> Joseph Duran (1904-2008) a développé la qualité au Japon dans les années 50. Ses publications sur la qualité ont eu une grande influence dans le monde. Parmi les concepts les plus connus, la notion de « client interne ». Il a appliqué l'analyse Pareto à la résolution de problèmes et il a travaillé sur le coût de la qualité.

<sup>76</sup> Grâce à des auteurs comme : Shewart, Wakter Andrew, « Les fondements de la maîtrise de la qualité », 1989, Paris Economica et Deming, William Edwards, « Hors de la crises », 1991, 2<sup>ème</sup> édition, Paris Economica.

## II.1 Un contexte de rationalisation

Le mouvement de transformation des administrations ou « *New Public Management* », amorcé il y a plus de vingt ans, notamment dans les pays anglo-saxons, est une grille de lecture expliquant l'évolution des organisations hospitalières. Les stratégies ministérielles de réforme<sup>77</sup> ont été mises en œuvre pour améliorer l'efficacité de l'action publique et la qualité des services rendus. C'est pourquoi, les démarches qualité ont été imposées en tant que moyen de participer à la réforme de l'Etat. Un rapport ministériel de 2004 exprimait les difficultés rencontrées par les administrations : « *le mouvement manque encore de cohérence et de force* » (CHEVALIER, 2009)<sup>78</sup>. L'efficacité exigée du système de santé fait suite au déficit connu de l'assurance maladie.

D'autres éléments participent également à l'augmentation des dépenses de santé, tels l'évolution démographique et les besoins de plus en plus durables d'accès aux soins, ou encore l'évolution technologique du traitement des pathologies, les prises en charge de plus en plus longues et pointues de maladies chroniques. Le besoin en santé de la population s'est largement développé, contrairement aux ressources financières.

L'hôpital se gère désormais comme une entreprise soucieuse de son environnement, du marché de la santé pour être plus compétitif. Les établissements de santé subissent aujourd'hui les répercussions de la crise économique et de la crise de confiance dont ils ont été affectés.

## II.2 Une surproduction législative

La qualité dans les organisations de santé n'est pas fondée uniquement sur des normes, mais aussi sur une succession de textes réglementaires qui ont régentés la qualité à l'hôpital. L'hôpital a ainsi été percuté par de nombreuses réformes rendant difficile l'intégration des instruments de gestion par le fait même que les phases d'appropriation, trop courtes entre deux réformes, n'étaient pas adaptées à la mise en œuvre efficace et pérenne de la démarche qualité. En effet, l'hôpital a bien souvent fait l'objet de remaniements législatifs participants à son évolution.

### II.2.1 La planification sanitaire

A partir des années 70, le déséquilibre des comptes sociaux est le point d'ancrage des réformes hospitalières. C'est la période de naissance de la planification sanitaire. Les principes de planification du système de santé ont d'ailleurs largement évolué. La mise en œuvre de la loi HPST<sup>79</sup>, des « *plans hôpital* »<sup>80</sup>, ont mis en avant des principes concurrentiels sans forcément tenir compte des besoins réels en santé (PIERRU, 2012). L'hôpital a ainsi connu de nombreuses réformes visant à améliorer et restructurer l'offre de soins, mais aussi la qualité de la prise en soin.

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière marque ainsi le renouveau de la planification hospitalière<sup>81</sup> et l'organisation de l'institution hospitalière en France en

<sup>77</sup> Introduites par la circulaire n° 163 du 17 juillet 2003 relative aux stratégies ministérielles de réforme. L'idée étant de regrouper dans un document toutes les actions concourant à la réforme de l'Etat.

<sup>78</sup> Cité par Abdelkader Benmansour Nada, « *Qualité et services publics "à la française" : où en est-on de la qualité publique en France ?* », *Recherches en Sciences de Gestion* 4/2011 (N° 85), p. 109-146.

<sup>79</sup> Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>80</sup> Dont le plan hôpital 2007, plan de modernisation de l'hôpital concrétisé par les ordonnances de 2003 dont les axes étaient : passer de la régulation administrée à l'autonomie ; accompagner les évolutions de la recomposition de l'offre hospitalière par l'Etat ; assouplir et moderniser des hôpitaux publics.

<sup>81</sup> Cette loi prévoyait notamment la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), l'obligation du projet d'établissement, définissant la notion de contrat d'objectif et de moyens et fixant pour les cliniques l'objectif quantifié national.

créant de nouvelles instances de concertation et obligeant celles-ci à la production de projets de service, projets d'établissement, de commissions de service infirmier... L'élaboration d'un système très structuré avait pour ambition d'« allier la démarche de planification d'origine centrale mais élaborée par des représentants des établissements, à une démarche plus prospective venant de la "base" » (VANECLOO, 1993).

### II.2.2 L'évaluation de l'activité

Les notions d'évaluation de l'activité ont fait leur apparition, l'objectif étant l'amélioration de la qualité des soins. Les démarches de certification que connaissent les hôpitaux aujourd'hui ont trouvé leurs fondements dans ces législations.

#### II.2.2.1 Les ordonnances Juppé

Les ordonnances dites « Ordonnances Juppé »<sup>82</sup> parues le 24 avril 1996 ont été l'amorce de ces démarches d'évaluation. De ces ordonnances est née l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)<sup>83</sup>, précurseur de la Haute Autorité en Santé (HAS)<sup>84</sup>. Dès lors, les établissements publics de santé sont soumis tous les cinq ans d'abord, puis tous les quatre ans à une procédure de certification. Les termes « d'évaluation », « d'accréditation » et « d'analyse des établissements de santé » apparaissent dans l'ordonnance n° 96-346 au Titre II et mettent en avant les notions de qualité et d'évaluation :

*Art. L.710-1-1 : « la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations seront pris en compte dans l'accréditation définie à l'article L.710-5 » (Extrait ordonnance n° 96-346)*

Ces textes visent à responsabiliser les acteurs de santé par des contractualisations externes, notamment avec les tutelles<sup>85</sup>, par une meilleure maîtrise des dépenses de santé tout en garantissant, par l'accréditation, une sécurité et une qualité des prestations. La qualité est alors un gage de sécurité. Ainsi, l'efficacité et la performance sont les moteurs de l'introduction d'une amélioration continue de la qualité dans les organisations hospitalières par l'évaluation et l'analyse des activités. Les établissements doivent intégrer dans leurs pratiques des méthodes et recommandations validées scientifiquement, évaluer leurs activités, proposer et mettre en œuvre des démarches d'amélioration continue de la qualité.

Les contraintes de réorganisations, de performance, d'efficacité, de renforcement de la concurrence (privé/public), l'augmentation de l'exigence des clients dans ce secteur, ont été des facteurs d'engagement. Les organisations hospitalières ont ainsi été contraintes à intégrer ces nouveaux modèles de gestion sans pour autant être préparées à ces changements.

<sup>82</sup> Elles regroupent l'ordonnance n°96-344 portant mesures relatives à l'organisation de la Sécurité sociale, l'ordonnance n°96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et l'ordonnance n°96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière reste en vigueur.

<sup>83</sup> « Succédant à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) (1989-1997). Née en septembre 1989 d'une décision ministérielle, organisme scientifique et technique indépendant qui a pour objet la conduite de toute action dans le domaine de l'évaluation médicale, des soins et des technologies médicales ayant un impact en terme de santé publique. » source <http://www.siv.archives-nationales.culture.gouv.fr>

<sup>84</sup> L'ANAES a été regroupée, avec d'autres commissions, au sein de la Haute Autorité de Santé autorité publique indépendante à caractère scientifique, créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (Source : [www.has-sante.fr/](http://www.has-sante.fr/)).

<sup>85</sup> Agence Régionales d'Hospitalisation aujourd'hui Agences Régionale de Santé depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

### II.2.2.2 La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)

Néanmoins, les contraintes réglementaires se poursuivent et ingèrent les fondements organisationnels des établissements de santé. Ainsi, pour exemple, la loi HPST du 21 juillet 2009 s'inscrit dans le courant de modernisation des établissements de santé et prescrit notamment l'accès de tous à des soins de qualité, la prévention de la santé publique et l'organisation territoriale du système de santé<sup>86</sup>. Les objectifs fondamentaux de cette loi sont :

- \* De rénover le fonctionnement des établissements de santé ;
- \* De mettre en place une nouvelle gouvernance destinée à optimiser le management administratif des établissements et les équipes médicales afin de donner à l'hôpital plus de souplesse, de réactivité et d'efficacité ;
- \* De faciliter les coopérations de l'hôpital public avec le secteur privé et d'inscrire la qualité dans les instances représentatives de l'établissement :

*Art. L.6111-2. « Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. »<sup>87</sup>*

### II.2.3 La Loi de modernisation

Dans le prolongement des réformes, la Loi de santé du 26 janvier 2016<sup>88</sup> prévoit dans son dernier volet, non seulement la structuration de l'offre de santé autour d'un service public territorial de santé, mais aussi la refondation du service public autour de Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT)<sup>89</sup>.

La modernisation du système de santé intègre désormais des réorganisations nécessaires de l'offre de soins, l'objet étant de garantir des prises en charge adaptées, de qualité et répondant aux meilleures pratiques. En 2016, un décret spécifie les modalités selon lesquelles sont définis les territoires de démocratie sanitaire et les zones des schémas régionaux de santé nouvellement définis<sup>90</sup>.

*« La délimitation des zones concourt à garantir pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd la gradation des soins organisée pour ces activités, la continuité des prises en charge et la fluidification des parcours, l'accessibilité aux soins, notamment aux plans géographique et financier, la qualité et la sécurité des prises en charge et l'efficience de l'offre de soins. » (Art. R. 1434-30 Décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016)*

Avec la mise en place des GHT, le renforcement de la coopération entre établissements au sein d'un même territoire est ainsi une réponse aux difficultés rencontrées par les établissements de santé en termes de concurrence, de financement ou de mutualisation de moyens. L'objet de ces groupements est d'inscrire les hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins, et d'améliorer l'organisation des prises en charge sur chaque territoire de santé. Ainsi, en date du 1er juillet 2016 chaque établissement public de santé doit adhérer à un GHT. Ces GHT devront, non seulement présenter un projet médical partagé, mais ils devront également procéder à une certification conjointe à partir de 2020 :

<sup>86</sup> Et crée ainsi les Agences Régionales de Santé qui ont pour mission de mettre en place la politique de santé dans les régions. (Source : [www.hopital.fr/](http://www.hopital.fr/)).

<sup>87</sup> Extrait de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>88</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>89</sup> Décret no 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

<sup>90</sup> Décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé en application de l'article 158 de la loi de Santé.

« Art. R. 6132-20. – Les établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire se dotent d'un compte qualité unique en vue de la certification conjointe prévue à l'article L. 6132-4. Cette certification donne lieu à une visite unique de l'ensemble des sites des établissements de santé parties au groupement. »<sup>91</sup>

La loi de modernisation, qui vise à rassembler les acteurs de santé autour de stratégies partagées, implique donc également une vision partagée du déploiement des démarches d'amélioration continue de la qualité et exhorte désormais les établissements de santé à définir ensemble l'opérationnalité de leur démarches qualité et, à terme, de leurs démarches de certification. La coopération autour d'une politique qualité partagée nécessitera donc une harmonisation des pratiques professionnelles corrélées à des outils de gestion efficaces.

L'hôpital est ainsi soumis depuis 30 ans à de nombreuses évolutions réglementaires<sup>92</sup>, parfois contradictoires sous l'égide du mot « *restructuration* ». Les nécessaires maîtrises des dépenses hospitalières ont entraîné la mise en œuvre d'une politique rigoureuse d'encadrement du budget. Les notions de performance, d'efficacité, de restructuration ont mis en avant des outils de rationalisation tels que la tarification à l'activité (T2A). Les établissements doivent faire face à des réaménagements organisationnels qui nécessitent des rationalisations et une maîtrise des flux d'effectifs. Les liens de plus en plus étroits entre la réflexion médico-économique et l'activité ont incontestablement un impact sur le fonctionnement des organisations.

La réglementation impose ainsi aux organisations hospitalières d'intégrer la qualité dans leurs fondements, sans pour autant mesurer la capacité de l'organisation à assimiler la démarche qualité. Le contexte hospitalier est par ailleurs marqué par : « *La complexité, l'imprévisibilité, la variabilité et la pluralité des situations de gestion hospitalière.* » (HUSSER, 2011, p. 24). La qualification de l'organisation hospitalière participe ainsi pour beaucoup aux difficultés patentées d'évolutions organisationnelles devenues pourtant essentielles.

### II.3 Particularités du modèle hospitalier et impact sur la démarche qualité

La configuration des organisations hospitalières est spécifique, ce qui contribue également à la disparité d'intégration de la qualité en comparaison avec les organisations industrielles. Ces dernières accommodent leurs fonctionnements entre le processus de production et l'environnement. L'efficacité, la performance et le client sont au cœur de la stratégie. Chandler parle de « *structure administrative de l'entreprise* » (CHANDLER, 1962, p. 42).

Le contexte organisationnel à l'hôpital, quant à lui, est spécifique en de nombreux points :

- \* Une mission de service public.
- \* Peu de maîtrise de la « matière première ».
- \* La multiplicité, la technicité, la haute spécialisation des activités.
- \* Une configuration organisationnelle contraignante.

<sup>91</sup> Ibid.

<sup>92</sup> Loi 31/12/70, loi 31/7/91 ; ordonnances Juppé 1996... ainsi, la Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière : définit un système hospitalier, instaure une carte sanitaire, modifie la composition et les compétences de la commission administrative qui se dénomme désormais conseil d'administration ; « volonté des pouvoirs publics de régenter l'ensemble des hôpitaux et cliniques afin de les réorganiser en système permettant l'égalité d'accès aux soins dans le cadre d'une médecine de grande qualité. » (Source : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>.)

### II.3.1 Une mission de service public

La vocation de service public<sup>93</sup> est essentielle dans la représentation de l'organisation hospitalière. L'hôpital public est fondé sur des valeurs de solidarité, de cohésion sociale. Il défend des missions d'intérêt général dans un but de protection social et sanitaire. La notion même de service public rend la définition de la qualité difficile. En effet la notion de service est intangible, hétérogène, insécable car la production de soins et la consommation sont spontanées. Les missions de solidarité, d'accès aux soins pour tous, sont difficilement compatibles avec les exigences de rationalisation des coûts.

### II.3.2 Peu de maîtrise de la « matière première »

Le besoin en santé se consomme désormais comme tout autre produit. Les patients sont exigeants, critiques, avertis de leurs droits, ils se regroupent en associations de défense des usagers, ils veulent être informés de la qualité des soins délivrés, ils veulent pouvoir choisir en toute conscience l'établissement qui leur délivrera un soin. La qualité des soins attendue par la population ne s'amende pas des moyens humains et financiers.

### II.3.3 La multiplicité, la technicité, la haute spécialisation des activités

Les produits eux-mêmes sont variés puisqu'ils sont spécifiques à chaque patient (PHELPS, 1995, p. 324). La variété des pathologies traitées met en exergue les notions d'innovation technologiques qui sont au cœur de la production de soin à l'hôpital. Les patients sont coproducteurs de soin. L'intégration du patient comme participant aux soins nécessite une vision plus élargie de la prestation tenant compte des nombreuses interfaces de production, des patients eux-mêmes et de leurs proches.

L'évaluation concernant le soin est un domaine complexe. Les performances du système ont souvent été l'objet de mesures globales, or certaines composantes comme l'évaluation du service rendu au patient ont été plus tardives.

### II.3.4 Une configuration organisationnelle contraignante

La structure de type bureaucratique professionnelle (MINTZBERG, 1995) de l'hôpital est caractérisée par la standardisation des qualifications, mode de coordination usuel. Les acteurs ont un comportement de type individualiste, en lien avec une autonomie nécessaire à la production de soins, mais aussi à la complexité des savoirs détenus. L'identification des acteurs se fait plus par rapport à la profession que par rapport à l'organisation. Le secteur hospitalier est ainsi contraint par la succession des réformes hospitalières et par la complexité de son organisation de s'adapter, ainsi que ses acteurs, et notamment les acteurs du management. Certains auteurs estiment que ce secteur subit une « crise morale » (COUANAU, 2003). D'autres auteurs ont pointé la tension qui existe au sein des hôpitaux entre la flexibilité demandée par le décloisonnement des services et le développement des missions transversales (F. ACKER ET G. DENIS, 1991).

L'organisation hospitalière, manque de flexibilité et s'adapte mal à l'environnement externe. Le morcellement de l'activité, la multiplicité des acteurs, le cloisonnement des tâches, l'hétérogénéité des besoins, la recrudescence de l'activité, ne sont que quelques facteurs évoqués et contributifs aux difficultés organisationnelles que connaît l'hôpital et qui rendent encore plus complexe l'assimilation d'une démarche qualité intégrée à la gestion organisationnelle. La démarche qualité est souvent considérée comme l'introduction d'un « corps étranger » (LOZEAU, 2004) dans une organisation bureaucratique professionnelle bien ancrée, voir enkystée. L'intégration de la gestion de la qualité dans le milieu hospitalier reste fragile du fait de la typologie même de l'organisation.

---

<sup>93</sup> Notion introduite par la loi n°70-1318 du 21 décembre 1970, dite Loi « Boulin ».

### **III Impact du déploiement des démarches qualité sur le développement de l'organisation**

---

L'organisation hospitalière est complexe (DE KERVASDOUÉ, 2015, pp. 5-10), elle doit concilier des missions de service intrinsèquement attachés à l'hôpital, maintenir et développer des activités très variées et techniques, satisfaire les besoins de clients exigeants participant à la production de soins, se mettre en conformité avec les textes réglementaires nombreux, tout en développant une amélioration continue de la qualité et de la sécurité de ses prestations. Elle doit adapter son fonctionnement, développer des outils de gestion pour améliorer ses activités et mobiliser ses ressources pour optimiser ses capacités à répondre aux exigences de performance et de rationalisation des coûts. Pour autant, le niveau de développement de l'organisation hospitalière au moment où elle se trouve percutée par ces multiples exigences réglementaires n'est peut-être pas en adéquation avec ces exigences. Quelle que soit la démarche qu'entreprend l'organisation, elle doit faire face à la réalité de son niveau de maturité et s'interroger sur sa capacité de maîtrise de son système organisationnel (visibilité, capacité à mesurer, à contrôler), et sur son degré de performance (qualité de résultat, rapport qualité-coût, productivité, rentabilité globale, durabilité...).

#### III.1 Approche technicienne de la qualité

Une organisation nécessite de « *mettre en place un personnel d'exécution et lui superposer une équipe de cadres capables de "l'influencer", afin qu'il agisse de façon efficace et coordonnée* » (SIMON, 1983 p. 4). Mais la démarche qualité touche toute l'organisation. Il peut ainsi exister un décalage entre l'organisation préconisée par la qualité et celle en place au moment des remaniements réglementaires.

##### III.1.1 La mesure de l'activité

La démarche qualité dans les organisations hospitalières publiques est apparue sous un versant technique de mesure de l'activité. Par exemple, les premières démarches de mesure médico-économique de l'activité hospitalière introduites par la mise en œuvre des Programmes de Médicalisation des Systèmes Informatiques (PMSI) dans les années 80 nécessitaient la mise en œuvre de systèmes techniques de mesure de l'activité. Le contexte de rationalisation des dépenses de santé réclamait la création d'un outil d'allocation budgétaire. Les organisations hospitalières ont été contraintes de construire ou de s'approprier des outils de mesure de l'activité, alors que la notion même d'évaluation était encore sommaire.

##### III.1.2 L'hôpital « projet »

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a conforté l'intégration de la notion d'évaluation dans les organisations hospitalières puisqu'elle « *exhorte* » les établissements de procéder à l'analyse de leurs activités médicales. Mais dans le même temps, la loi a également redimensionné l'organisation par la création de nouvelles instances de concertation. L'hôpital doit entrer dans la démarche qualité et connaît en même temps de profondes restructurations.

### III.1.3 La certification

Cinq ans plus tard, les ordonnances dites « Juppé » marqueront l'entrée de l'hôpital dans l'obligation de certification. Ces ordonnances sont la conséquence d'une volonté de recomposition de l'offre de soins pour répondre aux besoins, réduire les inégalités d'accès aux soins, réduire les dépenses, garantir une qualité et une sécurité de prise en charge et s'adapter aux progrès technologiques et au vieillissement de la population (transition épidémiologique). La notion d'évaluation est fortement inscrite dans ces textes et fait un pas de plus dans l'obligation d'intégrer la qualité par l'évaluation des soins. Cette obligation est encadrée par la création de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) et du premier manuel d'accréditation des établissements de santé (qui paraîtra en février 1999). La qualité prend alors une dimension plus formelle. Elle ne se résume plus à la mise en œuvre d'outils destinés à mesurer l'activité, mais elle devient une réelle démarche d'amélioration continue de la qualité intégrant l'ensemble des composantes organisationnelles.

Les organisations hospitalières expérimentent la démarche qualité à travers une procédure externe de certification obligatoire. L'ensemble des acteurs de l'organisation est impacté sans pour autant être formé à la démarche qualité. L'obligation de certification nécessite une vision transverse de l'organisation. Des groupes de travail multidisciplinaires, des démarches projets transversales sont nécessaires pour répondre aux exigences de la démarche de certification.

### III.1.4 La responsabilisation des acteurs

Le système de santé a peu tenu compte des acteurs du changement. L'évaluation est une notion récente dans les organisations hospitalières publiques. Il existe dans le domaine de la santé beaucoup d'outils de gestion mis en œuvre tels les indicateurs, la tarification à l'activité (T2A), la comptabilité analytique, le budget global, les Agences Régionale de Santé (ARS), les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), les projets d'établissement, les contractualisations... La mise en place de ces outils avait pour objectif l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins, mais aussi la réduction des dépenses, par la responsabilisation des acteurs et la mutualisation des moyens. Des méthodes de concurrence par comparaisons ont vu le jour et ont été des moyens d'élargir le champ de l'évaluation du service public hospitalier.

La prise en compte du « *client-consommateur* » participe concrètement à l'évaluation, qu'il s'agisse de la mesure de la qualité perçue, de la qualité attendue, de la qualité servie ou de la qualité visée par l'organisation. La multiplicité des réformes et instruments médico-économiques mis en place n'a pourtant pas favorisé la réflexion sur la production de santé et l'évaluation de ses résultats. Il est effectivement complexe de mesurer un état de santé avant et après traitement. Des indicateurs de qualité, bien que mis en place, ne reflètent que partiellement la performance de la prise en charge réelle et donc de l'état de santé de l'usager.

### III.1.5 Une réglementation substitutive au développement organisationnel

La démarche qualité est souvent considérée comme l'introduction d'un « *corps étranger* » (LOZEAU, 2004) dans l'organisation. Le contexte de l'organisation hospitalière est peu favorable à son ancrage. Le cadre réglementaire rigide, les pressions sociales fortes, provoquent une organisation compartimentée des tâches (BACKOFF & NUTT, 1990 ; LOZEAU, 1997, 1999 ; MINTZBERG, 1982) ne favorisant pas la prise d'initiative des personnels. Les principes qualité engagent plutôt l'instauration d'un management participatif et de fonctionnement transversaux (fonctions et disciplines), à l'opposé du principe inaugural de fonctionnement bureaucratique.

La pression externe, environnementale est souvent à l'initiative de l'application des préceptes qualité mais non de leur application fondamentale et durable. La démarche qualité implique inmanquablement des changements organisationnels. Cela entraîne forcément une remise en question de l'organisation. Mais, elle doit posséder un niveau de développement organisationnel suffisant pour implémenter durablement les principes prônés par la qualité.

Aussi, ce difficile ancrage a souffert de facteurs de contingences externes ou internes trop contraignants et qui ont bouleversés ces organisations imposant des délais réduits d'application d'une démarche qui aurait dû s'inscrire durablement dans ses fondations, ses valeurs, ses croyances, sa culture. La démarche qualité aurait dû créer son propre processus de réalisation organisationnel. Il aurait fallu la dédramatiser, l'intégrer par des activités simples, facilement réalisables par les opérateurs pour réduire les résistances et permettre l'intégration d'actions plus profondes. La vision transversale, trans-fonctionnelle, la décentralisation, qui sont indispensables à cette intégration, auraient pu donner aux acteurs de la qualité une réelle place dans l'organisation et une reconnaissance des efforts déployés dans une dynamique de réciprocité et d'acquisitions mutuels de bénéfices pour l'organisation. La mise en conformité de l'organisation à des contraintes réglementaires a souvent prévalu sur l'accompagnement organisationnel.

### III.2 De la vision technicienne à l'instrument de gestion

La qualité est un outil de gestion qui accompagne le développement des organisations et redéfinit la fonction managériale. La qualité, telle que nous l'abordons, est appréhendée comme un outil de gestion, mobilisateur des acteurs de l'organisation même si la mise en œuvre d'une gestion par la qualité bouleverse souvent les modes d'organisation des établissements. Le management est un des vecteurs du déploiement des démarches qualité au sein des hôpitaux.

#### III.2.1 Le management vecteur du déploiement des démarches qualité

Le processus de mise en œuvre de la démarche qualité à l'hôpital place ainsi les managers au centre de la transformation organisationnelle. Ils sont impactés par les redimensionnements organisationnels et sont au cœur de la mise en œuvre des démarches qualité. Le management est ainsi intégré aux organisations, aux « *construits sociaux* » et aux facteurs environnementaux : « *le management est plus que jamais dépendant des facteurs d'environnement économiques et politiques* » (LEFEVRE, 2002, p. 33)<sup>94</sup>.

Le mouvement « *managérialiste* » (CHANLAT, 2003) intègre le management de la qualité comme un paradigme possible de gestion en sachant qu'il existe depuis presque cent ans. Ses bases méthodologiques ont contribué à sa définition en tant que paradigme de management (GOGUE, 2006). Le terme de management est couramment utilisé dans le milieu hospitalier. Sa définition reste assez vague. Jean-Pierre Le Goff, le définit comme « *une idéologie* » (LE GOFF, 1992). Il est souvent associé aux valeurs morales de l'organisation à son identification. Le management s'inscrit dans un cadre, conjoncturel, économique, structurel. Il est corolaire aux mutations du secteur hospitalier. Il a longtemps été associé et notamment au 19<sup>ème</sup> siècle à l'autorité (FAYOL, 1999), s'inspirant des principes de l'armée de discipline de réglementation voire de subordination à une figure paternelle.

---

<sup>94</sup> Cité par Dauphin Sandrine, « *Théories du management* », *Informations sociales* 5/2011 (n° 167), p. 6-9.

### III.2.2 Une conciliation nécessaire entre résultats et complexité de l'organisation

Dans les organisations hospitalières, les restrictions budgétaires, les optimisations de moyen influencent le management gestionnaire. Les actions managériales visent à concilier les logiques de productions aux valeurs humanistes de la prise en soin. Le management conduit de nos jours à l'intégration des normes et réglementations par le biais de nombreux outils de gestion et d'évaluation de l'activité. La tendance à l'autonomisation et à la responsabilisation des cadres devient une orientation managériale. Pour autant, l'identification aux valeurs de l'organisation est encore intégrée à la logique managériale. L'efficacité économique est parfois vécue comme contradictoire face aux exigences de qualité des soins. Les acteurs ont pourtant besoin d'un soutien social (KARASEK & THEORELL, 1990), mais également d'une pensée autonome (CLOT, 1995). L'action managériale intègre un système technique de règles, de procédures, d'activités et un système social qui tient compte des individus, de leurs motivations, de leurs comportements et relations.

Le management à l'hôpital doit trouver sa place entre une confrontation à l'édiction des normes et réglementations (et par conséquent un management des résultats) et un management plus humaniste laissant une place aux compétences individuelles, relationnelles. En effet, il est difficile de concilier le management par les résultats face à la complexité de l'organisation (MOYNIHAN *et al.*, 2011). De plus, les organisations hospitalières intègrent de multiples activités et donc une diversité importante de métiers, d'identités professionnelles, de cultures qui corroborent la complexité de l'organisation et l'impact managérial.

Les établissements de santé repensent leurs pratiques de gestion en s'inspirant d'outils managériaux issus de l'entreprise et des modèles de rentabilité, de croissance, voire de concurrence. Certains auteurs qualifient cette évolution de « *gestionnisme* » (CHAUVIERE, 2007 ; DETCHESSAHAR & GREVIN, 2009). Pour Bourgeon la particularité de l'organisation hospitalière ne permet pas l'importation et l'application de modèles de management issus du privé :

*« Cette particularité assoie la légitimité du cadre de santé mais se situe également à la source de ses difficultés quotidiennes. Les services de soins exigent un mode managérial singulier qu'il convient de concevoir ». (BOURGEON, 2007)*

Les managers sont donc eux aussi soumis aux influences d'ordre réglementaires (GAUTIER, 2012, pp. 202-203) qui imposent une pratique formalisée, déterminée limitant la production de sens et nécessitant un ajustement constant des pratiques managériales. Ils doivent tenir compte des composantes de l'organisation hiérarchiques ou fonctionnelles et dont ils dépendent.

---

*Section II - La qualité à l'épreuve des faits :  
étude exploratoire*

---

**N**otre activité professionnelle de formatrice en Institut de Formation des Cadres de Santé nous a offert l'opportunité, en 2012, d'accéder à un matériau de recherche dense. L'objet de cette étude était d'éclairer la perception subjective de l'intérêt des acteurs hospitaliers sur la notion de qualité et d'observer à travers l'évolution de leurs perceptions l'adaptation ou la non adaptation des organisations hospitalières aux évolutions réglementaires dans le domaine de la qualité.

Le cadre de cette étude exploratoire est une étude concomitante de 623 mémoires produits<sup>95</sup> par les futurs cadres de santé sur une période de 18 ans et des textes réglementaires publiés durant cette période. Notre réflexion s'articule autour de deux propositions :

- \* *Les démarches qualité menées dans les organisations hospitalières n'ont pas permis d'obtenir l'efficience attendue. Les textes réglementaires introduisant ces démarches étaient nombreux, parfois parcellaires et avec des enjeux différents.*
- \* *La qualité ne s'est pas construite dans une logique d'accompagnement du développement des organisations. Elle n'était pas synchronisée avec les phases naturelles du développement organisationnel.*

## I Méthodologie de l'étude préliminaire

### I.1 Les acteurs étudiés

Les acteurs étudiés dans cette réflexion sont les futurs cadres de santé. En effet, ils sont des acteurs centraux de l'organisation hospitalière. Dans les organisations de santé, comme dans de nombreuses entreprises, les managers ont un rôle de plus en plus marqué. Ils participent désormais activement aux évolutions organisationnelles. Leurs rôles sont variés, mais sont très étroitement liés aux développements stratégiques. Ils se situent ainsi à la croisée des préoccupations institutionnelles et des savoir-faire opérationnels. Leur rôle central leur confère une place stratégique dans le développement des connaissances et des apprentissages organisationnels. Leur positionnement, leurs fonctions, les conduisent à être des acteurs centraux du déploiement des démarches qualité. Ce sont des managers de proximité centrés sur l'organisation. Ils modèlent et managent l'organisation. Nous avons choisi de réaliser cette étude exploratoire à partir des mémoires des futurs cadres de santé, car ils sont des acteurs majeurs, formés à la gestion de l'organisation.

### I.2 Matériau de la recherche

La recherche a porté sur un échantillon de 628 mémoires produits entre 1995 et 2012 dans un Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) du Grand Est. Les mémoires rassemblent l'expression des préoccupations des futurs cadres de santé quant à leurs pratiques professionnelles.

Une étude exploratoire (GAVARD-PERRET M.-L., 2012, p. 266) a été réalisée sur la totalité des mémoires produits. La recherche s'articule autour d'une étude sémantique de famille de mots-clés regroupés en thématiques plus générales à partir d'une grille de

<sup>95</sup> Voir annexe 11 : Etude préliminaire : Exemples de thèmes abordés dans les travaux de recherche.

correspondance. Chaque famille correspond à une variable analysée (voir tableau ci-dessous).

Variable	Famille sémantique	Mots-clés
<b>Variable 1</b>	<i>Famille sémantique qualité</i>	<i>Qualité ; accréditation, référentiel ; certification démarche qualité ; processus ; évaluation ; auto-évaluation</i>
<b>Variable 2</b>	<i>Famille sémantique gestion de la qualité</i>	<i>Management ; encadrement ; démarche projet ; gestion</i>

TABLEAU 18 : PRESENTATION DES VARIABLES ANALYSEES

L'ensemble des mots-clés ne permettant pas d'explorer des relations de causalité, la méthode exploratoire a été privilégiée. L'objectif étant de mettre en évidence la préexistence d'un intérêt exprimé autour de l'objet de d'étude (voir figure ci-dessous)

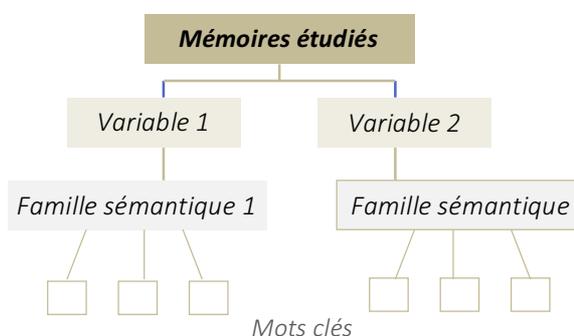


FIGURE 9 : ILLUSTRATION DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE

## II Les résultats

### II.1 Présentation des résultats

L'observation des mémoires produits sur une durée de 18 ans rend compte d'une évolution de la perception de la notion de la qualité en fonction des périodes observées (voir figure ci-dessous)<sup>96</sup>.

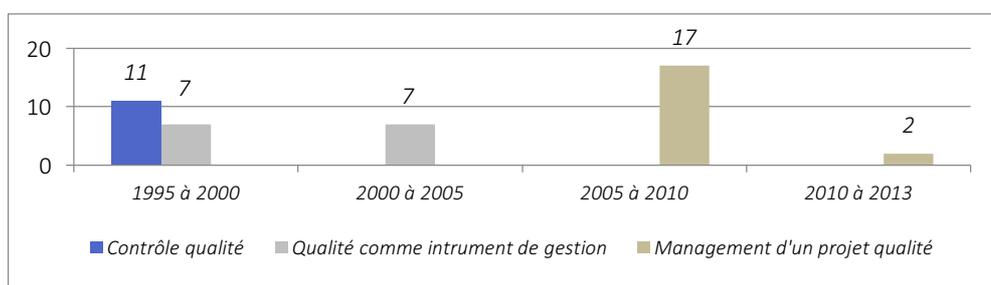


FIGURE 10 : THEMATIQUES PRODUITES DANS LES MEMOIRES

<sup>96</sup> Voir Annexe 12 : Détail des résultats de l'étude préliminaire.

### II.1.1 Vision instrumentale de la qualité

En effet, la première période observée allant de 1995 à 2000 explore la notion de « *contrôle qualité* ». La qualité est abordée dans les mémoires à travers une vision instrumentale. Elle est centrée sur des approches métiers. La technologie et la gestion des risques sont, en effet, une préoccupation constante des professionnels. Les blocs opératoires pour exemple, accueillent des activités programmées, mais aussi urgentes ou ambulatoires. Les prises en charge sont aussi variées que les pathologies traitées. La haute technicité des actes et des matériels utilisés engage un niveau d'exigence maximal et une prévention accrue de toute défaillance. La gestion des risques, les vigilances sont autant de domaines mis en avant dans les mémoires et pour lesquels de nombreux outils de gestion de la qualité voient le jour, tels que les indicateurs, les fiches de non-conformité par exemple.

### II.1.2 Qualité synonyme d'évaluation

La période suivante de 1997 à 2000 explore la notion « *d'évaluation de la qualité* » : évaluation des pratiques, des soins, mesure de la satisfaction des usagers... La qualité ici est corrélée à la notion d'estimation de la qualité. Les professionnels prennent la mesure de la nécessité de l'évaluation du soin et de l'utilité de porter un regard statistique sur les pratiques et sur la perception de la prise en soins par les usagers. Rappelons également que cette période est celle de la mise en œuvre des premières procédures de certification des établissements de santé. Les notions d'évaluation des soins et de satisfaction deviennent incontournables.

### II.1.3 Qualité gestion de projet

La qualité intègre ensuite, entre 2000 et 2002, une dimension plus globale de gestion, de « *management de projet* ». Le sens abordé est celui des démarches globales d'amélioration continue de la qualité prenant en compte les partenariats et traitant des situations problématiques nécessitant la mise en œuvre de méthodes de résolution de problème, de traitement de dysfonctionnements à l'échelle d'un ou de plusieurs services. L'approche technique fait place à la notion de démarche projet mobilisant des coopérations et des considérations plus transversales des prises en charge.

### II.1.4 Qualité versus certification

De 2002 à 2006, les mémoires abordent la qualité sous le prisme des procédures de certification qui sont alors une préoccupation majeure des établissements de santé. Les cadres de santé sont fortement impactés, car ils sont sollicités dans la participation, voire l'animation de groupes de travail et de projets pour mener à bien ces procédures de certification. La certification est intégrée au paysage hospitalier. En effet, les hôpitaux procèdent alors à leur deuxième procédure de certification sous l'égide de la Haute Autorité de Santé (HAS).

### II.1.5 Qualité gouvernance

Enfin, sur la dernière période étudiée allant de 2006 à 2013, 19 mémoires abordent la notion de « *qualité intégrée à la gouvernance* ». La vision instrumentale fait place à une vision plus globale de gestion qui intègre l'ensemble des composantes de l'organisation. Elle s'inscrit dans la politique et les axes stratégiques des établissements de santé. Elle est institutionnalisée et se décline à tous les niveaux de l'organisation. L'approche est plus systémique (Spencer, 1994). Il existe une mise en avant des processus plutôt que de la ligne hiérarchique et une intégration de l'environnement organisationnel en termes de réseaux d'acteurs contribuant au développement d'une même politique.

## II.2 Impact du cadre réglementaire sur les objets de recherche observés

L'observation des préoccupations des futurs cadres de santé concernant la notion qualité est à mettre en parallèle avec l'évolution réglementaire. Le moment où la thématique est abordée correspond souvent à une période d'évolution réglementaire.

### II.2.1 Une vision instrumentale de la qualité confortée par les réformes

Ainsi l'approche instrumentale de la notion de qualité entre les années 1995 et 2000 correspond à l'impact de réformes parues précédemment. En effet, la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière consacre le statut d'Etablissement Public de Santé et introduit de nombreuses évolutions en termes de planification sanitaire<sup>97</sup>, de management<sup>98</sup>, d'organisation hospitalière<sup>99</sup>, de maîtrise des dépenses et d'intégration de la qualité. Plus particulièrement, la loi exhorte les établissements de procéder à l'analyse de leurs activités médicales et de transmettre les résultats aux services de l'État et à l'Assurance maladie :

*« Art. L. 710-5. - Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité [...] ils mettent en œuvre des systèmes d'information [...] en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins. » (Extrait de la Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991)*

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI<sup>100</sup>) connu depuis les années 80 devient un incontournable. Le PMSI est un outil de gestion et de mesure médico-économique de l'activité hospitalière, il a pour objet de définir l'activité des établissements et de permettre le calcul de l'allocation budgétaire. Les établissements développent donc des systèmes techniques de mesure de l'activité et communiquent fortement sur le sujet<sup>101</sup>.

Les futurs cadres de santé, professionnels de terrain, sont impactés par ces nouvelles mesures car elles intègrent les pratiques de soins. En effet, l'analyse de l'activité est fondée sur le recueil systématique d'informations administratives et médicales<sup>102</sup>. Les professionnels de santé participent ainsi à ce recueil. La production d'actes de soins devient un élément de tarification et de financement. Des informations désormais quantifiées et standardisées permettent une construction empirique des coûts d'hospitalisation. Cette approche, en lien avec la production, n'est pas sans rappeler les approches industrielles. La productivité des actes de soins devient un enjeu de financement, la qualité s'instrumentalise, les futurs cadres perçoivent cet enjeu et l'intègrent dans leurs mémoires.

<sup>97</sup> Création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) : « Art. L. 712-1. - La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. »

<sup>98</sup> La loi instaure l'obligation de mise en œuvre d'un projet d'établissement, qui se décline en différents projets interdépendants : projet médical, projet de soins infirmiers, schéma directeur des systèmes d'information et de l'informatique, projet social, programme pluriannuel de formation continue, projet de gestion, programme pluriannuel d'équipement et plan directeur.

<sup>99</sup> La loi définit la notion de contrat d'objectif et de moyens et fixe pour les cliniques l'objectif quantifié national (OQN)

<sup>100</sup> Introduit en France dans le milieu des années 80 par Jean de Kervasdoué, qui était le responsable de la Direction des Hôpitaux. Le PMSI contient des données sur les types et le volume des pathologies hospitalisées et précise le coût réel des hospitalisations en France, données essentielles aux études économiques, il est ainsi un outil d'allocation budgétaire.

<sup>101</sup> L'arrêté du 20 septembre 1994 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et de coût et la circulaire du 10 mai 1995 relative à la généralisation du dispositif technique, expérimenté en Languedoc-Roussillon, de mesure de l'activité et des coûts des établissements hospitaliers sous compétence tarifaire de l'État, à l'aide des informations provenant du système d'information médicalisé fixent l'obligation faite aux établissements de transmettre leurs données.

<sup>102</sup> Qui constituent le résumé de sortie standardisé (RSS).

## II.2.2 Forte incitation réglementaire concernant l'évaluation

La période de 1995 à 2000 est aussi celle de la mise en avant des notions d'évaluation. Là encore, l'influence réglementaire est évidente. En effet, la notion d'évaluation est fortement inscrite, et notamment dans la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière citée précédemment. Les établissements sont en effet exhortés à évaluer les soins :

*« Art. L. 710-4. - Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité. » (Extrait de la Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991)*

La notion d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) fait son apparition, elle participe bien entendu à la mesure de l'activité et surtout elle intègre désormais le processus de prise en charge de l'usager. Les professionnels de santé, acteurs du processus de soins sont concernés ainsi que les futurs cadres de santé responsables de l'organisation des soins dans leurs unités de travail.

Mais c'est également la naissance de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM)<sup>103</sup> qui est une agence contribuant à la régulation du système de santé par la qualité. Elle s'inscrit dans le paysage hospitalier et apporte un soutien méthodologique aux établissements de santé afin qu'ils puissent mettre en œuvre l'évaluation de leurs prestations.

La notion d'évaluation est ensuite fortement renforcée par la parution des ordonnances « Juppé » et notamment l'ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique qui participera à la réforme en profondeur du système d'hospitalisation. Elle fait un pas de plus dans l'obligation d'évaluer la qualité des soins. En effet, cette ordonnance impose aux établissements publics et privés d'être accrédités dans un délai de cinq ans, par l'ANAES<sup>104</sup> qui succède à l'ANDEM. L'objectif clairement défini est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé.

Les premières procédures de certification alors appelées « procédures d'accréditation » datent de juin 1999. Cette première procédure de certification est obligatoire et a pour objectif de « promouvoir la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé »<sup>105</sup>. Concrètement, les hôpitaux s'inscrivent alors dans une mise en œuvre de leurs premières démarches qualité. Le premier manuel d'accréditation des établissements de santé paraît en février 1999. Cette démarche obligatoire est à renouveler tous les cinq ans et mobilise les professionnels de terrain et les cadres de santé. Ces derniers sont souvent sollicités pour participer et animer des groupes de travail, mais aussi pour informer les personnels. Ils sont impliqués, parfois formés. L'intérêt porté par les futurs cadres de santé pour la notion d'évaluation est corolaire à ces évolutions contextuelles.

Ainsi, durant la période citée (1995 à 2000), la qualité intègre l'organisation hospitalière de façon instrumentale avec les notions d'évaluation et d'efficacité.

<sup>103</sup> « En septembre 1989, une décision ministérielle crée l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), un organisme scientifique et technique indépendant qui a pour objet la conduite de toute action dans le domaine de l'évaluation médicale, des soins et des technologies médicales ayant un impact en termes de santé publique. Elle préfigure l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) créée par l'ordonnance hospitalière d'avril 1996, elle-même remplacée au 1er janvier 2005 par la Haute Autorité de Santé (HAS) en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie » (source : <http://www.siv.archives-nationales.culture.gouv.fr/>)

<sup>104</sup> « Le titre II de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 pose le principe de l'évaluation et de l'analyse de l'activité. Pour cela, l'ANAES citée précédemment, est créée et fixera les normes de bonnes pratiques cliniques et des références médicales pour l'hôpital et l'ambulatoire. » (Source : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>).

<sup>105</sup> Source HAS in Historique de la certification [en ligne], disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_978601/fr/historique-de-la-certification](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978601/fr/historique-de-la-certification) (consulté le 23/02/2013).

## II.2.3 Les procédures de certification socle de la qualité

### II.2.3.1 La qualité : démarche projet

Ainsi, les années 2000 sont celles du déploiement des premières procédures de certification. La qualité devient une démarche projet, s'appuyant sur une méthodologie et un accompagnement gestionnaire. La démarche qualité est prônée, des méthodes et outils sont proposés aux professionnels. C'est d'ailleurs en 2000 que l'ANAES édite un guide méthodologique « *Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé* » :

*« La réussite des démarches qualité repose sur de nombreuses composantes qui doivent être prises en compte. Celles-ci ont trait à l'organisation, à la communication, à l'évaluation et à la maîtrise des méthodes et outils de la qualité. Cette dernière constitue, de façon complémentaire, un élément clef pour obtenir des améliorations rapidement significatives grâce à une démarche cohérente et logique. » (ANAES, 2000, p. 136)<sup>106</sup>*

2002 est également l'année de présentation au gouvernement du « pacte de modernité » qui deviendra le « plan hôpital 2007 », plan de restructuration du système hospitalier par Jean-François Mattei, Ministre de la santé de l'époque : « *Moderniser l'hôpital c'est également instaurer une culture du résultat et de la qualité* »<sup>107</sup>.

### II.2.3.2 La qualité : démarche transversale

L'incitation au développement des coopérations entre et inter-établissements marque l'évolution de la notion de qualité vers un management de la qualité plus transverse dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de l'organisation dans sa totalité. C'est l'intégration du « *Total Quality Management* » (TQM) <sup>108</sup> véritable démarche systémique de la gestion de la qualité et le souhait d'une très large mobilisation et implication des personnels. Il s'agit d'une approche intégrée à l'organisation par un engagement des dirigeants et par le déploiement de la démarche dans les pratiques quotidiennes, reposant sur une stratégie globale d'amélioration de la qualité et dont les enjeux sont la satisfaction des bénéficiaires et l'efficacité de l'organisation.

Les futurs cadres de santé vivent le déploiement des démarches qualité et la nécessité de mise en œuvre d'une approche globale de la qualité. Ils sont donc mobilisés et impliqués dans ces démarches, ce qui explique la retranscription dans les mémoires d'une perception plus globale de la qualité. De fait, en 2005 débute la deuxième itération de la procédure de certification (V2-V2007). Cette seconde procédure mesure un niveau de qualité plus pertinent et vise l'appréciation de la dynamique des démarches d'évaluations et d'améliorations. Elle a pour objet de mesurer simultanément la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et le niveau de qualité atteint. Elle accroît également des exigences thématiques, notamment sur la gestion des risques et l'intégration des usagers à la procédure.

Les préoccupations des futurs cadres sont logiquement centrées autour des procédures d'auto-évaluation (phase préalable à la procédure de certification), autour de la notion de gestion des risques et autour des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP).

<sup>106</sup> Consultable en ligne HAS in *Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé* [en ligne] [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272145/fr/methodes-et-outils-des-demarches-qualite-pour-les-etablissements-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272145/fr/methodes-et-outils-des-demarches-qualite-pour-les-etablissements-de-sante).

<sup>107</sup> Extrait du discours de M. Jean-François MATTEI, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées du 20 novembre 2002 : « *Hôpital 2007 : un pacte de modernité avec l'hospitalisation* ».

<sup>108</sup> Définition ISO 8402 : « *le management de la qualité totale est un mode de management d'un organisme centrée sur la qualité, basé sur la participation de tous ses membres et visant au succès à long terme par la satisfaction du client, et a des avantages pour tous les membres de l'organisme et pour la société* » W. Sussland, « *le manager, la qualité et les normes ISO, de l'ISO 9000 vers la qualité totale* » Presses Polytechniques et Universitaires Romandes, janvier 1997 pp. 206.

### II.2.3.3 La qualité : mesure par les indicateurs

La mesure de la qualité par les indicateurs est introduite dans les organisations hospitalières. C'est ainsi qu'en 2003, naît le projet COMPAQH<sup>109</sup> sous l'impulsion de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Ce projet doit participer à l'effort de généralisation des indicateurs développés par les pouvoirs publics dans la perspective de renforcer le cycle d'évaluation par l'indicateur et l'amélioration de la qualité. Les indicateurs sont clairement destinés à être utilisés par les établissements comme outils d'amélioration de la qualité. Ils doivent faire partie du cycle d'amélioration continue de la qualité des organisations.

Cette évolution participe à la perception des futures cadres de santé d'une qualité pressentie comme un instrument de gestion.

### II.2.3.4 La qualité : évaluation des pratiques

Le contexte réglementaire de cette période tend vers un affermissement des pratiques d'évaluation. En effet, la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie porte création de la Haute Autorité (HAS) de Santé qui succède à l'ANAES. La HAS, autorité publique indépendante contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle concourt à la publication de recommandations de bonnes pratiques, guides, outils, méthodes et référentiels en matière de santé. Elle certifie les établissements de santé. L'intervalle entre deux procédures est alors avancé à quatre ans et non plus à cinq ans. Les différentes itérations des procédures de certifications se succèdent plus rapidement laissant peu de place à l'improvisation. La loi instaure également pour les médecins une obligation parallèle d'évaluation de leurs pratiques professionnelles (EPP). Le développement des EPP est alors doublement renforcé puisque la deuxième procédure de certification place l'évaluation des pratiques professionnelles comme l'un de ses axes prioritaires renforçant ainsi la médicalisation de la démarche.

### II.2.3.5 La qualité : gestion des risques

La question de la gestion des risques est également mise en avant notamment par la circulaire DHOS/E2/E4 n°176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé<sup>110</sup>. Ce texte prévoit que chaque établissement de santé développe un programme de gestion globale et coordonnée des risques.

### II.2.3.6 La qualité : recherche d'efficience

A partir de 2003, la qualité tient une place centrale dans les établissements hospitaliers. Les notions de certification, de mesure, d'évaluation des pratiques, de gestion des risques se développent fortement. Elles sont appuyées par des mesures réglementaires, des guides méthodologiques et des outils de mesures de la qualité. Cet engouement autour de la qualité s'inscrit bien entendu dans un contexte de rationalisation des moyens et de recherche d'efficience. A ce sujet, un rapport de l'ANAES paraîtra en 2004 : « *Coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions* ». L'objet de ce rapport sera de sensibiliser les professionnels des établissements de santé à la dimension économique de la qualité.

<sup>109</sup> COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité reconduit jusqu'en 2012 sous le nom de COMPAQ-HPST.

<sup>110</sup> Source : [www.sante.gouv.fr/](http://www.sante.gouv.fr/)

### II.2.3.7 La qualité articulée autour du management

Les futurs cadres de santé qui exercent des missions de management sur le terrain comprennent sans doute l'importance de la place qu'ils occupent. Le management de proximité doit s'articuler autour des démarches d'amélioration continue de la qualité. La HAS publiera d'ailleurs en janvier 2005 un « *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé* » qui s'adresse aux personnels ayant une activité de management quel que soit leur niveau de responsabilité. Ce guide naît ainsi de la réflexion engagée autour du nécessaire management des démarches d'évaluations soutenues par les procédures de certification. La HAS constate alors que :

*« le management des établissements de santé et la qualité managériale des responsables (toute personne ayant une fonction d'encadrement) semblent peu ou pas générer de démarches d'évaluation »<sup>111</sup>.*

La question de la qualité est désormais celle de l'évaluation des pratiques managériales elles-mêmes. Le management est alors considéré comme indissociable des démarches qualité.

### II.2.3.8 La qualité intégrée à la gouvernance

Enfin, la période de 2006 à 2013 est la plus représentative des thématiques qualité abordées par les futurs cadres de santé. Le lien avec le contexte réglementaire est encore une fois marqué ici. A ce stade, les établissements de santé conduisent leur troisième procédure de certification (V2010). Cette procédure est adossée au fonctionnement et à la stratégie des établissements qui ont d'ailleurs institutionnalisé cette démarche par la mise en place de services, départements ou direction qualité.

C'est également la période de la poursuite de la mise en œuvre de la réforme hospitalière, le « *plan hôpital 2007* ». Ce plan sera appuyé par trois missions : la mission de la tarification à l'activité (T2A) ou la poursuite de la mesure de l'activité hospitalière, la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH) et la Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitalier (MeaH). Le « *plan hôpital 2012* » prolongera le volet investissement du « *plan Hôpital 2007* » par le développement des axes majeurs de la réforme globale engagée en 2003 : la nouvelle tarification et la gestion financière ; la gouvernance interne des établissements et la planification régionale<sup>112</sup>. C'est la poursuite de la modernisation des établissements. Un des axes forts est l'accélération de la mise en œuvre des systèmes d'information, orientés sur l'informatisation des processus de soins. Le terme « *d'efficience hospitalière* »<sup>113</sup> est mis en avant.

En outre, en 2009, la loi HSPT<sup>114</sup>, qui a pour objectif de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé, renforce l'intégration de la démarche qualité dans les organisations hospitalières. Les établissements de santé sont ainsi tenus<sup>115</sup> de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles et des modalités d'organisation des soins. Ils ont à mener des études régulières de satisfaction des patients, afin d'évaluer la qualité perçue par les patients. Ils doivent également poursuivre l'analyse de leurs activités, de nombreux indicateurs permettent cette mesure. La loi renforce également les coopérations entre les établissements en créant les Communautés Hospitalières Territoriales (CHT) et les Groupements de Coopération Sanitaire de Moyens (GCSM).

<sup>111</sup> « *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé* », HAS 2005, p.6.

<sup>112</sup> Source : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>

<sup>113</sup> *Présentation des opérations retenues au titre du plan hôpital 2012, dossier de presse du 10 février 2010 Ministère de la Santé et des Sports.*

<sup>114</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>115</sup> Art. L.6111-2 du code de la santé publique (article 1 de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires) : « Les établissements élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. »

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) qui naît en 2009<sup>116</sup> a pour mission d'appuyer les établissements de santé et médico-sociaux pour améliorer leur performance dans le cadre de la réforme du système de santé en diffusant notamment des recommandations et des outils.

D'autres textes viendront renforcer la gouvernance de la qualité<sup>117</sup>. Chaque année un arrêté<sup>118</sup> fixe les conditions dans lesquelles les établissements de santé mettent à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. D'autres textes paraissent<sup>119</sup> et concernent plus globalement la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Cette législation conforte la mise en exergue de la question de la qualité à l'hôpital. La qualité est désormais envisagée comme partie intégrante de la gouvernance hospitalière participant à son amélioration et à la rationalisation des coûts. Par ailleurs, les aspects sociologiques des organisations hospitalières seront abordés en 2009 dans un document méthodologique : « *L'évaluation des aspects sociaux, une contribution sociologique à l'évaluation en santé* » (BENAMOUZIG, 2009, p. 163). Ce document interroge la sociologie et la façon dont elle pourrait contribuer à des travaux d'évaluation. Elle aboutit à une « grille de questionnements sociologiques standardisés » (BENAMOUZIG, 2009, p. 10) qui a pour ambition de pouvoir identifier rapidement l'intérêt éventuel d'un éclairage sociologique complémentaire sur une question donnée.

La forte imprégnation réglementaire de cette période conduit naturellement les futurs cadres de santé à orienter leurs réflexions sur des aspect managériaux d'accompagnement de la démarche qualité sur le terrain. Cependant, la multiplicité des réformes et injonctions réglementaires sur une période restreinte à l'échelle de la vie d'une organisation n'est pas sans poser des questionnements sur la nécessaire adaptation organisationnelle à ces changements.

## II.3 Développement organisationnel insuffisant

### II.3.1 Des impacts réglementaires non adaptés à l'organisation

Les 18 années observées dans cette étude sont ainsi fortement marquées par les contraintes réglementaires (voir figure ci-après).

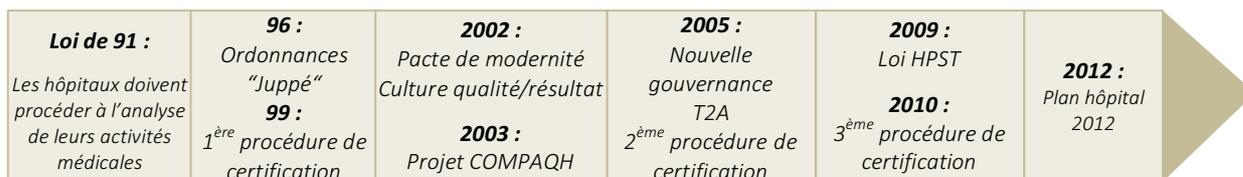


FIGURE 11 : ÉVOLUTION REGLEMENTAIRE SUR LA PERIODE OBSERVEE

<sup>116</sup> Elle fédère les missions du GMSIH (Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier), de la MAINH (Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier) et de la MEAH (Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers).

<sup>117</sup> Comme la Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. La HAS édite un guide en lien avec le décret 2010-1408 et la circulaire 2011-416 « Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé ».

<sup>118</sup> Arrêté du 6 janvier 2012 « fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. ».

<sup>119</sup> Décret n°2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé ; Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé ; Circulaire N°DGOS N° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé ; Instruction n° DGOS/PF2/2012/352 du 28 septembre 2012 relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé....

Cette vague successive de textes, de réglementations oblige les organisations hospitalières à intégrer la démarche qualité. Or, ces contraintes n'ont pas été en faveur d'une implémentation durable, efficiente de la qualité. Les établissements de santé n'ont pas eu le temps de « digérer » les différentes étapes de mise en œuvre de la démarche qualité. En effet, les temps d'acceptation, d'appropriation, de maturation n'ont pas été observés. L'hôpital n'a pas eu le temps de prendre soin de sa propre organisation, de comprendre les symptômes de non acceptation qui émergeaient au fur et à mesure, de tenir compte des alertes lancées par le terrain sous forme de résistances et de démotivations. Le « traitement » qualité a été prescrit sans mesurer le risque d'effets indésirables sur l'organisation. Etait-elle en capacité d'absorber les préceptes qualité ? Pouvait-elle être faire preuve de compliance sans intégrer les fondamentaux de la démarche qualité au cœur de son organisation avant d'en voir les effets bénéfiques ?

Ainsi, les contraintes réglementaires se sont imposées aux établissements de santé, la qualité n'était qu'une partie de ces contraintes sous le couvert de la modernisation du système de santé et de la rationalisation des coûts.

La question de la modernisation, de la gestion interne et du financement des établissements reste la préoccupation principale dans la poursuite des réformes engagées. Sur ce point, l'ANAES publiera, en septembre 1998 un premier rapport sur « Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital » (CHARVET-PROTAT, JARLIER, & PRÉAUBERT, 1998, p. 57). Ce rapport conclut :

*« La qualité est un facteur d'économie s'il est clairement envisagé de réorganiser le travail et donc de remettre en cause, de façon indirecte, le fonctionnement du circuit initial. »<sup>120</sup>.*

Ce rapport souligne ainsi les défauts d'adaptation organisationnels à la mise en œuvre des préceptes qualités qui sont pourtant prônés réglementairement depuis 1991.

De nombreux autres exemples mettent en avant cet écart entre une incantation réglementaire et la capacité des organisations hospitalières à intégrer les préceptes qualité. Ainsi pour exemple, alors que les procédures de certifications deviennent un incontournable et que leurs déploiements nécessitent un apprentissage et une phase de maturation organisationnelle, l'organisation hospitalière est à cette période en pleine rénovation. La nouvelle gouvernance hospitalière de 2005 (une des premières réformes du « plan hôpital 2007 ») rénove l'organisation hospitalière en modernisant la gestion des établissements publics de santé :

*« Cette réforme répond à la nécessité pour les Etablissements hospitaliers de mieux assumer leurs missions au service du patient en assouplissant leur organisation et en clarifiant les responsabilités. Ainsi elle a pour objectif de mieux prendre en compte la diversité des centres de pouvoir et de développer les stratégies de participation. »<sup>121</sup>*

Une nouvelle organisation en pôles d'activités cliniques et médicotechniques voit le jour. Ces pôles d'activités sont dotés d'une autonomie de fonctionnement et de responsabilité, ils contribuent ainsi à la déconcentration de la gestion. Une véritable cogestion médicale et administrative apparaît sous-tendue par une contractualisation interne sous forme de contrats de pôle. De nouvelles organisations médicales et administratives se créent ainsi que des modes de gestion différents. Cette réforme de gouvernance hospitalière (entre 2005 et 2009) a alors pour objectif de décroïsonner les fonctions médicales, administratives et soignantes, de faciliter les coopérations, de simplifier les interfaces et de redimensionner l'organisation. Les rationalisations, mutualisations, regroupements sont au cœur des réflexions stratégiques.

<sup>120</sup> Ibid. p.48.

<sup>121</sup> Source : « Ensemble modernisons l'hôpital, nouvelles organisations et architectures hospitalière » Paris, Ministère de la santé et des Solidarités, 2006 p.15, disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_nouvelles\\_organisations\\_et\\_architectures\\_hospitalieres.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_nouvelles_organisations_et_architectures_hospitalieres.pdf)

Les préoccupations des acteurs seront plus centrées sur des réflexions et des enjeux stratégiques, alors que cette nouvelle organisation, de par sa déconcentration de gestion et de par sa visée de décloisonnement pouvait servir utilement la mise en œuvre des démarches qualité. L'organisation en plein bouleversement est alors difficilement en capacité d'absorber les nouveaux enjeux de la qualité prônés par la deuxième procédure de certification.

### II.3.2 Des managers traducteurs inévitables des réformes

Les futurs cadres de santé vivent une période de bouleversement mais aussi de construction. Ils intègrent l'importance de leur rôle dans l'évolution du système hospitalier. Ils sont des acteurs clés des démarches d'amélioration continue de la qualité, ils en sont les traducteurs. En effet, leur positionnement en proximité des acteurs de terrain et à l'interface des services prestataires, de la hiérarchie leur confère une dimension centrale.

Pour autant, ces bouleversements organisationnels nécessitent des reconfigurations internes. Les hôpitaux ont engagé depuis quelques décennies une rénovation de leurs modes de fonctionnement eu égard aux contraintes budgétaires et aux exigences de plus en plus prégnantes de performance. L'hôpital doit trouver un mode d'organisation compatible avec les pressions externes et internes, mais aussi compatible avec ses missions de service public et sa vocation sociale particulière. C'est ce que Moisdon appelle « *le paradoxe de la boîte noire* » (MOISDON, 2012, p. 94).

Les multiples réformes apportées, sensées réguler le système hospitalier par nature complexe, n'ont que peu ou prou aidés les acteurs à une reconfiguration organisationnelle. La valeur d'apprentissage organisationnel et social qu'apportent les instruments de gestion par la qualité est peu exploitée. Les modèles d'action déclinés par les pouvoirs publics ont du mal à évoluer et se déclinent souvent sous un « *modèle de sédimentation* » (LENAY & MOISDON, 2003, p. 131). Les reconfigurations organisationnelles engendrées par les réformes concernent différentes sphères, administratives, techniques, logistiques mais aussi professionnelles. La démarche qualité est intégrée comme un outil de perfectionnement des pratiques professionnelles : « *des modes de fonctionnement qui doivent désormais tenir compte des nouvelles exigences de transversalité et de transfert de compétences* » (HAEFFNER, 2002).

Les thématiques abordées par les futurs cadres de santé dans leurs mémoires proviennent de témoins privilégiés de ces besoins d'évolution des acteurs face à une nouvelle dynamique d'action. La démarche qualité entraîne une responsabilisation des personnels et mobilise des enjeux de pouvoir.

Si historiquement la qualité est passée de la notion de rationalisation technique, appliquée au départ au produit, à une notion de rationalisation des organisations et de ses acteurs, elle n'a pas intégré les organisations hospitalières au moment où ces dernières auraient été prêtes à la recevoir. La mise en œuvre des démarches qualités a souvent été liée à des pressions en lien avec une nécessité de normalisation (certification) sans prise en compte de la pluralité des intérêts des acteurs. Elle s'inscrivait en premier lieu dans la sphère administrative confrontée à la pression environnementale d'obtention d'agrément, seule condition d'acquisition de ressources. De fait, la qualité est abordée sous le prisme normatif faisant bonne place aux méthodes et outils sans tenir compte des dimensions organisationnelles (voir figure ci-dessous).

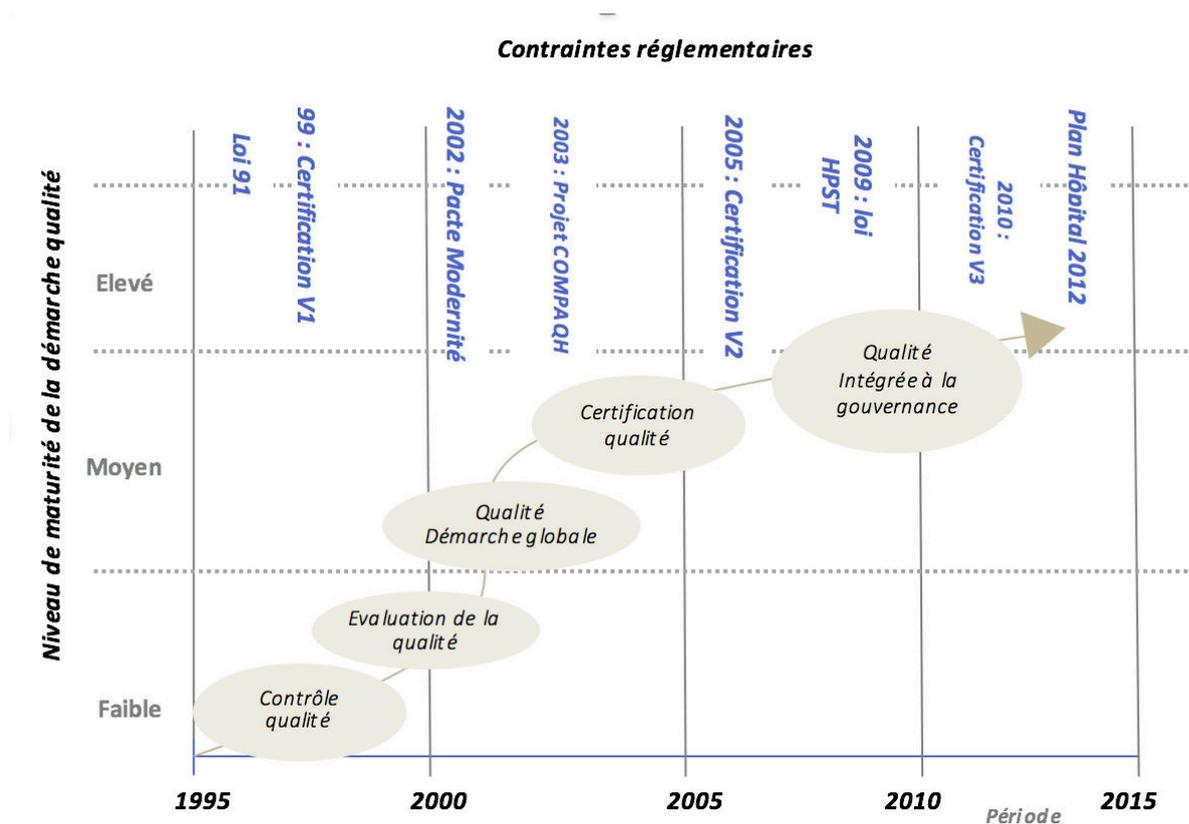


FIGURE 12 : EVOLUTION DU CONCEPT DE QUALITE FACE AUX CONTRAINTES REGLEMENTAIRES ET AU NIVEAU DE MATURITE DE LA DEMARCHE QUALITE

La mise en œuvre de la qualité à l'hôpital a ainsi souffert de la rencontre de plusieurs logiques. La rationalisation des pratiques des professionnels, le développement de nouvelles formes d'organisation et de pilotage par les gestionnaires (pilotage de la performance), la logique financière (diffusion et comparaison des résultats), la logique sociale (plus d'information et de transparence requises par les usagers). Le mode de traduction de la démarche qualité a pu également jouer en sa défaveur. La qualité a pu être perçue comme un outil de transformation organisationnelle par le développement d'un contrôle possible des pratiques et des comportements des acteurs ou comme une forme de contrôle managérial (YANG, 2003).

## II.4 Une adaptation organisationnelle nécessaire

### II.4.1 Intégration proactive de la qualité

La démarche qualité est aujourd'hui intégrée aux organisations hospitalières, même si son implémentation s'est faite au gré des contraintes réglementaires. Il existe de ce fait un modèle implicite exprimé dans la traduction des démarches qualité. Après tout, beaucoup d'organisations ont « fait » de la qualité sans qu'il y ait un formalisme construit autour de la qualité. Pour autant, l'hôpital est toujours percuté par des vagues successives de réformes destinées à rationaliser ses fonctionnements. Or, l'application d'une simple technique de gestion (portée par les principes de la démarche qualité) ne garantit pas l'incrémentation organisationnelle (LOZEAU, 2004). Une adaptation est pourtant nécessaire. La gestion de la qualité est sans doute un élément essentiel de la gestion de l'organisation publique hospitalière (DE GAULEJAC, 2005 ; REDMAN, MATHEWS, WILKINSON, & SNAPE, 1995 ; SWISS, 1992)

Une démarche préventive consistant à s'engager d'emblée dans une démarche qualité pour devancer les injonctions imparables est nécessaire. Avoir une vision proactive peut aussi devenir un moyen de négociation auprès des tutelles, d'acquisitions techniques, voire de financement. D'autre part, lorsque les principes de gestion de la qualité s'adaptent à l'organisation traduite dans un langage déjà existant, son acceptation est d'autant plus aisée. De même, l'accentuation d'une transversalité des pratiques, une approche plus participative et le changement culturel tourné vers une approche client sont autant de changements organisationnels conformes aux préceptes qualité. Les outils de gestion de la qualité existent, ils sont nombreux, leur déploiement doit être adapté à la configuration organisationnelle de l'établissement.

#### II.4.2 Opportunisme organisationnel

La mise en place des pôles d'activités suggérait une vision organique de l'hôpital, la mise en place des GHT suggère une vision territoriale de l'hôpital, elle est une opportunité d'évolution des modes de gestion. Les changements organisationnels devraient pouvoir favoriser l'ancrage de la qualité à l'hôpital. La vision partagée à l'échelle d'un territoire de santé offre une perspective de décloisonnement et de transversalité favorable à l'implémentation des démarches qualité.

Les démarches qualité engendrent une production d'actions collectives par une nécessaire rationalisation des comportements (homogénéisation des pratiques, transversalité, coopération, coordination...), mais aussi, elles permettent la discussion et les délibérations collectives. L'apprentissage collectif autour de la qualité est porteur pour l'organisation.

#### II.4.3 Diagnostic indispensable

Les organisations hospitalières évoluent continuellement au gré des contraintes réglementaires et des nécessaires adaptations. Un regard critique, diagnostic sur l'organisation est une phase nécessaire à la compréhension et à l'accompagnement de la mise en œuvre des démarches qualité :

- \* *L'organisation se situe-t-elle dans une vision bureaucratique estimant suffisant d'avoir mis en place un système de gestion de la qualité sans adaptation organisationnelle ?*
- \* *Se situe-t-elle dans une vision proactive envisageant les modifications organisationnelles à venir en fonction des niveaux de qualité exigés ?*
- \* *Est-elle dans une vision générative ayant d'ores et déjà intégrée les préceptes qualité dans son fonctionnement et ses futures évolutions ?*

La qualité ne se traduit pas dans une rupture de la configuration organisationnelle existante, mais elle doit intégrer l'organisation en s'adaptant à son niveau de développement et à ses capacités de réponse.

## PREMIERE PARTIE - SYNTHÈSE DU CHAPITRE 1

Le système de santé français a subi de nombreuses réformes depuis les années 70 et s'est vu imposé des préceptes et outils qualité provenant de l'économie récente. Or, nombre de ces outils, de par leur conception (souvent synthétique), sont peu enclins à favoriser une réelle reconfiguration organisationnelle. La qualité plus qu'un outil a une dimension organisationnelle de gestion.

Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) concernant le management et l'efficacité hospitalière montre notamment que les succès passent par la mobilisation de l'ensemble des moyens de gestion et la mise en œuvre :

*« D'un management par la confiance autour d'objectifs partagés qui concernent autant la qualité des soins, la réponse aux besoins de santé du territoire que l'équilibre financier. »<sup>122</sup>*

Pour autant, l'organisation hospitalière continue d'évoluer. Les notions de responsabilisation des acteurs et de déconcentration de gestion restent une préoccupation majeure.

L'évolution des préoccupations des futurs cadres autour de la thématique qualité montre que la qualité est intégrée aux organisations de santé. Elle n'est plus uniquement la préoccupation de certains professionnels de la qualité, mais elle fait partie du système de santé. La question n'est plus celle de l'intérêt d'intégrer une démarche qualité mais plutôt celle de l'incrémenter dans les routines<sup>123</sup> de travail et de tenir compte de la capacité d'assimilation du concept par l'organisation. Une étude de la HAS en 2009<sup>124</sup> démontre qu'il existe un impact positif des démarches de certification sur l'amélioration de l'organisation, du management et des pratiques professionnelles. Elle note l'émergence d'une culture qualité, un début de décloisonnement des services et une forte adhésion des cadres de santé paramédicaux et administratifs. Cette évolution est encourageante et laisse envisager une réelle prise de conscience autour des enjeux qualité dans les organisations hospitalières.

La place des cadres de santé est centrale, ils sont les interprètes du concept. Ils sont une catégorie d'acteur « située entre les décideurs stratégiques et le personnel de base » (LIVIAN, Y.F. 1996, p.209). Leur position hiérarchique médiane les place à la croisée des informations, injonctions souvent paradoxales entre la direction, les autres services et le terrain. Cette position en marge leur confère une place privilégiée de perception des contradictions ou des habilitations au travail. Leur approche de l'organisation est systémique car ils bénéficient d'un champ d'observation mais aussi d'expérimentation très vaste. Leur position interstitielle leur offre un champ d'analyse et d'intelligibilité des éléments conceptuels et opératoires de l'organisation. C'est sans doute à la formation initiale de faciliter l'appropriation de la démarche qualité sur le terrain en tenant compte de la capacité de l'organisation à assimiler ces préceptes.

<sup>122</sup> Rapport IGAS, RAPPORT N°RM2012-046P « Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants », avril 2012 Etabli par Dominique ACKER, Dr Anne-Carole BENSADON, Patrice LEGRAND, Céline MOUNIER, p. 5. Disponible sur <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article280>

<sup>123</sup> Le terme de routine est ici entendu comme « des schémas cognitifs tenus pour acquis qui produisent des effets propres indépendants de la volonté des acteurs qui les mettent en œuvre » - Franck AGGERI, Julie LABATUT « La gestion au prisme de ses instruments : une analyse généalogique des approches théoriques fondées sur les instruments de gestion », Finance Contrôle Stratégie – volume 13, n° 3, septembre 2010, p.12.

<sup>124</sup> Source : « Analyse de la littérature sur l'impact des démarches de certification des établissements de santé », Rapport HAS, Nov. 2010 et rapport de la Cour des Comptes – septembre 2012.

L'approche managériale par la qualité, par les démarches de progrès et la recherche de la performance est-elle l'amorce d'une réflexion des cadres de santé autour de la qualité qui évoluerait demain vers un modèle d'excellence de type EFMQ (European Foundation for Quality Management)<sup>125</sup> ? La qualité peut-elle amener les organisations hospitalières à comprendre et à analyser les relations de cause à effet entre ce qui est réalisé dans l'organisation et les résultats obtenus ?

La visée instrumentale de la démarche qualité est imparfaite, elle est actionnée, traduite, modifiée par l'homme. C'est du déploiement et de l'accompagnement des instruments de gestion de la qualité qu'est fait l'avenir du déploiement des démarches qualité dans les organisations hospitalières avec pour seule condition que l'organisation soit prête à recevoir ses préceptes.

---

<sup>125</sup> Fondation européenne pour la gestion de la qualité fondée en 1988 par 14 entreprises européennes, avec l'appui de la commission européenne. Elle promulgue un cadre méthodologique (modèle d'auto-évaluation) pour permettre l'évaluation du niveau de qualité afin de s'améliorer.

---

*PREMIERE PARTIE*  
*Chapitre 2*  
*Des outils de gestion au service des acteurs*

---



Les instruments de gestion sont omniprésents dans les organisations (ORLIKOWSKI & SCOTT, 2008 ; DETCHESSAHAR & JOURNE, 2007). L'outil de gestion considéré comme un « *dispositif formalisé permettant l'action organisée* » (DAVID, 1998, p.44)<sup>126</sup> n'est pas envisagé dans une simple vision mécaniste celle de « *l'outil* », mais bien comme structurant en tant « *qu'instrumentation de gestion* » au sens de Gilbert (1998). Les outils de gestion n'ont pas de visée uniquement prescriptive ou de normalisation des comportements (MOISDON, 1997), mais ils sont considérés comme des « *constructions sociales complexes* » (LORINO, 2002 ; GRIMAND, 2006 ; DADOY, 1973), interprétés par les acteurs. Etudier « *l'action organisée* » c'est intégrer dans cette étude les notions d'usage et d'appropriation des outils de gestion ainsi que nous l'aborderons plus tard.

En outre, l'étude des instrumentations servant à l'action collective permet *in fine* l'exploration de l'action gestionnaire. En effet, l'instrumentation par les outils de gestion a un impact sur les dynamiques collectives et ouvre la voie vers la création de nouvelles capacités d'action (JOAS, 1999). C'est à travers cette perspective que nous analyserons la notion d'appropriation des outils de gestion. Les acteurs de terrain tout comme les managers sont au cœur de cette dynamique, ils en sont les auteurs.

Les études concernant les instruments de gestion datent des années 60, période de prolifération des instruments de gestion dans les entreprises. Beaucoup d'auteurs se sont penchés sur la question de l'usage des instruments et de l'action organisée selon différentes approches<sup>127</sup>. Pour Patrick Gilbert (1998) les outils de gestions sont très variés. Ils peuvent être des outils comptables (comptabilité analytique), des outils d'évaluation (bilan d'activité), des outils d'organisation de l'activité (planning...). Ils peuvent être normatifs, gestionnaires, mais ils apportent aussi des informations sur l'organisation qui est le berceau de la mise en œuvre de ces outils.

Cette implantation sur le terrain ne va pas de soi. L'exemple des outils développés dans le domaine du management par la qualité montre qu'ils n'ont pas toujours été adoptés par le terrain et ont parfois été critiqués (KERVERN, 1986 ; ROUSSEAU ET WARNOTTE, 1994 ; NEUVILLE, 1996).

---

<sup>126</sup> Cité par Martineau Régis, « *Les usages-types d'un outil de gestion des risques à l'hôpital* », *Management & Avenir* 4/2012 (n° 54), p. 215-236.

<sup>127</sup> Berry, 1983 « *technologie invisible* » ; Hatchuel et Weil, 1992 ; Moisdon, 1997 ; David, 1998 « *outils normatifs, outils structurants, véhiculant une philosophie gestionnaire* » ; Lorino, 2002 et 2005 « *outils pragmatiques, sémiotiques* » ; Miller et O'Leary, 2007 ; Power, 1996 ; Hasselbladh et Kallinikos, 2000 ; De Vaujany « *opposition conception-usage* », 2005, 2006 ; Grimand « *dynamiques d'appropriation* », 2006 ; Besson « *Effet organisationnel par les dynamiques d'apprentissage* », 1998...

L'objet de ce chapitre est de délimiter le concept d'outil de gestion et d'apporter un éclairage sur les impacts organisationnels ainsi que sur le statut des outils de gestion à travers le processus d'appropriation. Nous présenterons ce cheminement en quatre sections :

### **Section I - Délimitation du concept d'outil de gestion**

Cette section propose de définir la notion d'outil de gestion et d'apporter un éclairage sur les différentes approches normatives et rationnelles de l'outil.

### **Section II - Regards Institutionnalistes et interactionnalistes**

Cette seconde section a pour objet d'identifier les différents courants théoriques qui ont contribué à la définition du concept d'outil de gestion et plus précisément à travers les approches institutionnalistes et interactionnalistes.

### **Section III - Impact des outils de gestion sur l'organisation**

Cette troisième section aborde la dimension organisationnelle des outils de gestion et notamment celle des organisations hospitalières.

### **Section IV - De l'usage à l'appropriation des outils de gestion par les acteurs**

Cette dernière section cherche à déterminer le processus d'appropriation des outils de gestion et le rôle des utilisateurs dans l'appropriation.



---

*Section I - Délimitation du concept d'outil de  
gestion*

---

## I Introduction aux outils de gestion

L'outil de gestion ne comporte pas uniquement un substrat technique car il est actionné par l'intelligence humaine. Or aborder l'outil par son aspect artificiel, son artéfact c'est également percevoir l'outil à travers son caractère éminemment humain tel que le précise Gilbert (1998). L'outil de gestion est aussi défini à travers une notion de formalisation. La formalisation est un point essentiel dans la définition des techniques de gestion reprise par de nombreux chercheurs en sciences de gestion dont pour exemple Langley (1989) qui a travaillé sur la notion « d'usage de l'analyse formelle ». Moisdon définit l'outil de gestion comme la :

*« formalisation de l'activité organisée, de ce qu'elle est ou de ce qu'elle sera (ensemble de raisonnements et de connaissances pour instruire les actes de la trilogie : prévoir, décider, contrôler) » (MOISDON J.-C. , 1997, p. 7)<sup>128</sup>*

D'autres auteurs parleront de combinaison « d'un substrat technique, d'une philosophie gestionnaire et d'une vision simplifiée des relations organisationnelles » (Modèle d'analyse des outils de gestion développé par HATCHUEL & WEIL, 1992). David (1998) parle de double dimension des outils de gestion « relations-connaissances » et de possible mixité des outils dont certains seront plus orientés sur l'aspect relationnel des acteurs au sein de l'organisation et d'autres plus en lien avec les connaissances.

De fait, les outils participent au fonctionnement de l'organisation, l'outil permet l'action organisationnelle ainsi que le développent certains théoriciens de l'action collective. De Vaujany précise qu'ils sont :

*« Un ensemble d'objets de gestion intégrés de façon systématique et codifiée dans une logique fonctionnelle (ou toute autre logique d'acteur) et respectant un certain nombre de règles de gestion. » (DE VAUJANY, 2006, p.113)*

Ainsi les aspects techniques et sociaux de l'outil sont enchevêtrés même si certains auteurs considèrent plutôt l'un ou l'autre de ces aspects.

### I.1 Substrat technique

La technique tient une place importante dans la recherche en sciences de gestion. Penser l'outil pour lui-même, le dénaturiser<sup>129</sup> permet de dépasser le discours gestionnaire afin de comprendre l'outil dans ses applications. La technique est un « fait social total qu'on doit apprendre à lire pour découvrir le culturel qui s'y loge » (DAGOGNET, 1989, p. 41). Pour Dagognet, l'outil est un « objet de l'objet » (DAGOGNET, 1989, pp. 20-22) permettant d'interagir sur les autres objets.

Ainsi, l'étude de l'outil de gestion est aussi celle de son histoire car tel que le rapporte Simondon :

*« l'objet technique individuel n'est pas telle ou telle chose donnée hic et nunc, mais ce dont il a la genèse [...], la genèse de l'objet technique fait partie de son être » (SIMONDON, 1958, pp. 19-20).*

Ainsi, il s'agit de comprendre la part sociale de l'outil. La technique et le social sont enchevêtrés, les outils concernent les membres de l'organisation et témoignent de ses utilisateurs. Il est donc inutile d'opposer le sujet à l'objet car « l'appellation d'objet renvoie,

<sup>128</sup> Cité par Aggeri, F., & Labatut, J. (2010). La gestion au prisme de ses instruments. Une analyse généalogique des approches théoriques fondées sur les instruments de gestion. *Finance Contrôle Stratégie*, 13(3), 5-37.

<sup>129</sup> La dénaturalisation de l'objet est apparue en France dans le courant des années 60 avec la sémiotique des objets de Barthes et ensuite Baudrillard (1968), c'est dans les années 90 que l'objet revêt une certaine force sociale (Latour, 1994) et qu'il est étudié notamment par rapport à son rôle dans les arrangements sociaux (Conein et al., 1993).

en effet, elle-même au sujet » (DAGOGNET, 1989, p. 20). Ainsi, le moindre outil de gestion est empreint de social. Or, l'outil de gestion<sup>130</sup> est aussi un outil ! Il est le prolongement de la main, sa visée première est opérationnelle. L'outil est composé :

- \* **D'un artéfact** : son aspect matériel, ce qui va permettre la manipulation de l'outil.
- \* **D'un schème d'interprétation** plus ou moins ouvert selon l'outil : « un référentiel qualité, par exemple, même s'il tend à une grande précision, laissera plus de marges d'interprétation. » (MARTINEAU, 2012/4 p.221).

La distinction est importante lorsqu'il s'agit d'outils de gestion et non pas uniquement d'outils techniques. Il est ainsi plus aisé d'apporter une modification à un outil technique, tel qu'un ordinateur, qu'à un outil de gestion, telle qu'une cartographie des processus par exemple. L'outil n'existe pas à l'état naturel, il est le résultat d'une réflexion, d'une intervention de l'intelligence humaine. Bergson à ce propos rappelle que l'homme actionne son « *intelligence fabricatrice ou Homo Faber* » (Cité par SERIS, 1990) caractéristique propre à l'humain.

## I.2 Instrumentation

La notion « *d'instrument* » fait référence à une dimension supplémentaire qui est celle de l'actionnabilité de connaissances, de compétences et de comportements. Gilbert (1998) utilise préférentiellement le terme d'instrument que celui d'outil qui renverrait plus à une notion d'une passivité d'usage. L'outil comporte à la fois une vision matérielle, celle de l'instrument de gestion et une vision d'usage en lien avec la mobilisation de la pensée de l'opérateur dans le cadre d'une action organisée. Les outils ont, de ce fait, un effet sur l'action, les comportements.

Pour Hatchuel et Weil (1992) les instruments de gestion ou « *techniques managériales* » sont composés d'un « *substrat technique* » définissant son fonctionnement, d'une « *philosophie gestionnaire* » qui insuffle la fonctionnalité et l'usage de l'outil et d'une « *vision simplifiée des relations organisationnelles* » redistribuant les rôles et les tâches de chacun. Ces trois composantes sont en interaction.

L'outil de gestion est, en effet, d'abord le fruit d'une théorisation par un concepteur, il est ensuite « *mis en acte* » par l'utilisateur lors de son usage. L'outil de gestion est donc à la fois instrumental, technique et contextuel car modifié dans son usage par les acteurs.

## I.3 Outil de « gestion »

L'expression d'outil de « *gestion* », nous amène à nous interroger plus précisément sur le terme de gestion. La notion de gestion est constitutive de l'activité produite :

« Ce sont les activités auxquelles contribue l'instrumentation, quelle qu'en soit la nature, qui permettent de qualifier celle-ci de gestionnaire. Un instrument sera ainsi dit de « *gestion* » dès lors qu'il participe au cours de sa vie aux trois grands actes élémentaires de la gestion : déléguer, évaluer, coordonner » (HATCHUEL ET MOISDON, 1993).

Les instruments de gestion « *ont un effet de structuration sur le réel, engendrant des choix et des comportements échappant aux prises des hommes, parfois à leur conscience* » (AGGERI & LABATUT, 2010, p. 17)<sup>131</sup>. Ils peuvent ainsi être envisagés non pas uniquement par

<sup>130</sup> Ou « *Management tools* ».

<sup>131</sup> Cité par Aggeri, F., & Labatut, J. (2010). *La gestion au prisme de ses instruments. Une analyse généalogique des approches théoriques fondées sur les instruments de gestion. Finance Contrôle Stratégie*, 13(3), 5-37.

l'analyse de micro-pratiques, mais également comme partie intégrante des processus de rationalisation organisationnelle.

Considérer l'instrument de gestion comme participant à la dynamique de gestion, c'est également envisager que les formes d'instrumentations choisies peuvent être pensées en vue de leurs impacts. Cette perspective nous amènera à réfléchir sur les conditions d'implantation des outils de gestion à l'hôpital et notamment dans le cadre du déploiement de la démarche qualité.

Au final, l'outil de gestion comporte à la fois une part de matérialité et une part d'immatérialité. Il peut être classé selon plusieurs dimensions (CHIAPELLO & GILBERT, 2013, pp. 32-35) et c'est à travers ces dimensions que nous pouvons interroger l'outil de gestion dans son application :

- \* **Une dimension fonctionnelle** : *Quelle est la fonction de l'outil ? Quel est son rapport avec la stratégie d'entreprise et la performance attendue ? Quelle est sa finalité organisationnelle ?*
- \* **Une dimension structurelle** : *Qu'est l'outil ? Comment est-il structuré, localisé ? Quelle est sa part de matérialité ? A quoi ou à qui s'applique-t-il (à des personnes, des ressources, des actions, des résultats ...) ?*
- \* **Une dimension processuelle** : *Comment l'outil vit-il ? comment se met-il en place ? Comment est-il utilisé en situation ? Quelle est son « actualisation dans l'usage » ? (CHIAPELLO & GILBERT, 2013, p. 35) L'outil s'inscrit-il dans un déterminisme social ou dans une appropriation ?*

L'outil de gestion ne se résume pas à une approche unique, il est complexe. Il s'inscrit dans un système (conception, stratégie, interactions, transformations...). Son ancrage dans une organisation n'occulte pas son histoire, l'environnement dans lequel il évolue, les intentions des concepteurs, le contexte social et culturel. Une étude en surface est insuffisante, il s'agit d'étudier, son application, ses effets, ses usages ... De fait, l'outil de gestion de par sa dénomination « de gestion » s'applique d'autant plus profondément aux interactions humaines qu'il cherche à les coordonner. Il inscrit une unité d'action dans un collectif de travail. « La gestion est une pratique instrumentée » (CHIAPELLO & GILBERT, 2013, p. 31), en effet de nombreux outils structurent l'activité de gestion comme les tableaux de bord, les indicateurs, les fiches de postes...

Les outils de gestion sont donc une partie intégrante de l'organisation tout comme ils l'impactent : « La société façonne son comportement avec les instruments que lui offre le monde matériel » (LEROI-GOURHAN, 1964, p. 209).

## II Différentes approches

Beaucoup d'auteurs se sont intéressés aux outils de gestion et à leur place dans l'organisation oscillant entre une vision normative (management participatif, valeurs partagées, vision technophobe<sup>132</sup>) et une vision rationnelle (performance par l'expertise technique, la standardisation, vision technophile<sup>133</sup>).

Selon la période, ces visions normatives et rationnelles se relayent (BARLEY & KUNDA, 1992), l'outil de gestion est alors perçu de façon différente (voir tableau « conception des outils de gestion selon les courants théoriques » à la fin de ce titre). Certaines approches, comme

<sup>132</sup> Vision développée notamment par l'école des relations humaines (Mayo, Maslow, Hertzberg, Lewin, Mac Grégor...).

<sup>133</sup> Vision développée notamment par l'école du management scientifique (Taylor, Fayol), l'école des systèmes rationnels (Simon) et l'école de la contingence (Burns et Stalker, Lawrence et Lorsh, Mintzberg, Woodward...).

l'approche sociotechnique sont combinatoires et prônent l'interaction entre la technique et le social.

## II.1 Approche rationnelle, déterministe

La vision rationaliste, de l'outil de gestion a longtemps dominée dans les théories de l'organisation. Dans cette approche rationaliste « *les instruments de gestion sont des moyens au service de fins* » (GILBERT, 1998). L'utilisateur est ici considéré comme passif. Les propriétés intrinsèques de l'outil le définissent. L'utilité de l'outil est liée à son aptitude à reproduire l'action. Il est normalisant, car il influence l'action, le raisonnement. Il est autonome car il s'impose à l'acteur et donc indépendant du contexte. L'acteur lui-même est « *désincarné* », il n'est qu'un exécutant. L'outil est ici perçu selon une seule utilité : accroître l'efficacité de l'action. Il est substitutif à l'action, il la modélise.

De fait, l'utilisateur de l'outil n'est pas forcément producteur du résultat escompté, il devient alors un vecteur instrumental à destination d'un résultat prévu. C'est l'outil qui produit le résultat escompté :

*« l'outil, déterminé par les données réelles de l'action, "reflet" de situations génériques, produirait [...] des conséquences pratiques, par exemple des décisions de la part des acteurs, de façon prédictible et déterministe » (LORINO 2002)<sup>134</sup>.*

Pour Alter, le management :

*« Ne se préoccupe que peu de leurs [les outils de gestion] usages, mais bien plus de leurs qualités intrinsèques, un peu comme l'inventeur du moulin à eau, ou celui de la charrue, se souciaient plus de faire fonctionner leur objet que de connaître le tissu social d'accueil ». (ALTER, 2000, p. 43)<sup>135</sup>*

Cette approche obère bien entendu la complexité des situations de gestion, les logiques d'acteurs et les comportements individuels, collectifs, ... Le manager ne peut envisager l'intégration des outils de gestion dans une simple perspective instrumentale. Car les utilisateurs sont des sujets mus par des valeurs, ils ont une certaine partialité, voire ils sont faillibles. C'est donc la part d'interprétation de l'acteur qu'il faudrait réduire dans une logique substitutive ou l'objet prend la place du sujet.

Dans cette approche, l'outil peut être perçu de façon rassurante face aux aléas du contexte environnemental d'une entreprise, il détient une certaine part de prévisibilité et offre un sentiment de maîtrise gestionnaire en guidant l'action et en apportant des éléments factuels selon sa finalité (indicateurs de mesure de performance, de résultats, procédures, tableaux de bord de suivi...). Il permet d'encadrer et de promouvoir une professionnalisation des acteurs. La connaissance est d'autant plus transmissible qu'elle est instrumentale et offre un apprentissage rapide, structuré.

L'outil véhicule et légitime des pratiques, des savoirs et confère aux utilisateurs une forme d'expertise. Il encourage la transmission des identités de métier. En effet, par les codes qu'il transmet, il accentue la communication entre professionnels sur des pratiques de métier évitant toute incursion étrangère aux codes portés par l'outil.

<sup>134</sup> Ceci s'oppose à la notion de « rationalité contextualisée » exposée par James March ("Decision Making Perspective", in Van de Ven A. et Joyce W. (eds), *Perspectives on organization design and behaviour*, Wiley, New York, 1981, pp. 205-244), où l'outil est utilisé par l'opérateur en fonction de ses propres schèmes de représentations et du contexte dans lequel se situe l'action.

<sup>135</sup> Cité par Grimand Amaury, « L'appropriation des outils de gestion et ses effets sur les dynamiques organisationnelles : le cas du déploiement d'un référentiel des emplois et des compétences », *Management & Avenir* 4/2012 (n° 54), p. 237-257.

## II.2 Approche normative

Dans une approche normative, l'outil est en second plan. Il s'inscrit dans une représentation organisationnelle plus humaine, laissant peu de place à la technique. L'autonomie, le développement personnel sont mis en avant. C'est le concept de l'homme au travail (MAC GREGOR, 1960) qui est prôné et analysé à travers sa motivation (MASLOW, 1958) (HERTZBERG, 1966) et ses conditions de travail notamment (MAYO, 1933). L'intérêt de l'outil dans l'approche normative est minimisé.

## II.3 Approche sociotechnique

L'approche sociotechnique est née dans les années 1950 (E. TRIST, F. EMERY<sup>136</sup>), elle combine les approches normatives et rationnelles en mettant en avant l'intérêt social<sup>137</sup> sans pour autant dénigrer la technique. L'oublier serait s'exposer à un manque d'efficacité (EMERY & TRIST, 1960). L'introduction de l'outil apporte forcément des modifications dans les rapports sociaux et, à l'inverse, toute modification du climat social peut impacter la technologie. Il existe donc, dans cette approche, une réelle interaction entre la technique et le social. L'introduction d'outils de gestion dans une organisation influence le social qui à son tour influence le système technique.

Ainsi, la perception des outils de gestion n'est pas univoque son approche est mixte. La réflexion concernant les outils de gestion dans ces approches est incomplète (voir tableau page suivante).

En effet, jusque dans les années 80, les théories dites « rationnelles » soulignent la place centrale de l'outil de gestion dans le fonctionnement de l'organisation, alors que les théories dites « normatives » minimisent le rôle des outils de gestion. Ce seront d'autres approches, telles que l'approche sociotechnique ou la théorie comportementale de la firme<sup>138</sup> ou encore les travaux plus récents de laboratoires de gestion des écoles d'ingénieurs comme le *Centre de Gestion Scientifique de Mines ParisTech*, ou le *Centre de Recherche en Gestion de l'école Polytechnique*, qui ont élargi la réflexion autour des outils de gestion. D'autres disciplines se sont intéressées au sujet comme la psychologie ou la sociolinguistique... Ainsi, la réflexion théorique autour de l'outil de gestion est riche.

Nous nous sommes centrés sur deux points d'ancrage dans l'analyse des outils de gestion : celle du rôle des institutions dans la création et le développement de ces outils et celle du rôle des acteurs et de leurs interactions avec l'outil.

---

<sup>136</sup> Approche tirée d'une étude dans les mines de charbon anglaises sur la méthode d'extraction dite des « longs front de taille » (*longwall*) succession de gestes répétitifs, d'opérations rigides et normalisées entraînant des problèmes psychologiques et sociaux de type absentéismes, comportements individualistes...). Certaines modifications organisationnelles sans remise en cause de la technique ont permis une amélioration sociale.

<sup>137</sup> Qu'elle partage avec l'école des relations humaines.

<sup>138</sup> Une des écoles de la théorie des organisations développée par Herbet Simon " A behavioral theory of the firm " (1963) ou Richard Cyert et James G. March.

Courant théorique (et type de théorie)	Période	Auteurs références	Caractéristiques générales	Conception des outils de gestion (et point de vue sur la technique)
<b>Management scientifique</b> (Théories rationnelles)	1900-1923	Taylor, Fayol	Théories s'articulant autour des éléments formels de structuration des organisations et de conduite de l'action.	L'outillage administratif équipe la structure formelle et garantit l'efficacité des fonctions de management (technophilie).
<b>Relations humaines</b> (Théories normatives)	1923-1955	Mayo, Maslow, Lewin, Roethlisberger et Dickson	Théories centrées sur les besoins humains à satisfaire. L'organisation comporte du formel et de l'informel.	Le facteur humain et les interactions entre les individus au sein des petits groupes de travail comptent davantage que les artefacts gestionnaires (minoration de la technique).
<b>Systèmes rationnels</b> (Théories rationnelles)	1955-1980	a) <u>Ecole décisionnelle</u> : Simon	Théorie centrée sur les processus de décision, soumis à une rationalité limitée.	Il est possible de pallier l'insuffisance de la rationalité limitée par des méthodes appropriées (technophilie).
		b) <u>Ecole de la contingence structurelle</u> : Burns et Stalker, Lawrence et Lorsh, Woodward, Mintzberg	Théorie associant le modèle de gestion à des variables situationnelles.	Il n'existe pas de bons outils de gestion dans l'absolu, mais des outils plus ou moins adaptés (technophilie).
<b>Culture organisationnelle</b> (Théories normatives)	Années 1980	Ouchi, Peters, Watermann, Deal et Kennedy, Schein	Théories centrées sur la culture d'entreprise comme élément régulateur et intégrateur.	La culture organisationnelle prime sur les artefacts gestionnaires ; elle est un facteur clé de succès (minoration de la technique).

TABLEAU 19 : CONCEPTION DES OUTILS DE GESTION SELON LES COURANTS THEORIQUES<sup>139</sup><sup>139</sup> CHIAPELLO & GILBERT, 2013, p. 47.

---

*Section II - Regards institutionnalistes et  
interactionnalistes*

---

De nombreux courants théoriques s'articulent autour du concept d'outil de gestion. Nous avons choisi d'éclairer le concept en présentant les différentes théories selon deux approches : l'approche institutionnaliste et l'approche interactionnelle.

## I Approche institutionnaliste

Dans cette approche, différentes théories défendent que ce sont les règles, les normes, les croyances, les interprétations sociales, fondements de l'organisation, qui déterminent, guident les comportements collectifs et influencent le choix des outils (voir figure ci-dessous et tableau de synthèse en fin de du titre I).

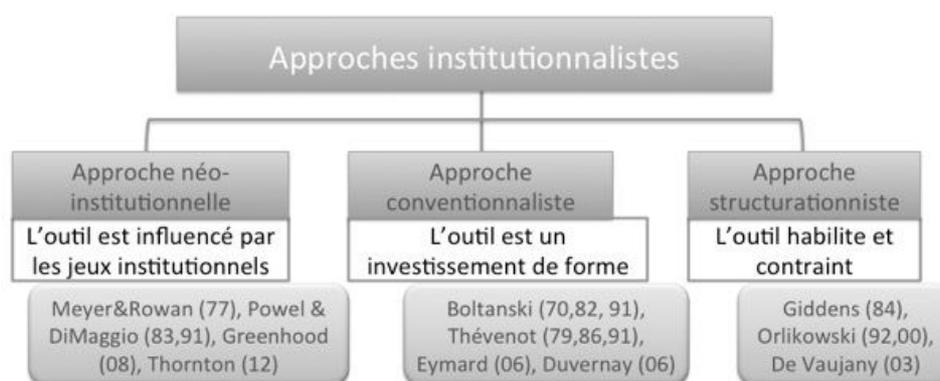


FIGURE 13 : DESCRIPTIF DES APPROCHES INSTITUTIONNALISTES

### I.1 Approche néo-institutionnelle

Pour le courant néo-institutionnel initié fin des années 70 et pendant les années 80, l'analyse des différents champs institutionnels (organisations en interaction) permet de traduire les mouvements d'adoption des outils de gestion et leur degré d'acceptation. En effet, la conformité d'une institution<sup>140</sup> avec un modèle dominant légitime en quelque sorte les formes organisationnelles ou les pratiques adoptées. La reconnaissance sociale des outils de gestion optimise alors la légitimité des organisations même, si dans un premier temps, l'intégration de ces outils de gestion se fait dans un but d'efficacité. On parle alors de « découplage »<sup>141</sup>. L'adoption d'outil de gestion peut alors être réalisée dans le cadre d'un phénomène d'isomorphisme : « processus contraignant qui force une unité de population à ressembler aux autres unités qui font face au même ensemble de conditions environnementales » (DIMAGGIO & POWELL, 1983).

<sup>140</sup> L'institution étant entendu comme un « comportement social répétitif allant plus ou moins de soi et sous-tendu par des systèmes normatifs et des compréhensions cognitives qui donnent du sens aux échanges sociaux et permettent ainsi l'ordre social de s'auto reproduire » (GREENWOOD, OLIVIER, SAHLIN, & SUDDABY, 2008, p. 4).

<sup>141</sup> « A l'origine du néo-institutionnalisme, ce concept recouvre le fait que la recherche de légitimité amène les organisations à distinguer l'adoption de formes organisationnelles légitimes de la recherche de l'efficacité. Il s'agit du découplage entre l'adoption de formes organisationnelles permettant une légitimité plutôt qu'en lien avec une efficacité » (CHIAPELLO & GILBERT, 2013, p112).

## 1.2 Approche conventionnaliste

Les outils de gestion sont ici des « investissements de forme » (THEVENOT, 1986). La notion d'investissement de forme développée par F. Eymard-Duvernay et L. Thévenot, concerne l'ensemble des instruments permettant la production (règlements, normes...) et qui doivent être considérés comme des investissements tout comme le serait l'acquisition de machines-outils par exemple. L'approche conventionnaliste, mise en avant par l'économie des conventions, soutient que les conventions coordonnent les comportements et les représentations.

Ainsi, les outils ont un caractère structurant, car ils sont un des moyens pour diffuser les conventions et permettre leur compréhension. En effet, l'outil repose sur un grand nombre de conventions dont :

- \* **Des conventions sociotechniques**, qui permettent de traduire en langage technique les préoccupations de ses concepteurs ;
- \* **Des conventions sociopolitiques** qui renvoient aux choix politiques à mener concernant le système à gérer.

Ces conventions sont portées par les outils et, c'est parce que les outils sont porteurs de conventions, qu'ils orientent et coordonnent les comportements et les représentations sociales.

## 1.3 Approche structurationniste

Dans cette approche, défendue notamment par GIDDENS (1984),<sup>142</sup> l'outil est à la fois habilitant et contraignant. En effet, il est porteur de structures sociales, mais offre également des possibilités d'actions car il est vecteur de dynamique de transformation sociale (ORLIKOWSKI, 1992, DE VAUJANY, 2003).

Ainsi, l'outil est habilitant car il facilite l'action en offrant des schémas d'interprétation, des normes, des ressources ou en permettant leur construction. Les outils sont porteurs de structures : de schémas interprétatifs, de ressources et de normes encodées. Leur utilisation répétée institutionnalise des structures voulues par des concepteurs.

L'outil est également contraignant car, *in fine*, il contraint l'utilisateur dans des choix contenus dans son artéfact technologique. Les effets de l'outil sont alors inattendus car ils dépassent l'intentionnalité humaine. Les modifications sont imprévisibles car l'appropriation est toujours non conforme à l'esprit de la technologie (DESANCTIS & POOLE, 1994).

Cette approche est ainsi centrée sur l'interaction entre la technologie et l'utilisateur. C'est cette interaction qui contribue à institutionnaliser ou non les structures existantes. La technologie, l'instrumentation au sens de Giddens est non seulement porteuse mais aussi génératrice de structure (co-émergence). Pour cet auteur :

*« Le langage est le moyen de faire toutes sortes de choses qu'on ne pourrait pas faire sans lui. La technologie n'est pas différente bien qu'elle ait une existence physique. Elle est contraignante et habilitante »*  
(GIDDENS & PIERSON, 1998, p. 83).

<sup>142</sup> L'approche structurationniste (Giddens, 1976, 1979, 1981, 1984) : on ne peut comprendre les systèmes sociaux indépendamment des structures sociales qui les façonnent et réciproquement.

Auteur(s)/publication	Idées forces
<b>Approche néo-institutionnelle</b>	
<p>SITI-NABIHA, A., &amp; SCAPENS, R. (2005). « <i>Stability and change: an institutionalist study of management accounting change</i> ». <i>Accounting, Auditing and Accountability Journal</i>, Vol. 18, N°1, pp. 44-73.</p>	<p><i>Les outils de gestion influencent les comportements même si au départ dans leurs applications, ils sont « découplés » des pratiques.</i></p>
<p>ERLINGSDOTTIR, G., &amp; LINDBERG, K. (2005). « <i>Isomorphism, isopraxism, and isonymism : complémentary or competing processes ?</i> ». Dans S. B. &amp; E. S. (dir.), <i>Global ideas. How Ideas, Objects and Practices Travel in the Global Economy</i>, Malmö/Koegel/Herndon/Abingdon. Liber &amp; Copenhagen Business School Press.</p>	<p><i>(Enquête de 5 ans dans les hôpitaux et laboratoires en lien avec des procédures qualité.)</i>  <i>Si les procédures qualités utilisées sont identiques, pour autant, les procédures mises en œuvre ne sont pas forcément similaires (isomorphisme), les pratiques elles-mêmes peuvent être différentes des pratiques prônées (isopraxisme).</i></p>
<p>CARPENTER, V. L., &amp; FERROZ, E. H. (2001). « <i>Institutional theory and accounting rule choice: an analysis of four US state governments' decisions to adopt generally accepted accounting principles</i> ». <i>Organization and Society</i>, Vol. 26, N° 7-8, 565-596.</p>	<p><i>(Etudes sur les normes comptables.)</i>  <i>S'il existe une adhésion des décideurs aux outils de gestion alors les pressions organisationnelles sont plus facilement relayées.</i></p>
<b>Approche conventionnaliste</b>	
<p>FURUSTEN, S. (2000). "The knowledge base of standards". Dans BRUNSSON, <i>A World of Standards</i> (pp. 71-84). Oxford : Oxford University Press.</p>	<p><i>Les normes ISO prônent les notions de clarification des processus, de contrôle managérial, d'utilisation d'objectifs quantifiés sur la base d'hypothèses de fonctionnement des organisations alors que la réalité n'est pas toujours ainsi. Les normes qualité sont porteuses de conventions sur les formes de l'action plus que sur la notion de qualité elle-même.</i></p>
<b>Approche structurationniste</b>	
<p>ORLIKOWSKI, W. (1992). "The duality of technology: rethinking the concept of technology in organizations". <i>Organization Science</i>, Vol. 3, N°3, pp. 398-427.</p>	<p><i>(Etude portant sur un système de gestion de la production de logiciel). Observation d'un effet de standardisation des pratiques des développeurs et de bureaucratisation du système de contrôle.</i></p>

TABLEAU 20 : APPROCHE INSTITUTIONNALISTE A TRAVERS CERTAINES PUBLICATIONS (EXTRAITS CHIAPELLO & GILBERT, 2013, CHAP. IV).

## II Approche interactionnelle

Dans cette approche, il n'existe pas de déterminants extérieurs, d'influence sociétale qui agissent sur l'outil, mais la notion d'interaction entre l'outil et l'utilisateur est centrale. L'acteur, utilisateur de l'outil est considéré comme « *actant* », voire, il construit des schèmes d'utilisations donnant corps à l'instrument. L'outil prend également une dimension communicationnelle donnant du sens à l'action.

Plusieurs théories s'inscrivent dans ce courant et offrent une grille de lecture diversifiée pour l'analyse des outils de gestion (voir figure ci-dessous et tableau de synthèse à la fin du titre II).

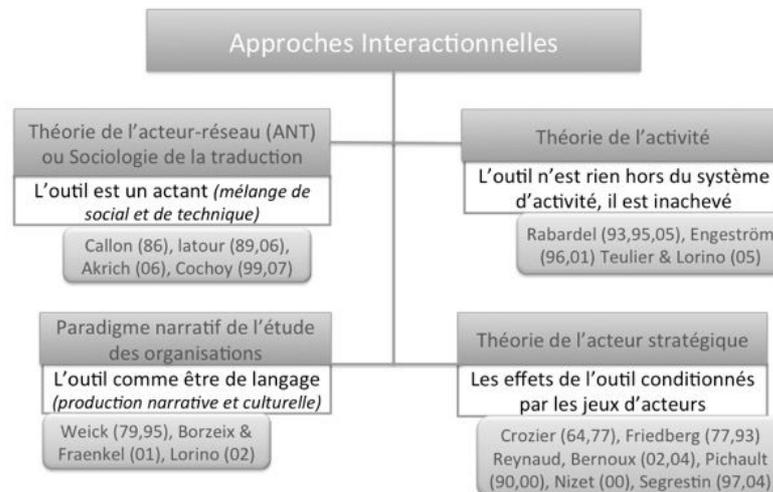


FIGURE 14 : DESCRIPTIF DES APPROCHES INTERACTIONNELLES

### II.1 Théorie de l'acteur-réseau<sup>143</sup>

Cette théorie, développée dans les années 80 par les chercheurs du Centre de Sociologie de l'Innovation de l'École des mines de Paris (CSI),<sup>144</sup> considère que les acteurs « humains » et les objets « non-humains » ne sont pas deux sphères distinctes car ils interagissent entre eux. Cette théorie :

*« se distingue des autres approches constructivistes par le rôle actif qu'elle fait jouer aux entités produites par les sciences et les techniques dans l'explication de la société en train de se faire » (AKRICH, CALLON, & LATOUR, 2006, p. 267).*

Il s'agit donc d'envisager la notion de symétrie entre humains et non-humains et ainsi les interactions qui ne sont pas neutres et ont un rôle actif.

Pour les auteurs de l'ANT (*Actor-Network Théorie*), la société, les acteurs doivent être envisagés comme le corollaire d'un réseau rassemblant humains et non-humains reliés entre eux. Pour ce faire, il a fallu donner un rôle à ces humains et non-humains et c'est ce que Callon restitue dans sa théorie de la traduction qu'il interprète comme :

*« le mécanisme par lequel un monde social et naturel se met progressivement en forme et se stabilise pour aboutir, si elle réussit, à une situation dans laquelle certaines entités arrachent à d'autres, qu'elles mettent en forme, des aveux qui demeurent vrais aussi longtemps qu'ils demeurent incontestés » (CALLON, 1986, p. 205)<sup>145</sup>*

<sup>143</sup> Ou ANT (*Actor-Network Théorie*) appelée aussi « sociologie de la traduction ».

<sup>144</sup> Dont : Madeleine Akrich et al., 2006 ; Michel Callon, 1986 ; Bruno Latour, 1989, 2006.

<sup>145</sup> Cité par Lassave Pierre, « Sociologie de la traduction. L'exemple de la « Bible des écrivains », Cahiers internationaux de sociologie 1/2006 (n° 120), p. 133-154.

Le processus de traduction permet ainsi de dépasser les controverses (rapports de forces, jeux de pouvoirs... présents dans toute activité) en passant par quatre étapes :

- \* **La problématisation** : qui permet de formuler le problème ;
- \* **L'intéressement** : qui permet d'imposer et de stabiliser l'identité des autres acteurs ;
- \* **L' enrôlement** : définit comme un intéressement réussi ;
- \* **La mobilisation des alliés**, des porte-paroles pour permettre l'extension du réseau. Callon (1986, p.185) :

Puisque la société est le résultat provisoire d'un réseau, les objets sont alors considérés comme des agencements humains/non-humains qui agissent à distance sur des événements, des lieux ou des personnes : « Ils coordonnent les actions ; ils agissent ou font agir les autres » (CALLON, MILLO, & MUNIESA, 2007, p. 2). Les objets sont ainsi considérés comme actants, comme performants<sup>146</sup>. Les outils ne sont plus considérés uniquement comme un artefact technique, mais bien comme des objets complexes résultants d'un réseau d'actants.

L'analyse de l'outil est alors celle de l'outil « en train de se faire », elle vise à comprendre par quel processus de traduction on arrive à ce résultat, par quels acteurs, par quelles interactions, par quels rôles... ? L'implantation d'un outil de gestion de ce point de vue est tributaire d'une co-construction entre humains et non-humains. (PRESTON, COOPER, & COOMBS, 1992 ; BRIERS & CHUA, 2001 ; MUNIESA & CALLON, 2009).

## II.2 La théorie de l'activité

Cette théorie est parue dans les années 20 par l'école historique et culturelle soviétique de la psychologie<sup>147</sup>. Elle considère que l'outil n'est pas achevé et qu'il le sera grâce aux schèmes d'utilisations nécessaires à son usage. C'est par ce mécanisme qu'il sera porteur d'apprentissages collectifs. L'outil est considéré ici comme une construction sociale, il est médiateur d'interactions multiples. Il n'est plus seulement un outil constitué d'un artefact technique, mais il devient un instrument mu par l'actionnabilité des utilisateurs.

On distingue de ce point de vue deux types de travaux en gestion :

1. une réflexion mettant en avant que **l'instrument est organisateur de l'activité**,
2. et une autre mettant en avant que **l'activité est forcément collective**.

La première approche défendue par Rabardel (1995, 2005) lie étroitement l'outil à la notion d'apprentissage. L'utilisation d'un outil nécessite son appropriation. L'utilisateur en sera également transformé. Cette activité médiatisée par les instruments peut contribuer à l'analyse des pratiques gestionnaires (TEULIER & LORINO, 2005). L'outil intervient dans la construction des apprentissages collectifs.

Le second point de vue, plus récent, défendu notamment par Engeström (1996, 2001) inscrit le sujet dans une collectivité où chaque sujet partage le même objectif sous-tendu par l'activité. Les connaissances sont distribuées parmi les individus. Les normes, les pratiques de travail, les règles implicites ou explicites régulent les interactions permettant la réalisation des activités. L'outil et l'organisation sont intriqués.

<sup>146</sup> La notion de performant s'entend ici au sens de performance : « un ensemble d'activités et d'événements qui instaurent ou modifient un agencement » (Muniesa et Callon, 2009, p.302.).

<sup>147</sup> Dont un des auteurs emblématiques est Vygotski (1986-1934.).

## II.3 Paradigme narratif de l'étude des organisations<sup>148</sup>

L'accent est mis ici sur la dimension communicationnelle de l'outil de gestion. La gestion repose en effet sur la parole, la narration est un moyen d'intervention pour engager ou justifier une action. L'outil de gestion est ici considéré comme un être de langage. Leroi-Gourhan (1964) précisait d'ailleurs que l'outil et le langage sont apparus en même temps. L'extériorisation de l'outil relève du langage et contribue à dématérialiser sa technicité au profit de son usage. Deux courants alimentent ce point de vue.

### II.3.1 L'outil produit des effets organisationnels

Ce premier point de vue considère les écrits (qui ont le caractère d'outils) comme des actes produisant des effets organisationnels.

L'utilisation des outils de gestion implique d'écrire et de modifier le cours des événements (tableau de bord, évaluation, ...). Cochoy, parlant de l'application des normes ISO 9000 dans une entreprise, rapporte que ces normes imposent la traçabilité du processus de gestion. L'action est ainsi structurée, mais cette « *dynamique d'écriture* » imposée structure également le relationnel (COCHOY, GAREL, & TERSSAC, 1998).

### II.3.2 L'outil s'inscrit dans un processus interactionnel

Le second point de vue porté par Karl E. Weick considère que l'outil de gestion s'inscrit dans un processus interactionnel de création de sens ou « *sensemaking* » (WEICK, 1979, 1993, 1995, 2001, 2005).

Lorsque l'action est traduite en langage ou en texte, elle permet l'articulation des schèmes d'interprétation et participe à la production collective de sens. Un autre courant, porté notamment par Roland Barthes, considère que l'outil de gestion est un texte fixe porteur et diffuseur de représentations qui ont été formalisées collectivement. L'outil façonne ainsi les représentations de ses utilisateurs (BARTHES, 1972).

L'outil de gestion peut également être perçu comme un artéfact informationnel tel que le développe Philippe Lorino (2002) qui propose une théorie pragmatique et sémiotique des outils de gestion. L'outil est alors considéré comme un texte qui s'écrit durant l'usage qui est fait de l'outil. L'approche « *pragmatique* » inspiré de la théorie instrumentale (VYGOTSKI, LEONTEV, & LURIA, 1986) nous apporte une vision constructiviste. L'utilisateur, de par son expérience, va construire des « *schèmes transposables* » (LORINO, 2002, p. 12) pour de nouvelles situations, et se construire de nouvelles expériences. Il existe ainsi une interaction entre le sujet et l'objet.

Ainsi l'outil est plus complexe qu'il n'y paraît, car il est à la fois objet et sujet. Herbert Simon dans une approche plus cognitiviste situe le statut des outils de gestion entre ces deux courants :

*« Les planificateurs agissent en mettant en œuvre leur conception, et ceux qui sont affectés par cette action altèrent à leur tour leur propre comportement pour atteindre leurs objectifs dans un environnement modifié » (HERBERT, 1991 (1ère édition 1969), p. 158)<sup>149</sup>.*

Les utilisateurs influent l'utilisation de l'outil, ce point est essentiel dans l'anticipation de la mise en œuvre des outils de gestion et surtout dans le suivi de leur application.

<sup>148</sup> Auteurs défendant ce point de vue : Czarniawaska-Joerges (1988), Brown (1990), Girin (1990), Boje (1991).

<sup>149</sup> Cité par Lorino, (2002). « Vers une théorie pragmatique et sémiotique des outils appliquée aux instruments de gestion. » Groupe ESSEC. p.3.

## II.4 Théorie de l'acteur stratégique<sup>150</sup>

De ce point de vue l'influence de l'outil de gestion est moins directe mais plutôt soumise aux stratégies d'acteurs. L'utilisateur a un comportement rationnel, mais cette rationalité est limitée<sup>151</sup> aux choix possibles en fonction de l'environnement et des capacités de l'acteur. Ce dernier s'arrêtera au premier choix qui le satisfait. Cette approche s'éloigne du néo-déterminisme technologique. La technique n'a que peu d'influence sur le fonctionnement des organisations. L'outil n'est pas considéré comme structurant, il est soumis au jeu des acteurs sociaux. L'outil de gestion est un élément du système formel servant les jeux de pouvoir.

Les outils de gestion seront plutôt abordés par les sociologues des organisations dans la notion de changement (BERNOUX, 2004). Même si la portée rationalisante de l'outil est mise à mal par les acteurs qui en font un usage stratégique et sont en capacité de lui résister ou de le modifier. De ce point de vue, l'autonomie de l'acteur ne peut être remise en cause par une pression exercée par des outils de gestion. Denis Segrestin dans « *L'entreprise à l'épreuve des normes de marché. Les paradoxes des nouveaux standards de gestion dans l'industrie* » (1997) traite du paradoxe des normes qualité qui sont perçues comme un processus de standardisation limitant l'autonomie des acteurs. Pour autant, la mise en œuvre des normes qualité est tributaire des régulations autonomes des acteurs qui se l'approprient et lui donnent un sens concret.

Plus tard, dans les années 80, la théorie de la régulation sociale<sup>152</sup> défendue par Jean-Daniel Reynaud (1988 ; 1997) précise que l'outil de gestion est assimilé à un objet social dépositaire de règles formelles permettant d'orienter et de coordonner l'action.

---

<sup>150</sup> Théorie de l'acteur stratégique portée notamment par : Crozier (1964) ; Crozier et Friedberg (1977) ; Friedberg (1993) dans le cadre du Centre de Sociologie des organisations (CSO) créé par Crozier dans les années 60.

<sup>151</sup> Concept de la rationalité limitée (bounded rationality) forgé par Herbert Simon dans *Administrative Behavior* (1947).

<sup>152</sup> La théorie de la régulation sociale cherche à définir l'influence des règles sur l'élaboration d'une action collective par un groupe social.

Auteur(s)/publication	Idées forces
<b>Théorie de l'acteur-réseau</b>	
<p>PRESTON, A., COOPER, D., &amp; COOMBS, R. (1992). "Fabricating budgets: a study of the production of management budgeting in the national health service". <i>Accounting, Organizations and Society</i>, Vol. 17, N°6, pp. 561-593</p>	<p>(Etude sur la mise en place d'un processus budgétaire au sein d'hôpitaux anglais.) La mise en place d'un outil ne peut se répéter à l'identique, il est dépendant du contexte dans lequel il évolue.</p>
<p>BRIERS, M., &amp; CHUA, W. (2001). "The role of actor-networks and boundary objects in management accounting change: a field study of an implementation of activity-based costing". <i>Accounting, Organizations and Society</i>, Vol. 26, N° 3, pp. 237-269</p>	<p>L'outil de gestion est « une boîte noire ». Pour comprendre son implantation il faut étudier les conditions de son implantation et les nombreuses interactions humaines ou non-humaines, ainsi que les adaptations nécessaires à sa survie.</p>
<b>La théorie de l'activité</b>	
<p>RABARDEL, P. (1995). "Les hommes et les technologies. Approche cognitive des instruments contemporains". Paris : Armand Colin.</p>	<p>Il existe des interactions entre l'instrument, le sujet et l'objet. L'outil n'est pas composé uniquement d'un artéfact matériel mais également de schèmes d'utilisations permettant d'organiser l'action des sujets.</p>
<b>Paradigme narratif de l'étude des organisations</b>	
<p>FRAENKEL, B. (1995). "La traçabilité. Une fonction caractéristique des écrits de travail". <i>Connexions</i>, N°65, pp. 63-75.</p>	<p>La succession des écrits, la traçabilité permettent d'organiser l'action. L'écrit n'a pas uniquement une fonction d'information mais aussi une fonction performative.</p>
<p>PEREIRA, R. (2002). "An adopter-centered approach to understanding adoption of innovations". <i>European journal of Innovation Management</i>, Vol. 5, N° 1, pp. 40-49.</p>	<p>L'adoption d'un outil de gestion passe par un processus d'appropriation. Certains facteurs sociocognitifs peuvent influencer cette adoption.</p>
<b>Théorie de l'acteur stratégique</b>	
<p>BERNOUX, P. (2002). "Le changement dans les organisations : entre structures et interactions". <i>Relations Industrielles/Industrial Relations</i>, Vol.57, N°1, pp. 77-99. BERNOUX, P. (2004). "Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations". Paris : Seuil.</p>	<p>Les changements organisationnels ne peuvent avoir lieu que si les acteurs s'approprient les outils de gestion.</p>
<p>PICHAULT, F., &amp; NIZET, J. (2000). "Les pratiques de gestion des ressources humaines : approches contingente et politique". Paris : Seuil "Points-Essais Sciences humaines".</p>	<p>(Pratiques de GRH.) Même si l'outil est porteur d'une prétendue neutralité, il existe une certaine tension liée à l'appropriation ou à la réappropriation des outils au gré du jeu des acteurs.</p>

TABLEAU 21 : APPROCHE INTERACTIONNELLE A TRAVERS CERTAINES PUBLICATIONS (EXTRAITS CHIAPELLO & GILBERT, 2013, CHAP. V).

### III Perspectives socio-politiques, cognitives, symboliques

Les différentes approches observées permettent de considérer trois perspectives distinctes d'études des outils de gestion : socio-politique, cognitive ou symbolique.

#### \* Perspective socio-politique

Dans une perspective socio-politique, les outils sont présentés comme des « machines à fabriquer des interprétations » (BOUSSARD & MAUGERI, 2003, p. 27), ils permettent de structurer les rapports sociaux par leurs usages, leurs détournements, leurs interprétations engageant des stratégies individuelles ou collectives<sup>153</sup>. Les outils s'intègrent aux organisations, ils sont eux-mêmes déterminants de l'action collective.

#### \* Perspective cognitive

Dans une perspective cognitive, l'outil est vecteur d'apprentissage, car il s'intègre dans les schémas connus de l'acteur (assimilation). Il permet une interprétation possible par l'utilisateur, on parle alors d'accommodation (PIAGET, 1967). L'influence de l'outil de gestion s'étend sur l'organisation, sur les pratiques, mais aussi sur l'individu lui-même :

*« Dans son activité, le sujet n'est pas simplement dans un rapport avec l'objet, il est également dans un rapport à lui-même : il se connaît, se gère et se transforme lui-même » (RABARDEL, 2005)<sup>154</sup>.*

#### \* Perspective symbolique

Enfin, dans une perspective symbolique, l'outil est vecteur de construction de sens (WEICK, 1995). L'appropriation est tributaire du contexte institutionnel, des valeurs, croyances et identités des acteurs, mais aussi des contraintes externes réglementaires... A ce titre, l'outil devient un objet d'analyse (LORINO, 2007) de mise à distance du contexte.

## IV Mixité de l'outil

### IV.1 Rôle de médiation

L'outil est mixte, il comporte effectivement une part instrumentale (concepts, schémas, ...), mais son usage, la création de sens, son investissement par l'opérateur lui apportent une seconde entité (RABARDEL, 2005). Il est porteur d'une connaissance liée à sa conception, mais il subit aussi une médiation de par son utilisation (HATCHUEL, 2005) et peut se voir réinventé.

*« L'appréciation de la "valeur" d'un outil de gestion ne saurait donc se résumer à l'analyse de ses propriétés intrinsèques mais est indissociable des capacités créatrices des usagers, de la façon dont ils transforment, donnent du sens à l'invention initiale » (ALTER, 2000, p. 242)<sup>155</sup>.*

Il existe donc un double rapport entre l'acteur et l'outil, à la fois un rapport de contrainte liée à l'artéfact même de l'outil et un rapport habilitant qui s'exerce dans la distance

<sup>153</sup> En référence à l'analyse stratégique (Crozier, Friedberg, 1977) et à la régulation conjointe (Reynaud, 1988).

<sup>154</sup> Cité par Grimand Amaury, « L'appropriation des outils de gestion et ses effets sur les dynamiques organisationnelles : le cas du déploiement d'un référentiel des emplois et des compétences », *Management & Avenir* 4/2012 (n° 54), p. 237-257.

<sup>155</sup> Ibid.

réflexive qu'apporte l'outil sur les pratiques professionnelles. En effet, les utilisateurs mobilisent dans l'usage l'artefact<sup>156</sup> technologique de l'outil, mais ils inscrivent aussi dans l'usage leurs propres schèmes d'interprétations, leurs expériences, leurs compétences. Il existe bien une interaction entre l'artefact technologique et la "technology-in-practice" (ORLIKOWSKI, 2000).

## IV.2 Processus itératif

Il existe alors un processus itératif entre la conception et l'usage entraînant des « prescriptions réciproques » (HATCHUEL, 1994) nécessaires pour créer une :

*« concomitance et des renforcements mutuels entre le processus de conception instrumentale et celui de la fixation des modalités d'usage, qui serait fondé sur l'organisation d'une interactivité continue entre parties prenantes » (MOISDON J.-C. , 2005, p. 248)<sup>157</sup>.*

Philippe Lorino parle du processus permanent de construction des outils de gestion. Ils peuvent être détournés, voire réinventés par les utilisateurs « nul ne sait ce que peut un outil » (LORINO, 2002).

Le statut des outils de gestion paraît alors ambigu. La vision instrumentale de l'outil côtoie la vision plus intégrée aux comportements des acteurs qui l'utilisent donnant du sens, une signification à l'action. Ce point conforte l'idée que l'outil de gestion n'a de sens que lorsqu'il interagit avec l'activité humaine.

## IV.3 Rôle fondamental de l'appropriation

Outre l'outil, c'est donc l'usage, l'appropriation par l'opérateur qui en fera un outil de gestion efficace. Bien souvent dans les organisations hospitalières, les acteurs se voient inondés d'outils dits « de gestion » dont le sens pour l'action n'est pas toujours compréhensible.

Les principes qualité d'amélioration du système de management de la qualité et de la sécurité des soins sont étroitement liés à l'appropriation des outils qualité par les parties prenantes. Pour qu'une démarche qualité soit pérenne, les acteurs de cette démarche doivent assimiler les outils de gestion intégrés à l'organisation. Même si l'idée stratégique sous-tendue est la « formalisation de l'action organisée » (DAVID, 1998) et donc la rationalisation des processus, il est capital que l'usage et l'appropriation de ces outils se fassent dans les meilleures conditions. A cette fin, il nous semble nécessaire de comprendre plus précisément l'impact des outils de gestion sur l'organisation et donc sur l'organisation hospitalière.

<sup>156</sup> « Terme des anthropologues pour désigner les objets techniques, matériels ou symboliques », (CHIAPELLO & GILBERT, 2013 p.160).

<sup>157</sup> Ibid. Grimand Amaury.

---

*Section III - Impacts des outils de gestion sur  
l'organisation*

---

## I La dimension organisationnelle des outils de gestion

---

### I.1 Les outils sont fondateurs de l'organisation

Les outils de gestion ont une dimension organisationnelle, ils sont souvent imposés par des contraintes, des réglementations externes à l'entreprise et déployés sur la ligne opérationnelle. Ils sont ensuite appropriés par les acteurs de l'organisation selon des schèmes cognitifs, socio-politiques propre à chaque individu, mais reflétant aussi l'action collective, les valeurs et croyances de l'organisation. Or, l'action collective n'est pas figée elle change, évolue en permanence.

Les outils de gestion sont alors fondateurs de l'organisation car ils créent un système de significations donnant socialement un sens à l'organisation. Ce sens donné par les outils de gestion provient de l'interprétation qui en est faite par l'utilisateur, qui, lui-même, par son action produira de nouveaux signes, de nouvelles interprétations. « *Les outils de gestion ne déterminent pas l'action, mais ils construisent un langage sur l'action et influent sur les schèmes interprétatifs des acteurs.* » (LORINO, 2002, p. 22)<sup>158</sup>.

Les outils de gestion ont ainsi un impact organisationnel, ils accompagnent les changements et permettent l'intégration du fonctionnement organisationnel (MOIDSON, 1997).

### I.2 Les outils répondent aux pressions externes

Les organisations peuvent manifester des comportements très différents vis-à-vis de l'appropriation : une forme de « *mimétisme* » (DIMAGGIOET & POWELL, 1983), une « *dynamique d'urgence* » (DE VAUJANY & CLUZE, 2004) voire une appropriation organisée, « *structurée* ».

Concernant l'hôpital, il existe une forme de mimétisme induite par la forte influence du secteur privé, mais aussi par la réglementation. Or, lorsque les organisations développent une vision conformiste, cela est souvent dû à des pressions normatives ou coercitives<sup>159</sup>. La comparaison du secteur privé en matière de gestion de la performance et la dégradation de l'image du service public sont des pressions supplémentaires, formelles ou non. L'hôpital est une organisation à forte professionnalisation. Nous entendons le terme professionnalisation par :

*« l'ensemble des efforts collectifs des membres d'une profession à la fois pour définir les conditions et les méthodes de travail et pour établir une base cognitive légitime à leurs activités, leur procurant un degré d'autonomie suffisant »* (DIMAGGIO ET POWELL, 1983, p.152).

C'est dans ce type d'organisation que l'on retrouve un isomorphisme dit « *normatif* » (résultant de l'adaptation aux normes)<sup>160</sup>. C'est aussi par la norme que l'organisation acquière une certaine légitimité (MEYER & ROWAN, 1977).

---

<sup>158</sup> Cité par Lorino, P. (2002). *Vers une théorie pragmatique et sémiotique des outils appliquée aux instruments de gestion*. Groupe ESSEC.

<sup>159</sup> Selon la théorie néo-institutionnelle Meyer et Rowan, 1977 ; DiMaggio et Powell, 1983.

<sup>160</sup> En opposition aux autres catégories avancées par les auteurs : « *l'isomorphisme coercitif* » : en vertu de la réglementation ; « *l'isomorphisme mimétique* » : duplication des modes de fonctionnement d'autres organisations ayant subies les mêmes mutations.

### I.3 Les outils sont réducteurs de la complexité

Pour certains auteurs, les outils de gestion réduisent la complexité. En effet, Pour Berry (1983) la simplification en gestion est « une réduction de la complexité nécessaire et périlleuse », les acteurs « sont obligés de simplifier pour appréhender et pour agir ». Entre la conception et la mise en œuvre des outils de gestion les acteurs traversent une phase d'appropriation, de mise en usage, étape nécessitant une certaine réflexivité de leur part. Ainsi, l'usage qui est fait de l'outil permet aussi de décrypter son processus d'appropriation.

L'outil de gestion n'est pas uniquement destiné à simplifier la mise en acte par l'utilisateur<sup>161</sup>, la technicité de l'outil est parfois conçue loin des réalités organisationnelles. L'utilisateur opère par interactions, échanges, procède à des simplifications. Il s'agit d'un pilotage « réflexif », un « retour continu qu'effectue un individu sur ses actes et à partir de ses actes » (DE VAUJANY 2006). L'utilisateur se sert des imperfections de l'outil pour construire un usage conforme ou non au modèle conçu. D'autres acteurs vont à leur tour se réappropriier l'outil reconstruit :

« Les savoirs, en partie théoriques, détenus par les prescripteurs à l'origine du processus, ne s'éprouvent qu'au contact des destinataires de l'expertise ; c'est au cours de ces échanges réciproques qu'ils se « contextualisent » et prennent un sens concret pour les opérationnels » (AGGERI & HATCHUEL 1997, p. 244<sup>162</sup>).

C'est la transformation de l'outil de gestion par l'utilisateur qui facilite son appropriation. Les utilisateurs sont une « chaîne innovante » de modification de l'outil (Akrich, 1998 ; Proulx, 2001 ; Nobre et Biron, 2002). Ils participent à la modification du statut de l'outil et lui redonnent une identité propre. Ainsi l'outil possède un statut propre d'autonomisation :

« en se trouvant saisi par des acteurs variés de l'organisation, pour des usages qui se trouvent éloignés de ceux qui lui étaient assignés, en oubliant les conventions obligatoires et donc les précautions d'utilisation qui avaient prévalu lors de leur construction » (ENGEL & al., 1997, p. 115<sup>163</sup>).

Mais pour cela les utilisateurs doivent interagir, s'accorder sur la valeur attribuée à l'outil et sur un consensus d'utilisation, coopérer malgré des intérêts souvent divergents. La tentative de rapprochement de leurs intérêts se focalise alors sur des « points de passage » et de rassemblement, sur des « objets frontière »<sup>164</sup>. Les utilisateurs tendent ainsi à réduire la complexité à des fins généralement individuelles, mais avec une portée bien souvent organisationnelle.

### I.4 Les outils influencent le social

Cependant, si les utilisateurs sont les « transformateurs » et les interprètes de l'outil, peut-on réellement gérer l'appropriation, a fortiori dans un contexte contraint tel que l'hôpital ?

« Toute réflexion sur l'appropriation des outils de gestion suppose une conceptualisation de la notion d'outils de gestion, de la même manière que toute réflexion sur le statut des outils de gestion implique une analyse des mécanismes de leur appropriation. » (DE VAUJANY F. X., 2006)<sup>165</sup>

<sup>161</sup> Courant structurationniste : Orlikowski 2000 ; Archer 1995 ; Giddens 1987.

<sup>162</sup> Cité par De Vaujany François Xavier, « Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage », *Management & Avenir* 3/2006 (n° 9), p. 109-126.

<sup>163</sup> Cité par Rocher, S. (2008). *De l'implantation à l'appropriation d'un outil de gestion comptable dans le secteur public local : Une approche interactionniste. Comptabilité-Contrôle-Audit*, 14(1), 49-67.

<sup>164</sup> « Objets qui sont positionnés à l'intersection de plusieurs mondes sociaux et qui répondent aux besoins de chacun d'entre eux. » STAR et GRIESEMER 1989, p. 393 cité par ROCHER, 2008/1, p. 57).

<sup>165</sup> De Vaujany François Xavier, « Introduction générale au cahier spécial. Les outils de gestion : vers de nouvelles perspectives théoriques », *Management & Avenir* 3/2006 (n° 9), p. 107-108.

Les processus d'appropriation des outils de gestion sont influencés par certains facteurs organisationnels et stratégiques<sup>166</sup>. Ainsi, l'intégration d'outils de gestion peut répondre à la mise en application de normes, de réglementations comme nous l'avons vu, ou elle peut viser à légitimer une stratégie ou à favoriser l'adhésion des acteurs. La mise en œuvre de l'outil de gestion, sa représentation et sa façon d'être manipulé par les opérateurs (LORINO, 2002) peut alors légitimer ou valider les choix réalisés. En effet, l'outil est transformé par les acteurs au fur et à mesure de son utilisation, de sa diffusion dans l'organisation.

Les outils de gestion qui sont intégrés à l'hôpital comme par exemple, les référentiels, les outils de gestion des événements indésirables seront nécessairement transformés, malaxés, interprétés ou réinterprétés par les acteurs. A terme, ces outils vont remettre en question les modèles de l'action collective (GRIMAUD, 2006). L'outil de gestion trouve progressivement une place sociale dans l'organisation, car ce sont les acteurs utilisateurs qui donneront un usage à l'outil et une place institutionnelle.

Cependant, la mise en place d'outils de gestion parfois sophistiqués, participe à un sentiment de divergence entre le travail « prescrit » et le travail « réel ». L'outil de gestion mobilise des connaissances, des combinaisons de savoirs nécessaires à sa compréhension et à son utilisation, ce temps de travail est « invisible ». Il apparaît alors une distinction entre ce que Berry appelle les « abrégés du vrai » (la réalité du travail) et les « abrégés du bon » (ce qui est perçu comme optimisable dès la conception) (BERRY, 1983)<sup>167</sup>. « *Le travail effectif ne pourra jamais être intégralement rendu à la visibilité* » (DEJOURS 1993, p. 29).

Il est alors essentiel de penser l'outil dès sa conception, car l'impact sur la charge de travail des professionnels n'est pas anodin, il ne doit pas être vécu comme une difficulté supplémentaire mais bien comme une aide au travail. Dans les organisations hospitalières de nombreux outils ont été interprétés comme « encombrants » le quotidien<sup>168</sup>, d'une part parce qu'ils ne bénéficiaient pas d'une réflexion conceptuelle en lien avec la réalité du travail, et d'autre part, car l'accompagnement de ces outils n'était pas toujours présent. C'est l'exemple des tableaux de bords de suivi des indicateurs généralisés dont le recueil est réglementé, souvent dévolu aux opérateurs, mais peu explicite.

Il faut noter également que deux logiques s'opposent à l'hôpital, une logique professionnelle liée au service public et à la prise en soins individualisée du patient et une logique instrumentale de la rentabilité et de l'efficacité. L'outil est alors perçu comme contraignant et « *constitue pour le sujet un ensemble de contraintes qui s'imposent à lui et qu'il doit gérer dans la singularité de chacune de ses actions* » (RABARDEL, 1995, p. 175). L'outil véhicule une rationalité instrumentale en opposition avec la rationalité contextualisée des acteurs qui l'utilisent.

### 1.5 Légitimation nécessaire de l'outil

Certains auteurs approchent la notion d'appropriation à celle de légitimation. La légitimation est « *un processus complexe de nature à la fois symbolique, cognitive, identitaire* » (BUISSON, 2006, p.157). Suchman définit la légitimité comme une :

« *perception généralisée ou supposition selon laquelle les actions d'une entité sont désirables, et appropriées au sein d'un système socialement construit de normes, de valeurs, de croyances et de règles partagées* ». (SUCHMAN 1995)<sup>169</sup>

---

<sup>166</sup> Rouchon, S. C., Perez, M., & Teyssier, C. (2006). L'influence des facteurs organisationnels et stratégiques sur l'appropriation des outils comptables et financiers. *Management & Avenir*, (3), 127-140.

<sup>167</sup> Berry, M. (1983). *Une technologie invisible, l'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*.

<sup>168</sup> En référence à l'histoire de l'implantation de l'outil de gestion du CHU traité dans la partie empirique de notre travail.

<sup>169</sup> Buisson et Suchman sont cités par Bédé Didier, Bédé Sébastien, Fiorello Amélie, Maumon Nathalie, « L'appropriation d'un outil de gestion de la qualité à travers le prisme de la légitimité : le cas d'un Institut d'Administration des Entreprises », *Management & Avenir* 4/2012 (n° 54), p. 83-106.

La promulgation de l'outil doit être portée par des « *légitimateurs* » dont le rôle sera de promouvoir l'outil de gestion en s'appuyant sur des ressources pragmatiques mais aussi sur des ressources plus symboliques comme les croyances, les valeurs, les rites, les idéologies (PETTIGREW, 1979)<sup>170</sup>. Le légitimateur devra mobiliser des « *symboles évocateurs partagés* » (LAUFER 2008). La tâche n'est pas aisée, les « *légitimateurs* » sont souvent des acteurs désignés de par leur fonction centrale : les cadres intermédiaires notamment. Pour autant la compréhension de tels enjeux n'est pas innée.

Or, le niveau d'appropriation de l'outil peut s'analyser à travers sa légitimité dans l'organisation. De plus la légitimité peut être perçue de multiples façons selon Grimaud (2006). Elle est vécue de façon pragmatique lorsque les échanges autour de l'outil apportent des bénéfices aux acteurs ou « *allant de soi* », lorsque la compréhension est rendue claire par l'explicitation de l'outil. Elle peut être « *dispositionnelle* » car les acteurs pourront lui accorder bonne ou mauvaise réputation.

Pour LIVIAN et BARET (2002) « *la quête de la légitimité est au moins aussi importante que la quête de l'efficacité* »<sup>171</sup>. Ainsi l'isomorphisme institutionnel pousse les organisations à adopter des outils de gestion apportés du secteur privé par exemple plus par souci de légitimité que d'efficacité. C'est bien souvent la réalité des organisations hospitalières.

Les facteurs d'intégrations de ces outils doivent être étudiés en amont et prendre en compte les spécificités des activités des professionnels.

## II Outils de gestion et organisations hospitalières

---

### II.1 Un contexte de modernisation favorable à l'implantation des outils de gestion

Si l'on se réfère au courant néo-institutionnel « *les organisations sont façonnées par les pressions internes et externes auxquelles elles sont soumises* » (DI MAGGIO ET POWELL, 1983 ; KOSTOVA ET ROTH, 2002 ; SCOTT, 1995, 2001). L'organisation hospitalière est concernée, elle subit des pressions externes, réglementaires, légiférées, et internes par de perpétuels réajustements et évolutions nécessaires à la mise en application des réformes.

Dès les années 90, l'hôpital entre dans un contexte de « *modernisation* » de son fonctionnement et de maîtrise des dépenses non sans l'influence de principes issus du New Public Management (NPM). De nombreuses réformes viennent alors restructurer l'hôpital sous l'influence de la Loi Organique relative aux Lois de Finance (LOLF)<sup>172</sup> et de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) mise en place par l'Etat dans les années 2000 pour améliorer l'action publique. L'article 51 de la LOLF introduit une obligation d'évaluation par les indicateurs :

« *évaluer une politique publique, c'est d'abord en mesurer l'efficacité à l'aide d'indicateurs de performance pour, dans un second temps, en apprécier la pertinence* »<sup>173</sup>.

Ainsi, l'intégration des outils de gestion est dès lors un moyen pour optimiser l'amélioration des objectifs de performance. Ces instruments de gestion « *prennent une place*

---

<sup>170</sup> Cité par BEDE Didier et al., dans (LAUFER), *Management & Avenir*, 2012/4 n° 54, p. 83-106.

<sup>171</sup> Cités par Abid Lobna, « *La greffe des outils de gestion dans les hôpitaux publics tunisiens* », *Management & Avenir* 4/2012 (n° 54), p. 107-125.

<sup>172</sup> Loi Organique relative aux Lois de Finance : elle institue de nouvelles règles d'élaboration et d'exécution du budget de l'Etat. Elle introduit les démarches de performances. (1er août 2001).

<sup>173</sup> « *L'Etat en quête de performance* », *Problèmes économiques*, n° 2907, La documentation française, 2006.

*fondamentale dans la transformation de l'action publique. Ils doivent faciliter la mise en place des réformes et constituent souvent, en eux-mêmes, le but de ces réformes.» (MAZOUZ, SPONEN, & ROUSSEAU, 2015, p. 98).*

### II.2 Des outils de gestion participant aux objectifs de performance

Des principes de contractualisation interne (mise en place des pôles) et externe (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens souscrits entre les établissements et les Agences Régionales de Santé) sont posés et légiférés<sup>174</sup>. Des principes de responsabilisation sont prônés et traduits notamment :

- \* par les principes de délégation de gestion en vue d'une meilleure allocation des ressources,
- \* par la mise en œuvre des pôles d'activités avec le « *plan hôpital 2007* »<sup>175</sup>

et inscrits politiquement par la création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) en 1996 suivi des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2009.

Les outils de gestion ont été importés du secteur privé, conçus à l'origine pour ce type d'organisation (LEVANT & DE LA VILLARMOIS 2001). L'introduction des outils de gestion dans le secteur public avait pour premier objectif d'évaluer le coût des actions publiques. Or, un second objectif s'est peu à peu développé, celui de la mesure de l'efficacité des actions publiques. Cependant, les caractéristiques des organisations publiques et privées sont très différentes. Bartoli (2005) note quatre facteurs de blocage dans les organisations publiques :

- \* « **Stratégique** » par la difficulté de faire cohabiter les logiques institutionnelles et la légitimité des outils de gestion ;
- \* « **Structurel** » par les lourdeurs institutionnelles, les contraintes réglementaires et le manque d'autonomie des acteurs notamment ;
- \* « **Culturel** » en lien avec la notion de service public, des fortes identités professionnelles rencontrées à l'hôpital et des routines de fonctionnement ;
- \* « **Comportemental** » l'auteur note peu de stimulation individuelle des acteurs et un certain niveau d'attentisme. . (BARTOLI, A.,2005).<sup>176</sup>

### II.3 Des outils de gestion implantés dans une organisation professionnelle particulière

Les acteurs clés du processus d'instrumentation sont les acteurs de l'organisation. Or, les organisations hospitalières comportent de multiples acteurs. L'hôpital est en effet, une organisation professionnelle, elle est composée de nombreuses professions « *parcellisées et composites* » ainsi que l'affirment Glouberman et Mintzberg (2001). Ces auteurs identifient quatre groupes professionnels :

<sup>174</sup> Par successivement la Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, et la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>175</sup> Le plan hôpital 2007 était un plan pour les établissements hospitaliers publics et privés au service de la santé des patients visait l'allègement des contraintes extérieures aux établissements et la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics.

<sup>176</sup> Ce dernier paragraphe est tiré de notre article : Hayo-Villeneuve, S.; Husson J. (Mars 2015). « Etude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité dans une organisation hospitalière : apports de la théorie de la structuration. » In QUALITA'2015.

- \* Celui du « **care** », les soins apportés par les professionnels paramédicaux ;
- \* Du « **cure** » en lien avec le traitement représenté par les prescripteurs (les médecins) ;
- \* Le « **management** » et
- \* Le « **conseil d'administration** ».

De fait, le statut professionnel est fortement défendu par chaque métier et la notion d'appartenance renforce le sentiment de cloisonnement intra organisationnel où chaque catégorie d'acteur a sa propre rationalité, ses langages....

*« Le territoire hospitalier se révèle être marqué par une multitude de forteresses, où de micro-féodalités se disputent, des pouvoirs s'affrontent, chacun cherchant à faire valoir son ordre, celui des médecins, celui des infirmiers... » (HERREROS, 2007)<sup>177</sup>.*

Ce clivage transparait également dans la mise en œuvre des outils de gestion qui ont un rôle dans les dynamiques organisationnelles.

### II.4 Des outils de gestion composante gestionnaire<sup>178</sup>

Les évolutions qui ont marquées les organisations hospitalières ont participé à la multiplicité d'implémentations d'outils de gestion à visée rationalisante des organismes publics. L'intégration des outils de gestion dans les organisations hospitalières et, notamment sous l'impulsion de la LOLF, s'est faite de manière très variée : mise en place d'indicateurs de performance, tarification à l'activité, procédures de certifications... Les établissements hospitaliers se sont vus dotés de nombreux outils de gestion. Ces outils se multiplient dans les organisations et prennent la forme de normes, de règles comptables, d'outils de gestion des compétences... Cette instrumentation gestionnaire n'est pas sans effet sur les organisations (GILBERT, 1998). En effet, ces outils participent à la construction de l'organisation en influant sur les rôles sociaux des acteurs.

L'outil de gestion est alors une composante gestionnaire essentielle à l'organisation, intégrée à un dispositif de gestion. Pour De Vaujany, les outils de gestion sont un :

*« ensemble d'éléments de design organisationnel porté par une intention stratégique, produit et géré par le centre ou le pivot d'un collectif organisé, et qui vise à intégrer les outils et les acteurs de façon cohérente, et dans le respect de certaines règles de gestion » (DE VAUJANY, 2006, p.113).*

La composante organisationnelle des outils de gestion est indéniable, cependant la part de l'utilisateur, ainsi que nous l'avons vu est essentielle dans l'intégration voire la légitimation de l'outil. Or, le processus d'appropriation est complexe et il nécessite d'être explicité afin de saisir le sens profond des interactions qui peuvent se produire entre les outils et les acteurs-utilisateurs.

<sup>177</sup> Cité par Abid Lobna, « La greffe des outils de gestion dans les hôpitaux publics tunisiens », *Management & Avenir* 4/2012 (n° 54), p. 107-125.

<sup>178</sup> Ce titre est extrait de : « Etude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité dans une organisation hospitalière : apports de la théorie de la structuration. » Hayo-Villeneuve, S. ; Husson J. (Mars 2015) In QUALITA'2015.

---

*Section IV - De l'usage à l'appropriation des outils  
de gestion par les acteurs*

---

L'usage dans sa définition littérale est « l'utilisation d'un objet, naturel ou symbolique, à des fins particulières » (Dictionnaire de sociologie, Robert, 1999)<sup>179</sup>. C'est également « attribuer à un sujet de droit la propriété, c'est-à-dire le fait d'user et de disposer des choses de la manière la plus absolue » (Article 544 du Code Civil). L'appropriation est l'action de « rendre propre à un usage, à une destination » (GRIMAND A. 2006, p. 242).

Le processus d'appropriation est complexe, il doit s'entendre du point de vue des concepteurs et des utilisateurs à la fois dans le sens d'une possibilité d'optimisation de l'outil, d'un apprentissage, pour rendre l'outil propre à l'usage, et aussi dans la perspective de l'utilisateur et de l'utilisation de l'outil à des fins personnelles (puisqu'il peut servir les intérêts de l'utilisateur).

Entre la conception à distance de l'usage et l'utilisation réelle qui en est faite, il existe une certaine « flexibilité interprétative et instrumentale » (DE VAUJANY, 2006 p116). Pour le concepteur l'outil est construit dans une visée d'efficacité (perspective rationnelle), l'utilisateur va, quant à lui, s'inscrire dans une dynamique d'apprentissage (perspective psycho-cognitive) modifiant réinterprétant l'outil, créant une notion intermédiaire à l'utilisation : la régulation autonome.

L'appropriation est, de fait, un long processus dans lequel on retrouve :

- \* Une étape de « **pré-appropriation** » celle de la première interprétation,
- \* Une étape « **d'appropriation originelle** »
- \* Puis de « **réappropriation** ».

## I Les processus d'appropriation

Les processus d'appropriation sont défendus par deux courants théoriques celui de la « conception à l'usage » (LIN ET CORNFORD, 2001) et celui de la « mise en acte » (DE VAUJANY F. X., 2006, p. 109). Les courants « représentationnistes » (LORINO, 2002 et 2005) évoluent vers une vision plus actionnaliste : l'outil est perçu comme un vecteur d'apprentissage et non plus comme un « levier à la rationalité des acteurs » (DEVAUJANY, 2006 p.110)<sup>180</sup>.

Les usages des outils de gestion sont de nature très variée : réinvention continue (RICE & ROGERS, 1980), improvisation (PERRIAULT, 1989), adaptation (LÉONARD-BARTON, 1988), ajustements (IVES & OLSON, 1984), bricolage (CIBORRA, 2004), voire braconnage (DE CERTEAU, 2002) etc.... Ce sont ces étapes qui participent au processus d'appropriation. Elles témoignent de la dynamique de l'outil. Ce qu'en font les utilisateurs participe au mouvement d'appropriation.

<sup>179</sup> Source : Jauréguiberry, F., & Proulx, S. (2011) « Usages et enjeux des technologies de communication. »

<sup>180</sup> Il existe d'autres concepts traités par des auteurs proches de celui de l'appropriation : adoption, assimilation, diffusion, acceptation, structuration...

## 1.1 L'appropriation définit le statut des outils de gestion

Le concept d'appropriation, traité par de nombreux auteurs<sup>181</sup>, a repensé le statut des outils de gestion qui ont un rôle certain dans les dynamiques organisationnelles en termes d'apprentissage, de création de sens par exemple. Les outils sont ainsi perçus comme vecteur de réflexivité (MOISDON, 1997 ; DAVID, 1998), d'apprentissage organisationnel, de structuration des relations entre acteurs, d'effets non prévus sur les dynamiques organisationnelles (AGGERI ET LABATUT, 2010). L'outil de gestion est :

*« un moyen matériel et/ou conceptuel mettant en relation plusieurs variables issues de l'organisation et destiné à instruire les actes classiques de la gestion : prévoir, décider, évaluer, contrôler. » (GRIMAND A. , 2012/4, p. 238)<sup>182</sup>.*

L'appropriation des outils de gestion est multidimensionnelle. La valeur attribuée à l'outil est différente selon que l'on se situe du côté de l'utilisateur ou du concepteur, mais aussi selon que l'on se situe au démarrage de l'utilisation de l'outil ou à la suite du processus d'appropriation (DE VAUJANY 2005 ; GRIMAND, 2006). Ainsi la dynamique d'usage n'est pas prédéterminée dans l'outil. L'appropriation n'est pas prévisible. C'est ce point de vue qui nous paraît fondamental. Les facteurs d'intégration des outils de gestion de la qualité ne sont pas tributaires de l'outil mais bien de son usage.

Le facteur humain est essentiel. Pour Ségrestin (2004) l'utilisation des outils de gestion interroge les acteurs, les questionne. Ils interprètent, négocient et donc, donnent un sens à l'outil. L'utilisateur va ainsi devoir confronter ses propres schèmes sociocognitifs à l'interprétation de l'outil dans sa « mise en acte ». Philippe Lorino (2002) a conceptualisé l'activité instrumentée des individus dans l'usage des outils de gestion. Une vision trop déterministe et technique des outils de gestion serait incomplète. Les acteurs d'une organisation dans leurs individualités n'utilisent pas l'outil de gestion de la même manière ni dans le sens donné par le concepteur. Les comportements, les usages diffèrent d'un individu à un autre. La variété des interprétations et usages des outils de gestion a ainsi un impact sur la structure organisationnelle ou au contraire la structure peut modifier l'usage de l'outil.

Plusieurs modèles théoriques se sont intéressés à la question, ainsi que nous l'avons vu précédemment. Le modèle structurationniste de Giddens (1987) par exemple, explique que si la technologie contraint l'action, elle s'en trouve également modifiée par l'action. Le modèle de « l'acteur réseau »<sup>183</sup> (AKRICH, CALLON ET LATOUR 1988) prend en compte non seulement, le facteur humain (l'utilisateur), le facteur non-humain (l'outil) mais aussi les relations et médiations nécessaires à la mise en action.

Beaucoup d'études ont été réalisées afin de comprendre les usages des outils de gestion. Ainsi, des auteurs tels que Hatchuel et Weil (1992), Bayart (1996), Gilbert (1998) se sont intéressés à la « morphologie » des outils de gestion, d'autres à leur rôle (BERRY, 1983 ; MOISDON, 1997 ; DAVID, 1998) ou aux liens avec l'action collective (LORINO, 2002 ; ENGSTRÖM, 2000) ou encore aux processus d'appropriation (DE VAUJANY, 2005 ; GRIMAND, 2006).

## 1.2 Le processus d'appropriation est intégrateur

Le processus d'appropriation est intégrateur car il met en lien la phase de conception et celle d'utilisation. Mais, il est également dynamique car il insuffle à l'utilisateur la possibilité de transformer l'usage initial, de le réinterpréter ou de le détourner. Nous venons de le voir,

<sup>181</sup> De Vaujany, 2005 ; Grimand, 2006 ; Martin et Picceu, 2007 ; Dominguez-Péry, 2011 ; Oiry, 2011.

<sup>182</sup> Cité par Amaury Grimand, « L'appropriation des outils de gestion et ses effets sur les dynamiques organisationnelles : le cas du déploiement d'un référentiel des emplois et des compétences », *Management & Avenir* 2012/4 (n° 54), p. 237-257.

<sup>183</sup> Ou ANT (Actor-Network Theory) ou sociologie de la traduction.

l'appropriation des outils de gestion est multidimensionnelle. De Vaujany (2005) propose trois perspectives d'appropriation : une perspective rationnelle, une perspective socio-politique et une perspective psycho-cognitive (voir tableau ci-dessous) :

	Nature des objets et outils de gestion	Nature du processus d'appropriation	Fondements théoriques
<b>Perspective rationnelle</b>	Un vecteur de rationalisation, un outil de travail	Un processus normalisé, l'appropriation est "instantanée"	Théorie micro-économique classique Théories fayoliennes et tayloriennes
<b>Perspective socio-politique</b>	Un outil de valorisation une "médaille", de rhétorique un "argument" ou d'influence un "atout")	Un acte social, l'appropriation est un processus collectif qui s'inscrit dans la durée	Sociologie des organisations Crozier et Friedberg, 1977 ; Sainsaulieu, 1998) Sociologie générale Bourdieu, 2000 ; Giddens, 1984 ; Archer, 1995)
<b>Perspective psycho-cognitive</b>	Un support d'apprentissage, un objet affectif ou un objet de traitement de l'information	Un processus psycho-cognitif, l'appropriation est un processus individuel voire collectif qui s'inscrit dans la durée	Théorie de la rationalité limitée Simon, 1965) Psychologie cognitive Piaget, 1967, 1975) Perspective psychanalytique Pagès et al, 1992)

TABLEAU 22 : « TROIS REGARDS SUR L'APPROPRIATION »<sup>184</sup>

\* **Une perspective rationnelle :**

Cette perspective est une vision déterministe de l'outil comme vecteur de rationalisation. L'appropriation est instantanée, il s'agit alors d'une vision mécaniste (de régulation et de contrôle) de l'organisation.

\* **Une perspective socio-politique :**

L'appropriation est ici un processus collectif social. Elle se réalise selon la représentativité sociale des acteurs et les moyens de faire entendre des revendications ou réflexions. L'outil est alors pour l'acteur un moyen de valorisation et de reconnaissance auprès des pairs. Les outils de gestion sont, en effet, appropriés, réappropriés ou réinterprétés par les acteurs. L'utilisateur saisit ainsi les possibilités de marges de manœuvre de l'outil à des fins de valorisations individuelles. La rationalité de l'outil se voit alors transformée puisque résultant désormais des interactions, des dynamiques d'appropriations diverses des utilisateurs.

La visée déterministe de l'objet est modifiée par les acteurs évoluant dans un système organisationnel complexe fait d'interrelations entre individus ou groupes d'individus.

\* **Une perspective psycho-cognitive :**

Dans cette perspective, l'appropriation s'inscrit collectivement ou individuellement dans la durée. Ce point de vue met en avant les capacités des acteurs à influencer les processus organisationnels, voire les autres acteurs, par l'acquisition de nouvelles connaissances (MILLER, 1996). Les outils de gestion deviennent alors des supports d'apprentissage individuels ou collectifs. La perspective psycho-cognitive met en avant l'importance des schèmes de représentations de chacun. Le degré d'appropriation dépend alors de la visibilité, de la marge de manœuvre laissée à l'acteur et cela nécessite une certaine flexibilité.

Comprendre les différents types d'appropriation offre dès lors la possibilité de construire une grille de lecture des usages en situation et à terme d'anticiper le processus d'appropriation.

<sup>184</sup> DECHAMP, G., & al. (2006/3). « Management stratégique et dynamiques d'appropriation des outils de gestion : proposition d'une grille de lecture ». *Management & Avenir*, N°9, p.182.

## II Les différents types d'appropriation

### II.1 L'appropriation imprévue

L'idée de l'usage par le concepteur n'est pas toujours en corrélation avec la réalité. Les outils peuvent être modifiés par un usage plus ou moins prévu de l'outil. Les acteurs peuvent détourner l'usage initial préconisé par le concepteur. Perriault (1989) distingue « l'usage conforme » de « l'usage réel » détourné par l'utilisateur pour son propre intérêt. L'utilisation détournée de la fonction première d'un outil de planification du temps de travail peut par exemple servir le manager dans une négociation auprès des ressources humaines pour négocier des effectifs supplémentaires. Lorsqu'il s'agit d'instruments très techniques, l'usage répété par l'acteur en fait un expert capable de participer aux modifications et aux améliorations de l'outil (DODIER, 1995). L'acteur peut, dans cet exemple, participer à l'évolution de la conception originelle de l'outil.

En sciences humaines, certains auteurs comme De Certeau (1990) préconisent de s'intéresser aux « micro-pratiques » développées par les acteurs ou « l'art de faire ». Ainsi l'observation de l'acteur en action, sur le terrain au plus proche des pratiques peut se révéler très utile. Car c'est dans les routines de travail que peuvent s'observer des « déviations » d'usage qui rendent l'outil plus performant. De fait, la prise en compte des micro-pratiques est également un moyen de valorisation de l'action.

Par opposition, certains usages peuvent être déviant, inattendus et parfois contre-productifs (courant de la sociologie de l'usage PERRIAULT, 1989 ; LACROIX ET AL., 1993 ; VITALIS, 1994 ; FLICHY, 2003).

La pratique et l'usage ont des répercussions dynamiques sur l'outil. L'observation du processus d'appropriation au plus près de la pratique est capitale. L'usage réel peut, en effet améliorer les effets prévus par la conception initiale, on parle alors de « bricolage ».

### II.2 Le bricolage

Le concept de « bricolage » a été abordé par Ciborra (2004) dans le contexte de l'usage des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), il met en avant que les capacités des utilisateurs à improviser, à « se débrouiller » permettent une réelle stratégie de création.

En effet, le « bricolage » ou « l'art de faire » peut favoriser l'appropriation des outils, voire développer la mémoire organisationnelle<sup>185</sup>, nous y reviendrons ultérieurement. Ainsi, l'utilisateur transforme, réinvente l'usage, interagit avec les autres acteurs. Ces derniers échangent des informations et participent alors à la gestion des connaissances<sup>186</sup> de l'organisation à travers l'apprentissage de l'outil.

Ciborra<sup>187</sup> rapproche ce traitement de l'outil, à la notion « d'hospitalité ». L'hospitalité est entendue ici dans le sens commun d'accueil d'un étranger. L'étranger accueilli doit se conformer aux règles de l'hôte, pour autant il garde sa propre culture, son identité. L'hôte est représenté par le concepteur et l'étranger par l'utilisateur. En effet, le concepteur (« hôte ») n'est pas en capacité de prévoir l'ensemble des comportements possibles des utilisateurs, il faut ainsi permettre à l'utilisateur (« étranger ») une certaine marge de manœuvre dans l'usage.

<sup>185</sup> Ensemble des processus permettant à l'organisation de traiter et conserver des données.

<sup>186</sup> Ou Knowledge Management.

<sup>187</sup> C. Ciborra (2000), "A critical review of the literature on the management of corporate information infrastructure", (in Ciborra C. Ed 2000), From control to drift, Oxford university press, pp.15-41.

La liberté d'action de l'utilisateur doit donc apparaître dès la phase de conception. L'appropriation sera alors facilitée. Cela est d'autant plus important dans des organisations multidimensionnelles telles que l'hôpital. En effet, le contexte économique, réglementaire en constante évolution des organisations hospitalières engendre des situations de travail de plus en plus compliquées pour les acteurs. Une infirmière, par exemple, doit pouvoir réaliser des actes techniques et relationnels et en même temps traiter administrativement les activités réalisées. Les professionnels sont ainsi contraints à être plus efficaces, à adapter, à faire évoluer leurs activités alors que l'organisation elle-même évolue plus difficilement. En effet, la lourdeur administrative, bureaucratique des établissements de santé pèse sur les capacités d'adaptation nécessaires aux évolutions technologiques notamment dans le domaine de la santé. L'organisation n'a pas les moyens de s'adapter aussi rapidement, aussi c'est l'utilisateur qui est « contraint » implicitement à mettre les outils qui sont à sa disposition en conformité avec sa pratique quotidienne et donc à « bricoler ».

Comme le souligne Ciborra « les "bricolages" et "improvisations" des acteurs amèneront l'instrument à évoluer de façon récurrente et imprévisible » (CIBORRA cité par DE VAUJANY, 2006 p118). Ainsi, les utilisateurs deviennent paradoxalement des co-concepteurs. (AGGERI ET HATCHUEL, 1997, p 244). L'outil n'est pas le fruit du concepteur, d'un côté et de l'utilisation qu'en fait l'opérateur de l'autre, il est intégrateur, fondateur de l'organisation, car il peut servir l'organisation et l'acteur.

### II.3 L'appropriation au service de la stratégie

#### II.3.1 Une phase de conception essentielle

Ainsi, l'observation de la mise en œuvre des outils de gestion et de leur appropriation permet une analyse de l'organisation elle-même, un « processus dialectique » en quelque sorte. (HATCHUEL ET WEIL, 1992 ; MOISDON, 1997)<sup>188</sup>. L'usage nous renseigne sur l'organisation. Les outils peuvent être considérés comme une « technologie invisible » au sens de Berry (1983), car leurs effets sont encore présents même lorsque le concepteur est absent, voire même lorsque l'organisation initiale a subi des modifications. La phase conceptuelle semble alors essentielle dans la dynamique de l'appropriation au service de la stratégie. Devreton (2011) en s'appuyant sur la théorie de « l'acteur réseau »<sup>189</sup> aborde l'étape de la conception, du processus de traduction/construction de l'outil de gestion selon quatre phases : « problématisation, intéressement, enrôlement et mobilisation des alliés ».

Ainsi, de façon proactive, la manière dont est conçu l'outil de gestion est déjà un élément visant sa stratégie d'implantation et de traduction par les acteurs.

#### II.3.2 Visée stratégique

En outre, les outils de gestion, au-delà d'une vision instrumentale, permettent, ainsi que nous l'avons vu, une certaine flexibilité, mais ils servent également la stratégie de l'organisation car ils offrent un certain pouvoir (BOUSSARD ET MAUGERI 2003). En effet, la mise en application d'un outil peut être un moyen d'influencer les acteurs. Boussard parle de « simulacre de rationalité ». L'outil n'améliorera pas la transparence de l'entreprise, mais il le fait croire.... Ce qui est contraire à la vision de Bourguignon et Jenkins (2004) de « cohérence instrumentale » : l'outil est mis en place par souci d'efficacité, de performance...

---

<sup>188</sup> Cité par David Albert, « Décision, conception et recherche en sciences de gestion », Revue française de gestion 3/2002 (no 139), p. 173-185.

<sup>189</sup> Akrich, Callon et Latour 1988, cités précédemment.

## II.4 Appropriation gage d'efficacité

L'appropriation des outils de gestion par les utilisateurs peut, aussi, être un gage d'efficacité. Dans les organisations publiques, l'apport de nouveaux outils de gestion se fait souvent par voie descendante, hiérarchique, autocratique. Ces méthodes d'implantation des outils de gestion risquent alors de déporter la perception des outils de gestion vers une approche purement instrumentale, techno-centrée (mise en avant des chiffres, indicateurs...) au détriment d'une approche plus sociale. Des auteurs tels que Grimand (2006), Hatchuel, Weil (1992) ou De Vaujany (2006) estiment que cette approche n'est pas efficiente. L'appropriation s'inscrit dans un processus cognitif de construction de sens et pas uniquement dans une vision instrumentale ou techno centrée.

Pour autant, la vision instrumentale de l'outil est liée à sa fonction première celle de l'outil. Hatchuel et Weil (1992) considèrent que l'outil de gestion est un condensé entre :

- \* **Un substrat technique** : ce qui le fait fonctionner,
- \* **une philosophie gestionnaire** : promotion de nouveaux comportements collectifs et
- \* **une vision plus simple des relations organisationnelles** : ceux qui se conforment à l'outil ou ceux qui s'y opposent.

L'outil est représenté par ses composantes techniques et symboliques, mais également par des registres d'action qui lui confèrent un sens (GRIMAND, 2006). Pour Amaury Grimand, l'appropriation est « un processus interprétatif, de négociation et de construction du sens à l'intérieur duquel les acteurs questionnent, élaborent, réinventent les modèles de l'action collective » (GRIMAND, 2006, p.17).

L'outil peut alors servir l'approche gestionnaire. En effet, il peut recentrer les visions managériales en légitimant des décisions et favorisant une adhésion et des négociations autour d'un langage commun accepté de tous. Il peut également être un outil de communication interne : les discussions, les échanges qu'il génère lui confèrent un statut de vecteur communicationnel. L'outil de gestion admis au sein d'une organisation s'intègre alors dans un champ de significations de règles, de valeurs codifiées socialement. Ainsi, les outils sont au service de l'organisation, mais également des acteurs.

## II.5 L'appropriation vectrice de créativité

Les outils de gestion sont des « construits sociaux » (MOISDON, 1997), ils favorisent des nouveaux savoirs, des questionnements, ils permettent une dynamique d'apprentissage. Ils favorisent également la reconnaissance professionnelle, car ils participent à la construction des métiers par la déstabilisation des routines et des pratiques qu'ils entraînent. Les questionnements que les acteurs se posent sur l'outil sont des confrontations aux représentations, aux valeurs, aux croyances organisationnelles et amènent les acteurs à se positionner différemment. L'appropriation permet une maîtrise cognitive de l'outil et une intégration de celui-ci dans les routines de travail et aussi une possibilité d'innovations par l'usage (PROULX, 2001)<sup>190</sup>.

L'utilisateur a, en effet, la possibilité de trouver une marge d'autonomie dans l'espace formel de l'outil. Les outils peuvent être contournés par les acteurs, mais ils peuvent également les rendre « signifiants », les enrichir, les modifier. Il s'agit au final d'une construction de sens par la réflexivité que permet l'outil entre l'acteur, ses représentations et les interrelations qu'il crée avec les autres acteurs.

<sup>190</sup> Citée par Cardon, D. (2005). « Innovation par l'usage. Ambrosi, A. Peugeot, V. Pimentia, D. Enjeux de mots : regards multiculturels sur les sociétés de l'information », Edition C&F, Paris.

L'outil articule ainsi une dynamique organisationnelle de construction de sens. Ces transformations laissent, de fait, une place à la créativité :

*« Les organisations peuvent elles-mêmes être porteuses de créativité par le biais de règles, routines ou procédures, et par des dispositifs originaux capables de favoriser la rencontre, l'émergence, l'apprentissage... » (PARIS, 2010).*

## II.6 L'appropriation support d'apprentissage

### II.6.1 Notions d'apprentissage

La notion d'apprentissage a été abordée de manière approfondie par de nombreux auteurs. Le processus d'apprentissage passe selon Piaget (1959) par deux phases : celle de « l'assimilation » qui permet l'intégration de l'information et l'enrichissement des représentations mentales et celle de « l'accommodation » qui nécessite une modification des modèles et schèmes mentaux. Pour Kim (1993) l'apprentissage est opérationnel par l'acquisition de savoir-faire purs et conceptuels car ils nécessitent la compréhension, l'acquisition et la mobilisation de connaissances. Pour Schein (1993), l'apprentissage passe par trois acquisitions : de savoirs, de compétences, de « routines comportementales ». L'apprentissage naît également des erreurs : pour Argyris et Schön (1978) l'apprentissage est « un processus de détection et de correction d'erreurs ». Or, le processus d'apprentissage est étroitement lié au processus d'appropriation.

### II.6.2 Apprentissages collectifs

L'apprentissage collectif est complémentaire de l'apprentissage individuel : « l'apprentissage collectif fonde l'apprentissage organisationnel qui à son tour nourrit l'apprentissage individuel. » (ARGYRIS ET SCHÖN, 1978). En effet, les connaissances individuelles sont échangées, alimentent les interactions entre acteurs et transforment les connaissances collectives. L'apport de connaissance nourrit les routines de travail (fruit des expériences individuelles), par le partage et la socialisation organisationnelle.

La notion d'apprentissage organisationnel<sup>191</sup> n'est pas récente (ex : T.P. WRIGHT, 1936 « courbe d'expérience »). Elle s'inscrit aujourd'hui dans une perspective d'organisations se situant dans des environnements instables et où l'adaptation passe par la prédisposition de l'organisation à développer des capacités d'apprentissages organisationnels (SENGE, P., 1991). Le développement des capacités d'apprentissage d'une organisation est d'autant plus nécessaire que cette organisation se situe dans un environnement complexe, contraint (SENGE, P., 1991).

### II.6.3 Apprentissages individuels

L'apprentissage peut aussi être considéré comme un processus individuel. L'individu observe la réalité, la perçoit et acquiert des connaissances. Il s'agit là d'un apprentissage en boucle simple (ARGYRIS, C., 1995), l'action est réajustée en fonction de ses effets. Or, l'environnement est parfois trop complexe pour être appréhendé de manière optimale, l'individu s'efforce alors de simplifier ce qu'il perçoit (HERBERT SIMON, 1979). Cet auteur intègre la dimension organisationnelle : l'acteur est limité par les contraintes de l'environnement, les décisions prises sont le fruit d'informations incomplètes, l'esprit humain va naturellement simplifier l'environnement.

Ces limites cognitives font obstacle à l'apprentissage et notamment à l'apprentissage par l'expérience (SENGE, P., 1991, ARGYRIS, C., 1995) et conduisent à un apprentissage restreint.

---

<sup>191</sup> L'apprentissage organisationnel est « un processus collectif d'acquisition et d'élaboration de connaissances et de pratiques participant au remodelage permanent de l'organisation » (De la Ville, 1998).

Ainsi, ces « *filtres cognitifs* » limitent la perception de la réalité. Il existe selon Argyris (1995) un décalage entre les « *théories professées* » (ce qui est décrit des expériences ou pratiques) et les « *théories d'usage* » (ce qui est réellement réalisé) sans même que l'individu ait conscience de ce décalage. Pour cet auteur, des « *stratégies défensives* » sont mises en place par les acteurs afin d'éviter des situations qui pourraient être pressenties comme menaçantes.

Selon le modèle d'apprentissage organisationnel de Weick (1993) les acteurs tendent naturellement à rationaliser les informations pour les rendre plus lisibles à eux-mêmes et au collectif selon un processus en trois étapes :

- \* **Premièrement « l'enactement »** : donner du sens, rendre rationnel une situation,
- \* puis « **la phase de sélection** » : traduire le sens donné à l'action pour qu'il soit compréhensible et acceptable par tous,
- \* et enfin « **la phase de rétention** » : collecter les interprétations afin de les garder en mémoire pour des situations identiques. C'est le vécu de la situation qui permet la construction de signifiants (ARGYRIS & SCHÖN, 2001).

### II.6.4 Apprentissages et outils de gestion

Ainsi, selon Piaget (1967, 1975)<sup>192</sup> l'acteur « *assimile* » les outils de gestion en transformant les règles pour les conforter avec ses propres schèmes cognitifs. Mais il peut également « *accommoder* » ses propres schèmes cognitifs à travers l'intégration des règles propres aux outils de gestion.

Argyris (1995) explique que l'outil de gestion modifie les comportements des acteurs sans se soucier des valeurs ou croyances des individus (apprentissage en « *simple-boucle* »). Le processus d'apprentissage est perçu alors comme incomplet car il ne permet pas une remise en cause des représentations, aucune explicitation ou sens n'est donné. A contrario, l'apprentissage en « *double boucle* » opère un changement plus profond touchant aux représentations et valeurs des individus lorsqu'il ne se confronte pas aux « *routines défensives* » (ARGYRIS 1995) des acteurs. L'auteur pense ainsi que d'identifier une cartographie cognitive individuelle mettant en avant les représentations est un levier stratégique d'appropriation.

*In fine*, les outils de gestion produisent des connaissances (HACKING, 1983) de par la mobilisation des expériences, des interprétations et réinterprétations du réel. Ils facilitent ainsi le processus d'apprentissage. Or les acteurs eux-mêmes sont centraux dans ce processus d'appropriation.

## III Rôle de l'utilisateur dans l'appropriation

---

La thématique des outils de gestion peut être étudiée à travers de nombreuses grilles de lectures théoriques pour autant l'utilisateur est déterminant dans le processus de mise en œuvre de l'outil de gestion. On l'appellera :

<b>« Agent »</b>	<i>Dans une représentation déterministe de par son caractère interchangeable dans un système productif ;</i>
<b>« Acteur »</b>	<i>En raison de son rôle, de ses compétences et ressources qu'il porte au sein de l'organisation ;</i>
<b>« Actant »</b>	<i>Dans un « système en acte » ;</i>
<b>« Sujet »</b>	<i>Car générateur d'action.</i>

<sup>192</sup> Source : « *approche de la dialogique assimilation/accommodation* ».

L'utilisateur a somme toute un rôle essentiel dans le processus d'appropriation et d'implantation des outils de gestion. De fait, les acteurs ne sont pas uniquement mus par des buts rationnels, mais également affectifs, émotionnels conscients ou non (KETS DE VRIES ET MILLER 1985). L'appropriation est donc liée au facteur humain, on peut alors s'interroger sur leurs capacités d'acceptation des outils de gestion.

### III.1 Acceptation par les utilisateurs

Les facteurs liés à l'acceptation des outils de gestion par les utilisateurs sont à prendre en compte au-delà des facteurs purement intrinsèques techniques de l'outil (DELONE ET MCLEAN, 2003). L'interprétation de l'outil de gestion, le sens donné par chaque utilisateur est très variable (SCOTT, ORLIKOWSKI, 2008 ; ARNAUD, 2009). L'outil de gestion est issu d'un processus de construction d'une chaîne de traduction des acteurs. L'utilisateur doit lui-même construire sa propre traduction de l'outil. Benjamin Drevetton estime que :

*« l'interaction entre l'outil de contrôle [de gestion] et les représentations des acteurs est un facteur de succès des processus d'instrumentation. » (DEVRETON, 2008, p.125).*

Il semble donc important de remettre l'acteur « au centre du dispositif » (NARO 1998, P. 53-54). Et outre la vision instrumentale de l'outil, il s'agit de prendre en compte la vision « psychologique » de l'outil (BOURGUIGNON & JENKINS 2004B). En effet, l'outil de gestion agit sur les acteurs, leurs représentations, leurs routines de travail. L'outil de gestion est associé selon Hatchuel à « un espace diversifié de savoirs soutenant les représentations et les décisions qui peuvent concerner ces objets » (HATCHUEL, 1994, p. 72)<sup>193</sup>.

### III.2 Le rôle des représentations sociales

Les représentations des acteurs, ont aussi un rôle essentiel dans le processus d'instrumentation. La prise en compte des diversités et des divergences des individus au sein de l'organisation fait apparaître ce rôle « social ». Jodelet dit des représentations sociales qu'elles sont des :

*« formes de connaissances socialement élaborées et partagées ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (JODELET 1997, p. 53)<sup>194</sup>.*

Elles existent par et à travers les interactions entre les acteurs :

*« ce qui permet de qualifier de sociales les représentations, ce sont moins leurs supports individuels ou groupaux que le fait qu'elles soient élaborées au cours de processus d'échanges ou d'interactions » (MOSCOVICI 1997, P. 99)<sup>195</sup>.*

Il est alors essentiel de connaître, les représentations sociales pour comprendre l'usage, l'évolution de l'outil de gestion (PEDON 1996). En effet, la perception qu'ont les acteurs de l'outil détermine leurs implications à utiliser l'outil et, a fortiori, elle détermine leur implication dans la gestion de l'organisation (GODENER & FORNERINO 2005). Dès lors, la phase de conception de l'outil doit intégrer l'interaction existante entre les représentations sociales et l'usage de l'outil « cette phase de construction de la « technologie gestionnaire », que l'on pouvait avant considérer comme transitoire, peut devenir alors assez longue pour être considérée comme quasi permanente » (HATCHUEL & al.1997, p. 215).

---

<sup>193</sup> Cité par Drevetton Benjamin, « Le rôle des représentations sociales au cours du processus de construction d'un outil de contrôle de gestion », *Comptabilité - Contrôle - Audit* 2/2008 (Tome 14), p. 125-153.

<sup>194</sup> *Ibid.*

<sup>195</sup> *Ibid.*

### III.3 Le sens donné par les acteurs (Sensemaking)

#### III.3.1 La création de sens

La notion de « création de sens » provient de la terminologie anglo-saxonne "sensemaking". Elle est définie comme :

*« Un processus de construction et d'invention de signification, d'amplification des signes en provenance de l'environnement (induction), de compréhension mutuelle, d'explication, d'interprétation, d'anticipation et de modélisation » (K. WEICK, 1995).*

Selon la théorie du « sensemaking organisationnel » de Karl E. Weick (1995), la création de sens peut être collective, individuelle, organisationnelle. Ainsi, la notion de construction de sens est individuelle car liée aux perceptions cognitives des individus, mais également collective puisque s'inscrivant dans un contexte organisationnel. Elle suscite la notion d'interactions. Ce sont les dynamiques d'interactions entre les acteurs qui produisent les systèmes d'actions collectifs et des significations partagées.

L'interaction sociale au sens de Weick (1995, 2001) n'est pas uniquement l'expression des interrelations entre les acteurs, mais elle structure l'organisation par le sens et le formalisme qu'elle donne à l'action. Elle permet l'expression des perceptions, des interprétations, elle est alors productrice de sens (WEICK, SUTCLIFF ET OSTFLED, 2005).

Chaque individu apporte sa vision de par ses expériences, son vécu et contribue ainsi aux échanges et à une vision commune, partagée et riche de chaque individualité. Certaines pratiques comme les retours d'expériences liés à des événements indésirables graves permettent par exemple ces interrelations et participent aux apprentissages organisationnels.

#### III.3.2 Perception organisationnelle des individus

De plus, la réalité organisationnelle est perçue par les individus en fonction de leur carte cognitive. Ce sont les perceptions de cette réalité par les acteurs qui orienteront leurs actions : « comment pouvons-nous savoir ce que nous pensons (ou voulons) avant d'avoir vu (ou compris) ce que nous disons (ou faisons) ? » (WEICK 1995). Les actions sont orientées par le sens donné et le sens donné permet le partage de valeurs, croyances organisationnelles. Ce partage donne un sens au travail collectif.

*« La majeure partie de la création de sens est interprétée comme un processus manifeste de construction sociale. Nous communiquons avec les autres, nous comparons nos perceptions avec les leurs, nous testons la réalité, nous négocions le sens et la réalité. » (D. GIOIA, 1986).*

#### III.3.3 La contrainte organisationnelle créatrice de sens et d'appropriation

Pour autant, dans une organisation, les informations sont parfois incertaines, fragmentaires, interprétables. D'emblée l'environnement organisationnel est complexe, les informations sont nombreuses, incomplètes, parfois contradictoires et suscitent par leur complexité les échanges. Cette relative ambiguïté selon Weick participe à la création de sens car elle démultiplie les échanges et interactions. La création collective de sens permet en quelque sorte de pallier aux subjectivités, mais aussi aux interprétations cognitives individuelles car le processus de création de sens se nourrit de l'organisation pour devenir une vision admise communément par le collectif (H. LAROCHE ET J. NIOCHE, 1994). Elle produit une connaissance, une signification nouvelle, une compréhension des situations. La relative complexité d'une organisation telle que l'hôpital n'est donc pas un frein au processus d'appropriation.

### III.4 La carte de lecture de l'appropriation

Comprendre le processus de création de sens c'est aussi apporter une carte de lecture de l'appropriation des outils de gestion. Nous traiterons ici du modèle de "sensegiving" de Weick (2001). Cet auteur propose en effet cinq étapes de compréhension :

- \* « **Le changement écologique** » : tout changement est sujet à interprétation par les acteurs et donc impacte l'action (Laramée, 2010) ;
- \* « **La mise en actes** » : ou construction d'une réalité par les acteurs ;
- \* « **La sélection** » : qui justifie l'action en fonction des perceptions de l'environnement et de l'interprétation qui en est faite ;
- \* « **La rétention mémorielle** » : l'acteur retient ce qui est efficace et contribue élargir le sens donné aux actions ;
- \* « **Le souvenir** » : qui réactive des perceptions et le sens donné.

L'aspect sociocognitivistique de la création du sens introduit plusieurs niveaux de compréhension. Weick (1995, 2001), s'inspirant des travaux de Wiley (1988, 1994) sur les degrés d'élaboration du sens parle « d'intersubjectivité » et de « subjectivité générique » (WILEY, 1994, P.154) :

**L'intersubjectivité** se traduit par l'idée qu'un ensemble d'acteurs engagés collectivement dans une organisation autour d'activités chercheront de manière naturelle à donner des significations communes, collectives, uniformes aux stimuli organisationnels.

**La subjectivité générique** fait appel aux règles formelles de l'organisation, à l'autorégulation, aux contrôles organisationnels. Lorsqu'une situation est vécue comme habituelle les acteurs se comportent conformément à leurs rôles dans l'organisation. Ils puisent « dans un répertoire largement codifié de nombreuses règles tirées de l'expérience et canaliseront les processus » (KOENIG, 1996, p. 64).

Rouleau et Balogun (2011) introduisent la notion de « sensemaking stratégique ». Cette notion regrouperait à la fois le "sensemaking" et le processus de "sensegiving" :

*« le premier terme fait référence à un processus cognitif permettant de saisir le sens d'une situation en lui attribuant une signification, le second se rapporte à l'acte visant à influencer les autres pour les aider à créer du sens » » (GUILMOT & VAS, 2012/45, p. 85)<sup>196</sup>.*

La démarche qualité intègre ces facteurs. En effet, elle institue selon beaucoup d'auteurs (dont CARDY ET SELVARAJAN, 2002 ; ZARIFIAN, 2003) un nouveau mode de fonctionnement organisationnel. Le management plus transversal prôné par les notions d'amélioration continue de la qualité, la remise en question de pratiques professionnelles, les pratiques communicationnelles moins formelles contribuent à revoir les fonctionnements organisationnels. L'approche processus apporte une vision plus transversale de l'organisation à l'opposé de la simple application de procédures. Cette transversalité produit des significations sociales par les échanges et interactions entre les acteurs.

Il est alors utile de prendre en compte ce contexte propice à la création de sens collectif et de se servir de ce terrain pour penser et analyser la mise en pratique des outils de gestion.

<sup>196</sup> Cités par GUILMOT, N., & VAS, A. (2011). « Les cadres intermédiaires au cœur du processus de création et de diffusion de sens en contexte de changement organisationnel. », 20ème congrès de l'AIMS, 1-24.

### III.5 Une nécessaire coordination

Selon Weick, des individus ayant des valeurs ou croyances différentes peuvent parvenir à un consensus à partir du moment qu'il existe une coordination inter-individuelle (WEICK, 1979, ALLARD-POESI, 2003). La production collective de sens est alors un processus de coordination (WEICK, 1993). Certaines méthodes prônées dans le management par la qualité offrent un terrain fertile de création de sens par la collaboration. Ainsi, le retour d'expérience permet une analyse rétrospective des actions pour construire une dynamique d'action commune. Il s'agit d'un processus d'apprentissage et de coordination par itération entre les pratiques quotidiennes. Cela correspond à une attitude critique constructive individuelle permettant d'élaborer à travers une méthode de résolution de problème l'adoption de routines réflexives du collectif. Les individus s'interrogent ainsi naturellement sur le sens donné aux actions. Les expériences des uns et des autres sont capitalisées dans le partage des pratiques individuelles et collectives. L'analyse de situations en groupe offre la possibilité d'intégrer les connaissances et compétences individuelles dans une mémoire collective de partage du sens donné à l'action (BES, 1998 ; GILBERT, 2001).

Il existe ainsi de nombreuses méthodes développées par la mise en œuvre d'une démarche qualité permettant de réfléchir collectivement sur le sens donné aux actions et d'obtenir une vision réflexive sur les processus d'appropriation.

### III.6 Le rôle de l'encadrement dans l'appropriation des outils de gestion

Les cadres se situent au cœur des interactions de l'organisation, ils sont :

*« Destinataires et agents d'implémentation du changement, leurs interprétations et les actions qu'ils mettent en œuvre au sein du processus de sensemaking ont un impact décisif sur la réussite du changement mis en œuvre » (VAS, 2009)<sup>197</sup>.*

Leur rôle est ainsi prépondérant dans le processus de développement et de diffusion du sens<sup>198</sup>. Les cadres intermédiaires perçoivent le « *pouls de l'organisation* » (DUTTON & al. 1997). En effet, ils ont un rôle de médiateur entre la ligne dirigeante et les opérateurs avec lesquels ils sont en contact au quotidien. Ils ont donc un rôle central dans l'organisation (FLOYD & WOOLDRIDGE 2000).

Les cadres intermédiaires sont également concernés par le processus d'appropriation à leur propre niveau. Car leurs interprétations ont une répercussion sur les orientations données aux pratiques professionnelles. Le processus de sensemaking s'exprime alors non-seulement à un niveau plus en lien avec des micro-pratiques, les interactions entre opérateurs mais aussi à un niveau plus organisationnel. Leur rôle est alors celui de « *passers* » entre le sens donné par la phase de conception de l'outil et le processus d'appropriation.

Le processus d'appropriation est complexe ainsi que nous l'avons vu, car il existe une constante co-construction de l'outil. Il est alors nécessaire de prendre en compte l'évolution des représentations sociales au cours de la phase de construction puis d'usage de l'outil afin d'entretenir l'interrelation entre les utilisateurs et les concepteurs. La compréhension des attentes et des réalités des acteurs du processus d'appropriation (c'est-à-dire les concepteurs et les utilisateurs) permet une collaboration dans la mise en œuvre et donc une meilleure implantation de l'outil. Les gestionnaires et, a fortiori, les managers doivent comprendre que ce processus n'est pas anodin car il impacte fortement les activités.

<sup>197</sup> Ibid.

<sup>198</sup> En référence au modèle théorique intégrateur.

*« Un scénario d'introduction progressif de l'outil de gestion, qui s'attache à montrer rapidement des résultats, devient un facteur clé de succès de l'instrumentation des activités publiques en conditionnant la future utilisation de l'outil. » (DEMEESTERE, 2000)<sup>199</sup>.*

Pour Moisdon (2005) le processus de conception et les modalités d'usage doivent être renforcés. Ainsi, :

*« Le processus de construction doit autoriser la participation des acteurs concernés par le projet en créant des lieux d'échanges à forme variable. D'autre part, il est nécessaire de joindre au projet des acteurs extérieurs afin de réaliser des « traductions » nécessaires à l'émergence des représentations sociales collectives. » (DEVRETON, 2008/2, p. 149).*

Il est possible pour cela d'introduire dans le processus d'instrumentation des « porte-parole » (CALLON ET LATOUR 1991) favorisant les points de convergences autour de la construction de l'outil. Ces facilitateurs ont un rôle central dans le processus d'appropriation, ils doivent avoir une vision globale de ce processus et à ce titre, les managers ont leur place.

---

<sup>199</sup> Cité par Dreveton Benjamin, « Le rôle des représentations sociales au cours du processus de construction d'un outil de contrôle de gestion », Comptabilité - Contrôle - Audit 2/2008 (Tome 14), p. 125-153.

## PREMIERE PARTIE - SYNTHESE DU CHAPITRE 2

---

Dans ce chapitre, nous nous sommes centrés sur deux points d'ancrage dans l'analyse des outils de gestion : celle du rôle des acteurs et de leurs interactions avec l'outil et celle du rôle des institutions dans la création et le développement de ces outils. Les apports théoriques arborent d'une part le rôle essentiel de l'interactivité outil/utilisateur, mais également le lien intrinsèque de l'outil avec l'organisation.

### Rôle essentiel de l'interactivité outil/utilisateurs

L'outil de gestion ne comporte pas uniquement un substrat technique car il est actionné par l'intelligence humaine. En effet, aborder l'outil par son aspect artificiel, son artéfact c'est également percevoir l'outil à travers son caractère éminemment humain tel que le précise Gilbert (1998). En outre, l'utilisation du terme « *d'instrument* » plutôt que d'outil fait référence à une dimension supplémentaire qui est celle de l'actionnabilité. L'instrument de gestion est, en effet, d'abord le fruit d'une théorisation par un concepteur, il est ensuite « *mis en acte* » par l'utilisateur lors de son usage.

Or, le processus d'appropriation est complexe car la dynamique d'usage n'est pas prédéterminée dans l'outil. L'appropriation n'est pas prévisible. Les outils peuvent être contournés par les acteurs, mais ils peuvent également les rendre « *signifiants* », les enrichir, les modifier. Ainsi, le processus d'appropriation peut être intégrateur car il met en lien la phase de conception et celle d'utilisation. Mais, il peut également être dynamique car il insuffle à l'utilisateur la possibilité de transformer l'usage initial, de le réinterpréter ou de le détourner. Il subit ainsi une médiation de par son utilisation (HATCHUEL, 2005) et peut se voir réinventé. L'outil de gestion est donc à la fois instrumental, technique et contextuel car modifié dans son usage par les acteurs.

L'approche structurationniste des outils de gestion est justement centrée sur l'interaction entre la technologie et l'utilisateur. C'est l'interaction avec l'outil qui contribue à institutionnaliser ou non les structures existantes. La technologie, l'instrumentation au sens de Giddens est non seulement porteuse mais aussi génératrice de structure. Il existe donc un double rapport entre l'acteur et l'outil, à la fois un rapport de contrainte liée à l'artéfact même de l'outil et un rapport habilitant qui s'exerce dans la distance réflexive qu'apporte l'outil sur les pratiques professionnelles.

### Lien intrinsèque de l'outil avec l'organisation

L'outil de gestion ne se résume pas à une approche unique, il est complexe. Il s'inscrit dans un système. Les outils de gestion sont donc une partie intégrante de l'organisation tout comme ils l'impactent. En effet, ils répondent aux pressions externes, ils accompagnent les changements et permettent l'intégration du fonctionnement organisationnel (MOIDSON, 1997).

Pour autant, l'outil véhicule une rationalité instrumentale qui peut parfois être en opposition avec la rationalité contextualisée des acteurs qui l'utilisent. La mise en place d'outils de gestion parfois sophistiqués, participe à un sentiment de divergence entre le travail « *prescrit* » et le travail « *réel* ». Mais, les utilisateurs tendent à réduire la complexité à des fins généralement individuelles, dont la portée est bien souvent organisationnelle.

Ainsi, l'observation de la mise en œuvre des outils de gestion et de leur appropriation permet une analyse de l'organisation elle-même, un « *processus dialectique* » en quelque sorte (HATCHUEL ET WEIL, 1992 ; MOISDON, 1997)<sup>200</sup>. Nous pensons que la compréhension des attentes et des réalités des acteurs à travers le processus d'appropriation permet une collaboration dans la mise en œuvre et donc une meilleure implantation de l'outil et des préceptes qui le sous-tendent. Les gestionnaires et, *a fortiori*, les managers doivent comprendre que ce processus n'est pas anodin car il impacte fortement les activités et accompagne l'intégration des règles et des ressources de l'organisation.

Considérer l'instrument de gestion comme participant à la dynamique de gestion, c'est dès lors envisager que les formes d'instrumentations choisies peuvent être pensées en vue de leurs impacts.

---

<sup>200</sup> Cité par David Albert, « Décision, conception et recherche en sciences de gestion », *Revue française de gestion* 3/2002 (n° 139), p. 173-185.

---

**PREMIERE PARTIE**

*Chapitre 3*

*Pour une lecture des outils de  
gestion par la théorie de la  
structuration<sup>201</sup>*

---

---

<sup>201</sup> Ce chapitre a servi de base à la rédaction d'un article que nous avons présenté à la conférence Qualita'2015 : Hayo-Villeneuve, S. ; Husson J. (Mars 2015). « Etude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité dans une organisation hospitalière : apports de la théorie de la structuration. » In QUALITA'2015.



Ainsi, la mise en œuvre d'outils de gestion dans le cadre des objectifs de performances introduits par le New Public Management et la Loi Organique relative aux Lois de Finances dans « *une organisation complexe* » (DE KERVASDOUÉ, 2015, pp. 5-10) tel que l'hôpital n'est pas aisé. Les outils de gestion peuvent à la fois habilitier l'action, mais également la contraindre. Les managers sont ainsi confrontés à la complexité environnementale et à la nécessité de l'action.

L'outil de gestion est multidimensionnel, il résulte d'une composante technique, d'une philosophie gestionnaire intégrée dans la conception et dans l'usage et d'une vision liée aux interprétations sous-jacentes à l'outil (HATCHUEL ET WEIL, 1996). Il a également un rôle de construction sociale. Il existe plusieurs modes de mise en usage comme : l'application, la réinterprétation, le déplacement, l'adaptation, le rejet, le détournement.... Les outils de gestion sont donc assez ambivalents. Ils sont des « *artefacts cognitifs [qui] façonnent les modèles de pensée des acteurs* » (PEZET & PEZET, 2010, p. 78).

L'organisation hospitalière produit des activités très techniques nécessitant une instrumentation précise (comme par exemple l'imagerie médicale), mais aussi des activités plus relationnelles en lien avec la prise en charge des usagers. La réflexion sur la diffusion et l'appropriation des outils de gestion à l'hôpital est ainsi primordiale. Elle permet d'éclairer l'action organisée, d'en comprendre les rouages, mais elle permet aussi d'apporter un éclairage sur les acteurs-utilisateurs des outils.

Les contraintes paradoxales vécues par les organisations hospitalières peuvent être perçues comme positives dans le sens où elles peuvent favoriser la construction stratégique. Les outils de gestion participent à cette construction. En effet, l'outil nécessite un processus de contextualisation pour s'insérer dans le paysage organisationnel nous l'avons vu. La solution réside-t-elle dans la simplification des outils proposés, chemin aisé pour répondre à un certain niveau de rationalité ? Les acteurs des organisations publiques ont donc un rôle central (CROZIER, 1977), car ils garantissent l'implémentation des outils.

Ainsi, les acteurs interagissent, interprètent l'outil au-delà des idéaux véhiculés par les instruments de gestion lors de leurs conceptions. L'outil est ainsi une « *entité mixte* » (RABARDEL 1995, P. 93) car il n'existe pas sans l'utilisateur. On parle, de fait, de co-conception de l'outil par l'utilisateur lors de l'usage (DE VAUJANY & al, 2005).

Nous choisissons d'aborder notre objet de recherche à travers le prisme de la théorie de la structuration d'Anthony Giddens. Ce choix résulte de l'interprétation institutionnaliste des outils de gestion qui défend que l'interaction entre la technologie et l'utilisateur contribue à institutionnaliser ou non les structures existantes et permet une réflexion macrosociale sur l'organisation. Pour Nizet la théorie de la structuration :

*« propose une conception originale de la sociologie qui s'enracine dans l'histoire de la discipline et qui articule de manière heureuse les acteurs et les institutions, la microsociologie et la macrosociologie, la synchronie et la diachronie » (NIZET, 2007).*

C'est l'intérêt que porte cette théorie sur l'action humaine, les interactions, les systèmes sociaux, la structure et donc une vision dynamique du fonctionnement de l'organisation qui nous incite à conduire notre réflexion de ce point de vue.

L'objet de ce chapitre est d'apporter un éclairage sur la théorie de la structuration portée par Anthony Giddens et de traduire cette approche dans le contexte spécifique des organisations hospitalières. Nous présenterons ce cheminement en deux sections :

**Section I - Apports de la théorie de la structuration dans l'étude des outils de gestion**

Cette première section propose de présenter le modèle théorique développé par Giddens.

**Section II - Apports de la théorie de la structuration dans l'étude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité à l'hôpital**

Cette seconde section aborde la place de la théorie de la structuration dans la recherche empirique et précise le choix d'étudier un outil de gestion de la qualité en particulier.



---

*Section I - Apports de la théorie de la structuration  
dans l'étude des outils de gestion*

---

## I L'apport de Giddens

Le modèle théorique proposé par Giddens permet une réflexion macrosociale sur l'organisation, même si la richesse de la réflexion portée par l'auteur nécessite une traduction distinctive dans le cadre d'une exploration opératoire dans le champ des sciences de gestion. L'intérêt que nous voyons dans le choix de cette approche spécifique est la double appréhension de l'action individuelle et collective. En effet, l'organisation est un lieu de structuration, d'interactions entre les acteurs et avec l'organisation elle-même. Pour certains auteurs la théorie de la structuration est une métathéorie de l'action :

*« en préconisant une résolution par dualité, elle permet d'agencer des données empiriques et théoriques multiples, complexes et même parfois apparemment contradictoires » (AUTISSIER & WACHEUX, 2000, p. 17).*

L'analyse des principes d'organisations d'une part et des rapports sociaux d'autre part permet la mise en relief des principes d'articulations entre ces deux notions. Du point de vue de l'auteur, les principes d'organisation du système social représentent également les conditions et les résultats des activités accomplies par les agents qui constituent ce système (GIDDENS, 2012).

La théorie de la structuration met ainsi l'accent sur les conditions qui permettent la production d'un système social en considérant que, ni les structures, ni les agents ne sont indépendants. Toutefois, l'apport de Giddens a été controversé et critiqué.

### I.1 Giddens face à la critique

L'œuvre de Giddens fait appel à de nombreuses disciplines reprenant des travaux historiques, psychanalytiques, linguistiques ou anthropologiques dont l'auteur se sert pour éclairer son propos. Il développe une approche critique des théories fonctionnalistes<sup>202</sup> et structuralistes<sup>203</sup> tout en prolongeant la réflexion de certains auteurs tels que Weber ou Durkheim. Pour Giddens, le fonctionnalisme et le structuralisme ne sont pas « aptes à traiter de la vie sociale comme étant produite par des sujets actifs. » (GIDDENS, 1976, p. 127).

#### I.1.1 Les critiques négatives

De nombreuses critiques ont été émises concernant l'œuvre de Giddens (CRAIB, 1992 ; KASPERSEN, 1995 ; MESTROVIC, 1998 ; CLARK, MODGIL, & MODGIL, 1990 ; O'BRIEN, PENNA, & HAY, 1999...).

##### I.1.1.1 Un apport majoritairement théorique

L'apport de Giddens est, en effet majoritairement théorique, il ne s'est que peu référé à des recherches empiriques. Même si dans son ouvrage *"The constitution of Society"*, l'auteur consacre un chapitre : « la théorie de la structuration, recherche empirique et critique sociale » (GIDDENS, 1984, p. 343) dans lequel il expose les liens entre la recherche empirique et la théorie de la structuration. Pour autant, certains auteurs comme Nicky Gregson

<sup>202</sup> Courant de la sociologie anglo-saxonne qui date d'Auguste Comte (1798-1857) et dont Emile Durkheim (1858-1917) a jeté les bases du fonctionnalisme en sociologie. Giddens s'oppose notamment concernant Durkheim à la thèse selon laquelle la société est une réalité construite en dehors des agents qui la constituent (en référence à l'ouvrage de Durkheim « les règles de la méthode sociologique » 1895/1967, p. 16).

<sup>203</sup> Courant trouvant son origine dans l'œuvre du linguiste Ferdinand de Saussure (1857-1913) et faisant référence à d'autres auteurs comme Michel Foucault (1926-1984), Claude Lévy-Strauss... Giddens s'oppose notamment, à l'approche de Saussure concernant l'exemple de la langue qui pour Saussure est une institution sociale échappant à l'influence de l'individu qui l'utiliserait.

estiment que les conseils de Giddens « ne présentent pas le degré de spécification qui est nécessaire dans la conduite d'un travail empirique » (GREGSON, 1989, pp. 240-241). Giddens répond d'ailleurs que :

*« Certains des concepts (issus de la théorie de la structuration) devraient être utiles comme moyens de sensibilisation "sensitizing devices" à des fins de recherche » (GIDDENS, 1990, pp. 310-311).*

Il précise aussi que les recherches interfèrent continuellement avec les pratiques des acteurs et modifient ainsi les bases empiriques sur lesquelles les chercheurs pourraient s'appuyer :

*« Il existe une réciprocité d'interprétation, une "double herméneutique", entre les scientifiques des sciences sociales et les sujets qui font partie de leurs objets d'étude » (GIDDENS, 2012, p. 43).*

### 1.1.1.2 Une non prise en compte des capacités des acteurs

D'autres critiques portent sur le non dépassement du dualisme structures/acteurs par le fait que l'auteur ne prend pas compte des capacités des acteurs dans ses analyses macrosociologiques et ne met pas en avant le rôle des structures dans ses analyses microsociologiques (NIZET, 2007, p. 94).

### 1.1.2 Les critiques positives

A contrario, d'autres auteurs estiment que la théorie de la structuration est une synthèse théorique qui « combine des éléments de telle manière que cette combinaison [produit] une nouvelle fusion, qualitativement distincte de chacun de ses composants » (LAZAR, 1992, p. 416). Pour Jean Nizet la théorie de la structuration :

*« propose une conception originale de la sociologie qui s'enracine dans l'histoire de la discipline et qui articule de manière heureuse les acteurs et les institutions, la microsociologie et la macrosociologie, la synchronie et la diachronie » (NIZET, 2007, p. 100)<sup>204</sup>.*

### 1.1.3 L'auteur face aux critiques

Face aux critiques, l'auteur expliquera dans une interview à Christopher Pierson :

*« je voulais, explique-t-il, jeter un regard neuf sur les développements de la pensée sociologique classique ; développer un cadre méthodologique nouveau pour les sciences sociales et analyser les caractéristiques distinctives de la modernité » (GIDDENS & PIERSON, 1998, pp. 44-45).*

L'approche de Giddens nécessite cependant, un recentrage sur des concepts tels que la structure, l'acteur et l'action qui nous permettront d'appréhender notre recherche à partir de pratiques d'intégration, de systèmes sociaux et d'activités humaines qui se structurent mutuellement.

---

<sup>204</sup> Cité dans : « Etude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité dans une organisation hospitalière : apports de la théorie de la structuration. » Hayo-Villeneuve, S. ; Husson J. (Mars 2015), In QUALITA'2015.

## II La théorie de la structuration<sup>205</sup>

Giddens développe la théorie de la structuration à partir de deux perspectives qui paraissent antagonistes :

\* **L'objectivisme qui met en avant la société :**

« Par objectivisme, je désigne cette manière de concevoir la théorie sociale selon laquelle l'objet social (la "société") a en quelque sorte la priorité sur l'acteur individuel et dans laquelle les institutions sociales sont considérées comme l'enjeu central de l'analyse sociologique » (GIDDENS, 1987, p. 59).

\* **Le subjectivisme qui place l'individu au premier plan :**

« [...] Quant au subjectivisme, il désigne le point de vue opposé : l'acteur humain y est considéré comme le foyer principal de l'analyse sociologique ; en d'autres termes, la préoccupation majeure des sciences sociales concerne l'acteur intentionnel et réfléchi » (GIDDENS, 1987, p. 59).

Giddens s'appuie sur ces points de vue pour les dépasser et les considérer comme complémentaires. C'est en développant ce point de vue qu'il exposera sa théorie de la structuration. Son approche est une approche dynamique ainsi que schématisée ci-dessous :

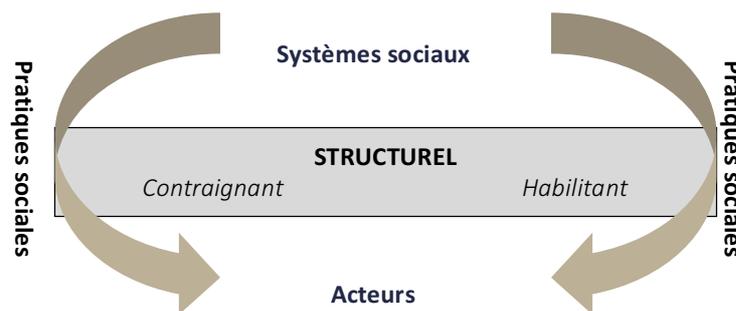


FIGURE 15 : LE PROCESSUS DE STRUCTURATION<sup>206</sup>

Le processus de structuration est désigné sous le terme de « pratiques sociales » ("Social practices") entendues au sens de « flots d'actions » ou « d'activités récursives » (GIDDENS, 2012, pp. 50-52). Ces pratiques sont le point de rencontre entre les acteurs et les structures.

### II.1 La structure ou le structurel, le système social, la structuration

Giddens fait appel à plusieurs notions théoriques (voir tableau ci-après) telles que les « systèmes sociaux » ("social systems"), le « structurel » ("Structure") et la structuration auxquelles il apporte sa définition.

<sup>205</sup> Ce chapitre a servi de base à la rédaction de notre article : Hayo-Villeneuve, S. ; Husson J. (Mars 2015). « Etude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité dans une organisation hospitalière : apports de la théorie de la structuration. » In QUALITA'2015.

<sup>206</sup> Schéma adapté – source (NIZET, 2007, p. 16).

1 -Le structurel, les structures (Principes d'organisation)	2 - Les systèmes sociaux (Rapports sociaux)	3 -La structuration (Pratiques d'intégration)
Règles et ressources, ou ensemble de relations, de transformations organisées en tant que propriété de systèmes sociaux.	Relations entre acteurs ou collectivités reproduites et organisées en tant que pratiques sociales régulières.	Conditions qui régissent la continuité ou la transmutation des structures et par conséquent la reproduction des systèmes sociaux

TABLEAU 23 : SYNOPTIQUE DES DEFINITIONS PROPOSEES PAR A. GIDDENS (GIDDENS, 2012, P. 74)

### II.1.1 1 - Le structurel, les structures

Le concept de structure ou le structurel<sup>207</sup> a une place prépondérante dans la théorie de la structuration et il fait appel à différents courants de pensées dont le fonctionnalisme et le structuralisme.

#### II.1.1.1 Fonctionnalisme

Dans le cadre du fonctionnalisme, le terme de structure fait appel à un « *modèle régularisé [patterning] de relations sociales ou de phénomènes sociaux* » (GIDDENS, 2012, p. 65). La structure est ici considérée en dehors de l'action humaine.

#### II.1.1.2 Structuralisme

Le structuralisme, quant à lui, prône la suprématie d'un « *tout social* » sur les acteurs qui constituent ce social. Contrairement aux courants sociologiques interprétativistes, où le sujet individuel est mis en avant, le courant structurationniste, fait état de la primauté de la structure sur l'action. Les pratiques ou les actions des acteurs sont intégrés dans un contexte, un espace-temps, elles impliquent l'individu.

La structure se définit en dehors du sujet, sans localisation spécifique. Giddens illustre ses propos en prenant l'exemple de « *la parole* » qui nécessite l'interaction de l'individu qui la verbalise et du terme plus générique de « *la langue* » qui se définirait de manière plus abstraite.

La notion de structure (ou structurel) englobe les règles et les ressources<sup>208</sup> utilisées par les acteurs de façon récursive pour servir leurs actions, mais également pour reproduire les systèmes sociaux. En ce sens Giddens est en accord avec les théories fonctionnalistes qui associent la structure à l'image d'un édifice. Or, sa conception du structurel diffère en ce sens qu'elle est plus intériorisée, pour lui le structurel :

*« existe [...] sous la forme de traces mnésiques grâce auxquelles les agents compétents orientent leurs conduites » (GIDDENS, 2012, p. 66).*

Ainsi, pour Giddens le terme de structure a cela de plus abstrait, qu'il est « *hors du temps et de l'espace* » (GIDDENS, 2012, p. 74).

<sup>207</sup> Le mot « structurel » est celui utilisé par M. Audet dans sa traduction de « *la constitution de la société* » d'Anthony Giddens (GIDDENS, « *La constitution de la société : éléments de la théorie de la structuration* », 2012), les termes « structure » et « structurel » sont dans notre propos synonymes.

<sup>208</sup> Pour Giddens, les règles sont « *des techniques ou des procédures généralisables employées dans l'actualisation et la reproduction des pratiques sociales* ». Les règles et les ressources engagées de façon récursives sont les éléments essentiels du structurel selon l'auteur. (GIDDENS, « *La constitution de la société : éléments de la théorie de la structuration* », 2012, p.70-73).

## II.1.2 2 - Les systèmes sociaux

A contrario, la notion de système social regroupe pour lui les organisations, les groupes, les mouvements sociaux. Ce système fait l'objet d'interactions dans lesquelles la structure est impliquée de façon réursive par des pratiques sociales récurrentes.

## II.1.3 3 – La structuration

La structuration représente les « Conditions qui régissent la continuité ou la transmutation des structures et par conséquent la reproduction des systèmes sociaux »<sup>209</sup>. Elle exprime la façon dont les systèmes sociaux sont reproduits.

## II.2 « La dualité du structurel »

Ainsi, pour Giddens le structurel n'est pas extérieur aux acteurs. Il réfute une définition d'un dualisme qui donnerait tantôt la primauté aux acteurs et tantôt aux structures. Au contraire, les structures sociales permettent les actions individuelles tout en les contraignant. Les règles et les ressources utilisées par les acteurs et qui définissent la structure sont également des moyens de reproduction du système social : « La structure est à la fois le moyen et le résultat de la conduite qu'elle organise récurivement. » (ROJOT, 1998, p. 53). En effet, pour Anthony Giddens, la structure sociale est un élément de structuration intérieure des agents sociaux et non une simple contrainte extérieure aux individus.

C'est cette dualité entre la constitution des agents et celle des structures, que l'auteur nomme la « dualité du structurel », qui contribue à donner un caractère à la fois « habilitant et contraignant ». L'auteur reprend pour exemple la langue qui à la fois contraint la pensée et l'action, mais permet également le développement de capacités cognitives (GIDDENS, 2012, p. 228). Les actions individuelles et collectives des agents participent au processus de « routinisation » et à celui de production de « savoirs » communs.

La constitution de la société est le fruit de cette double structuration. Giddens, nous incite à considérer la dynamique des systèmes et l'individuel et l'institutionnel comme deux éléments en lien.

### II.2.1 Le structurel : une caractéristique à la fois habilitante et contraignante

Ainsi, le structurel, selon Giddens, intervient de deux façons sur les pratiques sociales :

- \* **Il contraint l'acteur** par les règles et les ressources qui constituent le système social, mais de la même façon,
- \* **Il lui offre les ressources** permettant la reproduction des systèmes sociaux. Giddens précise que :

*« La constitution des agents et celle des structures ne sont pas deux phénomènes indépendants, un dualisme : il s'agit plutôt d'une dualité. Selon la dualité du structurel, les propriétés structurelles des systèmes sociaux sont à la fois le médium et le résultat des pratiques qu'elles organisent de façon réursive » (GIDDENS, 2012, pp. 74-75).*

La structure est donc un élément essentiel de compréhension du système social. Giddens résume ses propos en précisant que :

*« L'étude de la structuration des systèmes sociaux est celle des modes par lesquels ces systèmes, qui s'ancrent dans les activités d'acteurs compétents, situés dans le temps et dans l'espace et faisant usage des règles et des ressources dans une diversité de contextes d'action, sont produits et reproduits dans l'interaction de ces acteurs, et par elle. » (GIDDENS, 2012, p. 74).*

<sup>209</sup> cf. Tableau synoptique des définitions proposées par Giddens p.141.

## II.3 L'organisation

L'organisation, du point de vue de l'auteur est proche de la vision de Jean-Pierre Dupuy : « *une société auto-organisée* » (DUPUY, 1992). Les activités, sont sans cesse recrées par les agents, elles sont récursives.

La compréhension des institutions sociales se fait par l'action selon Giddens. La définition de l'organisation est ainsi celle définie par l'action collective. L'environnement crée les conditions de l'action, cette dernière est expérientielle, sous-tendue par l'interaction entre l'acteur et l'environnement. A travers leurs activités, les acteurs produisent et reproduisent ainsi les conditions nécessaires à leurs actions. Ce point de vue se rapproche de l'idée des « *anneaux de causalité* » développée par Karl Weick (WEICK, 1979) et son approche processuelle de l'organisation qui se définit par l'interaction.

Ainsi, l'organisation au sens de Giddens est le fruit de la production et de la reproduction compétente de ses membres. La vie sociale est alors un ensemble de pratiques reproduites par les individus qui la constituent.

## II.4 L'action

Il n'y a pas de déterminisme dans les comportements des acteurs (ROJOT, 1998, p. 45). Les acteurs sont capables d'expliquer l'action de manière discursive. L'action nécessite selon Giddens, un but, une intention, et un motif tout en intégrant le caractère contextuel de l'action humaine et sa spatio-temporalité. En effet, l'action s'inscrit dans une certaine durée, dans un contexte avec lesquels elle interagit.

Ainsi, l'action n'est pas indépendante de ces éléments (motifs, intention, but, contexte, durée), elle est contextualisée et s'inscrit dans un processus expérientiel d'acteurs agissants. « *Action et praxis* » sont pour Giddens deux concepts liés, il est impossible de comprendre l'action sans tenir compte de l'acteur.

## II.5 L'Acteur/Agent

Dans la même perspective d'une dualité du structurel, où la part du social et celle de l'individuel ne sont pas opposées, les termes d'acteurs et d'agents ne sont pas antagonistes chez Giddens.

- \* **Le terme d'acteur** définirait l'individu à travers ses capacités d'autonomie.
- \* **Le terme d'agent** situerait un individu mu par des forces qui le dépassent où qu'il ignore.

### II.5.1 Compétence

L'acteur social utilise selon l'auteur un « *haut niveau de connaissance* » (GIDDENS, 2012, p. 71), un savoir plus pratique que théorique pour réaliser et reproduire les actions. L'acteur est capable de produire et de reproduire des actions sans pour autant pouvoir expliquer ou rationaliser ce qu'il fait. Le pouvoir et la réflexivité caractérisent les acteurs chez Giddens et sont intrinsèquement liés à la notion de « *compétence* » (*knowledgeability*) et à celle de « *capacité* » (*capability*) (NIZET, 2007, p. 21).

La compétence pour l'auteur représente l'ensemble des connaissances des acteurs qu'ils utilisent de façon tacite ou « *discursive* » (GIDDENS, 2012, p. 343) dans la production et la reproduction de l'action. Les êtres humains sont compétents car, en tant qu'acteurs sociaux, ils actionnent des connaissances mobilisées à partir d'une « *conscience* »

pratique »: « la compétence des acteurs s'enchaîne dans le cours des conduites quotidiennes » (GIDDENS, 2012, p. 343).

La vision de l'acteur par Giddens est ainsi celle d'un actant, qui n'est ni passif, ni libre<sup>210</sup> au sens de Crozier et Friedberg (CROZIER & FRIEDBERG, 1977) et qui, grâce à ses compétences, est agissant sur ses propres actions et sur la structure elle-même. Cette capacité lui donne ainsi un certain pouvoir en « créant une différence » selon l'auteur. Les acteurs sont, en outre, en capacité de rationaliser leurs actions si on leur demande d'expliquer leurs conduites.

### II.5.2 Non intentionnalité de l'action

Pour autant, ces capacités peuvent être limitées parce que les effets de l'action peuvent être non intentionnels :

*« Je suis l'acteur de beaucoup de choses que je n'ai pas l'intention de faire et que, peut-être, je ne veux pas engendrer mais que néanmoins je fais. De façon réciproque, je parviens parfois à réaliser ce que je désire sans que cela soit directement attribuable à mon intervention » (GIDDENS, 2012, p. 57).*

Ce sont d'ailleurs ces conséquences non intentionnelles qui reproduisent en partie les systèmes sociaux. Ainsi, l'action ne renvoie pas nécessairement à l'intention d'agir selon Giddens, mais bien à la capacité d'agir, au pouvoir d'agir dans le sens d'une capacité transformatrice. De fait, les conséquences non intentionnelles participent de manière itérative à la reproduction du système social à plus longue échéance, car elles deviennent à leur tour des conditions « non reconnues » d'actions qui se dérouleront postérieurement. C'est cette boucle de rétroaction non réflexive que Giddens illustre dans son modèle de stratification de l'agent (voir figure ci-dessus).

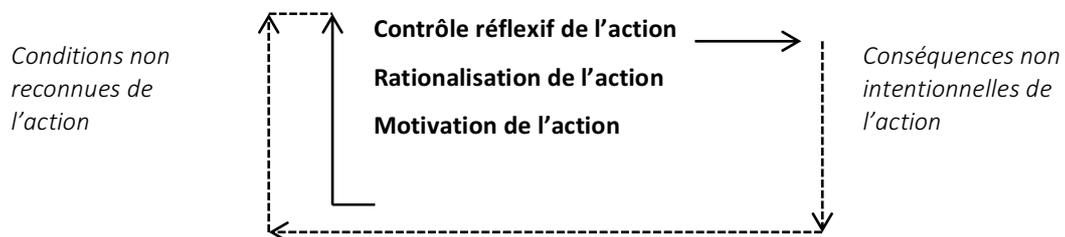


FIGURE 16 : MODELE DE STRATIFICATION DE L'AGENT<sup>211</sup>

### II.5.3 Réflexivité

La conception de l'acteur ou agent tel que le nomme Giddens, est aussi celle de l'acteur détenant un certain pouvoir et une « capacité d'accomplir des choses »<sup>212</sup>, de transformer les situations, d'influencer les autres acteurs par la réflexivité. Cette réflexivité est d'ailleurs caractéristique de l'action :

*« La forme réflexive de la compétence propre aux agents humains constitue l'élément le plus profondément engagé dans l'organisation récursive des pratiques sociales. La continuité des pratiques présuppose la réflexivité ; en retour, la réflexivité n'est possible que par la continuité des pratiques, qui rend ces dernières distinctivement « identiques » dans le temps et dans l'espace » (GIDDENS, 2012, p. 51).*

<sup>210</sup> En lien avec la théorie de l'acteur stratégique où la stratégie individuelle de l'acteur est au premier plan usant des règles et de ses zones d'incertitudes pour améliorer leurs capacités d'actions, leurs marges de manœuvre.

<sup>211</sup> GIDDENS, « La constitution de la société : éléments de la théorie de la structuration », 2012, p. 53.

<sup>212</sup> Ibid. p. 345.

Ainsi, la réflexivité est une notion qui fait référence à l'individu, mais également à la vie sociale. En effet, non seulement l'acteur est capable de comprendre le contexte dans lequel il évolue, mais il est également en capacité d'orienter et d'adapter ses actions, ses comportements. Il exerce donc un contrôle réflexif sur ses actions et présuppose que les individus qui l'entourent font de même. Le contrôle réflexif s'exerce alors sur lui-même, mais aussi sur les autres individus, il « *représente la capacité de surveiller, contrôler le flot continu de la vie sociale qui se déroule et par là-même la capacité à se situer et s'évaluer.* » (HUSSER, 2010, p. 36). Or, cette réflexivité est limitée parce que l'action peut avoir des conséquences non intentionnelles ou imprévues.

Pour autant, cette part d'aléatoire peut influencer le contexte et les conditions de travail et donc impacter les comportements à venir.

#### II.5.4 Conscience discursive/conscience pratique

L'acteur est en capacité d'exprimer ses intentions, d'expliquer ses comportements, c'est ce que Giddens nomme la « *conscience discursive* », mais l'acteur est également doté d'une « *conscience pratique* » qui s'exprime à travers la réflexivité sans que celle-ci ne soit verbalisée.

*« La conscience pratique est la connaissance tacite qui est appliquée avec compétence dans l'agissement (enactment) de conduites, en situation de co-présence, mais que l'acteur n'est pas capable d'exprimer de façon discursive. » (ROJOT, 1998, p. 50).*

Elle est le filtre de compréhension des acteurs, leurs schèmes interprétatifs, un « *stock de connaissance* » tel que le définit A. Schutz (1966) ou la « *connaissance mutuelle* » selon Giddens.

Les notions de conscience pratique et de conscience discursive ne sont pas antagonistes. Ce qu'explique Giddens, c'est que l'acteur est traversé par ces différents stades que sont la « *conscience pratique* », la « *conscience discursive* », voire « *l'inconscient* » et que les savoirs peuvent tour à tour traverser ces différents stades. Les frontières entre ces éléments sont fluctuantes et perméables.

Certaines connaissances ou motivations peuvent se situer au niveau de la « *conscience pratique* », dans un premier temps, puis selon diverses circonstances, certaines interactions peuvent accéder à la « *conscience discursive* » permettant l'attribution de sens.

#### II.5.5 Interrelations

Les relations des acteurs, leurs interrelations et les structures sociales sont consubstantielles. Ce sont les rencontres que font les acteurs les uns avec les autres qui permettent l'évolution des structures : « *A travers ces rencontres, les routines vivent et perpétuent les propriétés structurelles de systèmes sociaux.* » (HUSSER, 2010, p. 35). Giddens estime que ces rencontres « *sont le fil conducteur de l'interaction sociale [...] prennent la forme typique de routines* » (GIDDENS, 2012, p. 121).

#### II.5.6 Routine

Ainsi, pour Giddens, il existe une influence inconsciente de l'acteur propre à sa condition humaine qui serait celle de s'assurer d'une certaine sécurité qui limiterait ses angoisses à travers la routinisation. La reproduction des pratiques institutionnalisées s'inscrit dès lors dans un quotidien, à partir d'actes répétitifs. Ces pratiques s'ancrent dans un caractère routinier qui n'est pas motivé directement par l'agent mais qui participe à la création d'un sentiment de sécurité. Les routines de travail apportent effectivement un sentiment sécurisant, une autonomie de contrôle de par la répétition et la prévisibilité des actions.

Ainsi, les acteurs exercent une influence réciproque sur les autres acteurs et sur les systèmes sociaux. Ils utilisent et reproduisent quotidiennement des éléments structurels. En ce sens, la théorie de la structuration articule les conduites individuelles et les logiques collectives.

### II.5.7 Temporalité

Les notions de temps et d'espace ont pour l'auteur une part importante dans la théorie de la structuration : « *les organisations sociales ont une durée de vie et un rythme différents de ceux vécus par les acteurs-actants.* » (HUSSER, 2010, p. 51). Les actions trouvent leur sens dans le lien avec d'autres actions et dans l'espace : « *l'avant-scène* » et la « *coulisse* » termes empruntés par Giddens à Goffmann :

*« Il est fondamental pour le concept de structuration que l'espace-temps soit constitutif des pratiques sociales, puisque la structuration tire son origine de la temporalité et donc, dans un certain sens, de l' "histoire" » (GIDDENS, 2012, p. 51).*

Ainsi, la reproduction sociale s'inscrit dans un contexte qui lui est favorable : une délimitation spatio-temporelle, des routines, l'usage de normes, les interactions entre les acteurs, leur capacité de réflexivité et leurs compétences ...

---

*Section II - Apports de la théorie de la  
structuration dans l'étude des facteurs  
d'intégration d'un outil de gestion de la qualité à  
l'hôpital<sup>213</sup>*

---

---

<sup>213</sup> Cette section a servi de base pour la rédaction de notre article : Hayo-Villeneuve, S. ; Husson J. (Mars 2015). « Etude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité dans une organisation hospitalière : apports de la théorie de la structuration. » In QUALITA'2015.

## I Intégration de la théorie de la structuration dans la méthodologie de la recherche

---

### I.1 Opérationnalisation de la théorie de la structuration par la recherche empirique

Les critiques émises sur la théorie de la structuration, ainsi que nous avons pu le voir, sont en lien avec le manque de confrontation avec des données empiriques et notamment en sciences de gestion. L'étude de cas que nous proposons a pour objet d'illustrer la théorie de la structuration et de la rendre opérationnelle dans le domaine de l'intégration de la démarche qualité dans les organisations hospitalières. De fait, la considération de l'individu, la structure et les interactions permettent un niveau d'analyse objectivable dans une démarche de recherche. Pour autant, l'observation des pratiques doit également tenir compte d'une analyse sur des dimensions élargies de l'institution : « *le tissu davantage ramifié des rapports sociaux [...] doit se concevoir également à partir de l'intégration globale et de l'intégration systémique* » (GIDDENS, 2012, p. 344).

Pour Anthony Giddens, la recherche empirique ne peut se prémunir d'une analyse qui ne tiendrait pas compte de la dualité du structurel. La ligne de démarcation d'une étude qui serait celle des institutions d'une part et celle des conduites stratégiques des acteurs d'autre part est trop étroite. La notion de structurel défendu par l'auteur est un « *ensemble de relations de transformations organisées en tant que propriété de systèmes sociaux* »<sup>214</sup>, il s'agit donc de caractéristiques reproduites par les systèmes sociaux. Or ces caractéristiques n'existent pas en dehors de l'action. Quant aux acteurs, ils font usage des propriétés structurelles.

La recherche telle que nous la souhaitons, tient compte d'activités contextuellement situées. La place des acteurs est primordiale car ils détiennent des connaissances, même de manière tacite ou discursive, sur l'environnement et sur la pratique. Les activités peuvent avoir des conséquences non intentionnelles ainsi que nous l'avons vu et pour autant participer à la reproduction de formes institutionnelles. A contrario, certaines activités peuvent être réalisées intentionnellement mais à partir de connaissances limitées et pour autant participer également à la reproduction de formes institutionnelles.

Si l'acteur occupe une place prépondérante dans la recherche, il en est tout autant du lien qui existe entre les activités et les pratiques institutionnalisées. En effet, les pratiques réalisées dans des contextes spatio-temporels liés à l'action maintiennent et reproduisent les formes institutionnelles. L'étude autour de la dualité du structurel nécessite ainsi d'examiner plusieurs dimensions car comme le souligne l'auteur :

*« Les structures n'existent qu'au moment de leur actualisation dans les activités de sujets humains compétents et spatio-temporellement situés qui reproduisent ces structures en tant que propriétés structurelles de systèmes sociaux ancrés dans des étendues d'espace-temps » (GIDDENS, 2012, p. 368).*

Ces dimensions doivent tenir compte du contexte immédiat de l'action et des contraintes structurelles. En effet, le processus de structuration de l'organisation observée comporte des formes institutionnelles, telles que la procédure de certification HAS, la Direction qualité gestion des risques ... qui doivent être considérés comme des exemples de pratiques contraignantes et habilitantes.

Concrètement, l'analyse de l'utilisation d'un outil de gestion de la qualité doit tenir compte des principes d'organisation (la structure), des systèmes sociaux (rapports sociaux), mais également des pratiques d'intégration (la structuration). De même, selon le principe de

---

<sup>214</sup> cf. Tableau synoptique présenté plus haut dans le titre II.1, p.141.

dualité du structurel, étudier une pratique d'intégration nécessite d'analyser la structure et les rapports sociaux qui la contraignent ou l'habilite.

Ainsi, cette approche théorique nous permet de reconsidérer la nature d'un outil de gestion *a priori* technique pour étudier l'ensemble des dimensions qui le constitue, à savoir, la structure, les systèmes sociaux et la structuration.

## 1.2 Compréhension de l'action managériale selon l'approche de Giddens

En outre, la théorie de la structuration peut participer à la compréhension de l'action managériale car elle met en exergue la récursivité de l'action et la structure. Dans la perspective de Giddens selon les dimensions de la dualité du structurel (voir figure ci-dessous), les managers sont des acteurs clés dans une structure agissante :

- \* **Au niveau de la « signification »** car ils peuvent intervenir sur les schèmes interprétatifs ;
- \* **Au niveau de la « domination »** car ils peuvent agir sur les allocations de ressources ;
- \* **Au niveau de la « légitimation »** car ils ont un rôle de régulation normative.

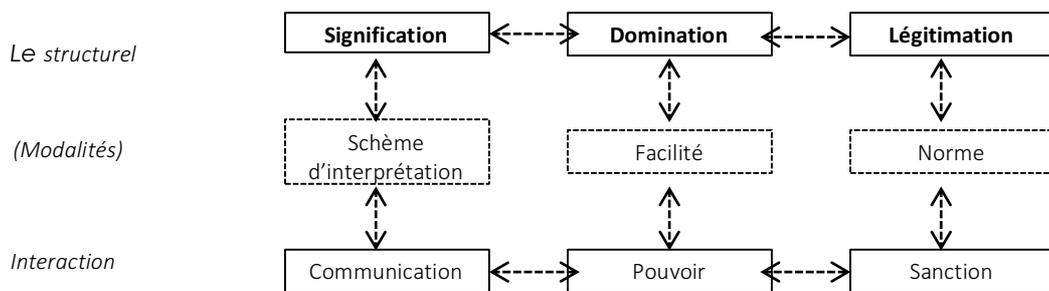


FIGURE 17 : LES DIMENSIONS DE LA DUALITE DU STRUCTUREL<sup>215</sup>

La place des cadres est centrale à condition qu'ils prennent en considération ce point de vue : « Les managers ne peuvent agir que par la conscience de l'existence d'une structure, certes évolutive, mais toujours prééminente. » (HUSSER, 2010, p. 35).

Notre recherche vise à articuler trois dimensions analysées selon l'éclairage théorique de Giddens : les acteurs, les actions et les dimensions du structurel (voir tableau ci-dessous) :

	Expression	Dimension observée
<b>Acteur</b>	Routinisations, institutionnalisations Valeurs intégrées dans les interactions	Organisation des systèmes sociaux
<b>Action</b>	Action intégrée dans les interactions	Reproduction des systèmes sociaux
<b>Structure</b>	Conditions et résultats de l'action Médiation du structurel et du contextuel (contraintes et contingences)	Dimensions structurelles

TABLEAU 24 : LES DIMENSIONS DE L'ANALYSE DE LA PHASE DE RECHERCHE EMPIRIQUE

<sup>215</sup> GIDDENS, "The constitution of Society", 1984, p. 78.

Le regard théorique porté par Giddens peut ainsi être traduit dans une recherche empirique à partir du moment où elle allie l'étude systémique de l'institution et celle des conduites des acteurs à travers leurs actions. C'est à partir de l'analyse de l'outil dans la structure et les rapports sociaux que nous souhaitons observer ce qui contraint ou ce qui habilite l'intégration de la démarche qualité.

L'objet de notre recherche consiste à déterminer les leviers d'intégration de la démarche qualité en nous appuyant sur l'étude d'un outil de gestion de la qualité : l'outil de déclaration des événements indésirables. Cet outil de gestion est un outil de gestion de la qualité qui a pour caractéristique d'être transversal. Il impacte notamment l'ensemble des acteurs de l'organisation hospitalière, mais aussi toutes les composantes de cette organisation. Ainsi, cet outil s'inscrit de diverses façons dans l'approche structurationniste de Giddens.

## II L'outil de déclaration d'événements indésirables selon l'approche de Giddens

---

L'intérêt d'étudier l'outil de déclaration des événements indésirables est double : il a une forte portée démocratique car il est utilisable par l'ensemble des acteurs de l'organisation, il est également porteur d'une dimension organisationnelle de gestion car il participe au déploiement de la démarche qualité et gestion des risques. L'outil de déclaration des événements indésirables est aussi « *un moyen légitime d'entrer dans les processus de l'organisation hospitalière* » (HUSSON, J., 2009) et d'appréhender le lien acteurs/structure.

### II.1 La portée démocratique de l'outil

Au-delà de sa finalité prescriptive, l'outil de gestion existe aussi à travers les contextes et les activités humaines qu'il traverse. Il existe une forme de réseau d'interactions entre les outils et les individus. Il est alors possible d'analyser les phénomènes sociaux et organisationnels par l'étude de l'appropriation de l'outil.

Dans notre propos, l'outil de gestion de déclaration des événements indésirables est un facteur d'intégration possible de la démarche qualité dans les organisations hospitalières. En effet, notre intérêt ne se situe pas dans l'étude de l'outil de gestion lui-même, par-delà la technique qu'il incarne, mais comme un moyen d'analyse de différentes situations qu'il traverse et dont il peut être le catalyseur.

La place des outils de gestion est de plus en plus importante dans les organisations car elles sont régulées par des mécanismes de gestion qui sont soutenus par ces outils qualifiés de médiateurs des rapports sociaux. Ainsi, la logique véhiculée par l'outil de gestion ne se rapporte pas uniquement à la technique et à la philosophie dont il est porteur, mais aussi aux conséquences secondaires de son utilisation, à sa portée interactionnelle et donc sociale. Il existe, en effet, une portée démocratique de l'outil de gestion qui reconnaît l'implication des utilisateurs et les interactions sociales à travers l'utilisation de la technique.

Nous inscrivons notre approche dans une visée sociotechnique permettant la compréhension des systèmes opératoires et des aspects gestionnaires et sociaux de l'organisation tout en tenant compte de la part d'imprévisibilité dans l'utilisation des outils de gestion.

### II.2 Un outil porteur de multiples interactions acteurs/structure

Dans cet exemple, et du point de vue de la théorie développée par Giddens, la structure est représentée par les différentes conduites des acteurs, les règles auxquelles ils font appel (par exemple le mode opératoire de déclaration d'un événement indésirable) et les ressources qu'ils mobilisent (comme leurs capacités transformatives par exemple). Quant au système social, il représente les différentes interactions entre les déclarations, leur traitement et l'analyse des événements indésirables.

Or, l'analyse de ces déclarations ne peut se limiter au seul comportement de déclaration, en prenant uniquement en compte le nombre de déclarations ou les différents types de déclarations par exemple. La déclaration fait également appel à de multiples autres comportements comme la prise en compte de la politique de gestion des risques ou l'intégration du risque dans la prise en soin ou encore l'interprétation de l'événement par le déclarant. L'analyse qui serait faite devrait intégrer le « *double mouvement par lequel les actions individuelles structurent les systèmes sociaux et sont structurés par eux* » (NIZET, J., 2007, p.18). Ainsi, le système de déclaration est l'objet de nombreuses actions réfléchies menées :

- \* Selon le type de déclarant (brancardier, infirmier, aide-soignant...) ou responsable de la politique de gestion des risques (directeur de la qualité, ingénieur qualité...);
- \* Selon la compréhension de la notion de risque par le déclarant ;
- \* Selon l'enjeu d'une déclaration qui mettrait en avant l'absence de matériel ou la vétusté des équipements par exemple....

C'est à partir de ces multiples actions que le système de déclaration existe, même si ces actions sont elles-mêmes structurées par une politique institutionnelle de gestion des risques. En effet, les agents par cette action de déclaration, font appel à un certain nombre de règles et de ressources que le système social met à leur disposition. Ces éléments peuvent avoir un caractère formel comme le respect de la procédure de déclaration des événements indésirables ou un caractère plus tacite comme le jugement du déclarant sur la nécessité de déclaration ou sa perception de la pertinence du suivi de cette déclaration.

### II.3 La dualité du structurel

L'outil de déclaration des événements indésirables est porteur de la structure au sens de Giddens (voir figure ci-après). En effet, il incarne la structure par son intégration dans une politique de gestion des risques et le développement d'une culture d'amélioration continue de la qualité portée par l'établissement. Dès la conception, l'outil est encodé de normes qualité : références et critères en lien avec la qualité et la gestion des risques ; politique institutionnelle de gestion des risques ; incitations à un système de déclaration et d'analyse non punitive... et son utilisation quotidienne participe *in fine* à institutionnaliser ces structures.

#### II.3.1 Co-construction acteur/outil

L'usage de l'outil, les différents comportements et schèmes interprétatifs mobilisés par les acteurs permettent une co-construction acteur/technologie et favorisent le développement de « *l'esprit de la technologie* » tel qu'il a été pensé dès sa conception. L'usage répété permet, en outre, une maîtrise cognitive de l'outil et une intégration de celui-ci dans les routines de travail et aussi une possibilité d'innovations par l'usage (PROULX, S., 2001).

D'autre part, il faut considérer la nature cyclique de l'outil. L'utilisation de l'outil de déclaration des événements indésirables évolue dans le temps, selon ses modalités d'implantation, son accompagnement dans l'utilisation ou encore les variabilités techniques de l'outil (modification de paramètres informatiques par exemple). Etudier l'outil nécessite alors une réflexion sur son histoire, son évolution. Son implantation a-t-elle été anticipée ? Quels sont les contextes organisationnels et l'histoire de l'outil dans ce contexte ? Quelles ont été les transformations qui l'ont accompagnées (techniques, formations, représentations...) ? Quels sont les utilisateurs, l'intensité d'utilisation de l'outil, leurs rapports « affectifs » avec celui-ci ? Quelles sont les interactions avec l'outil et entre les acteurs ? ....

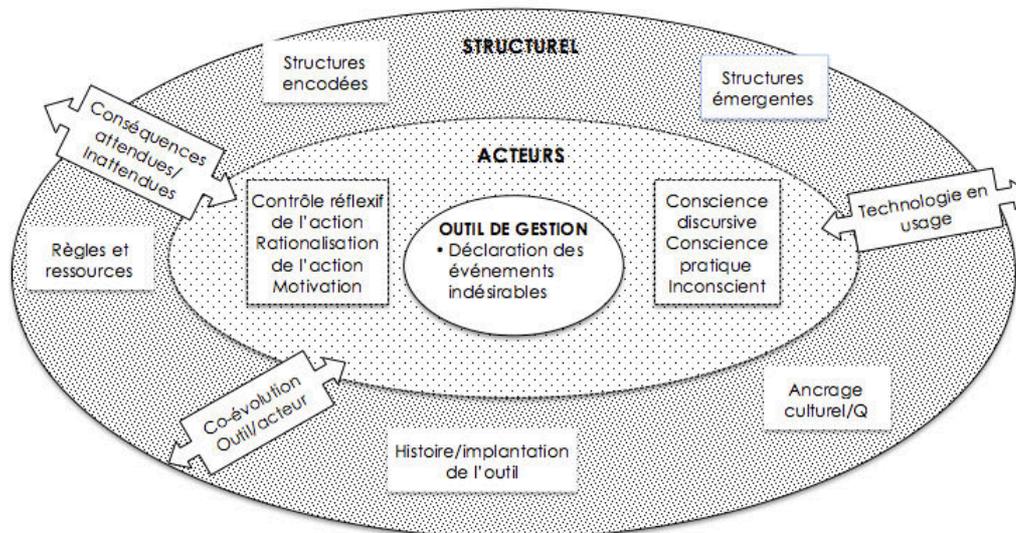


FIGURE 18 : PRESENTATION DE L'OUTIL DANS LA CONFIGURATION THEORIQUE DE GIDDENS

### II.3.2 Rôle indirect dans le processus de structuration, structures émergentes

L'outil peut également avoir un rôle indirect dans le processus de structuration. Les acteurs peuvent détourner l'usage initial préconisé par le concepteur. Perriault distingue « l'usage conforme » et « l'usage réel » (PERRIAULT, J., 1989)<sup>216</sup> détourné par l'utilisateur pour son propre intérêt. L'utilisation de l'outil de déclaration des événements indésirables peut en effet être détournée et devenir l'expression de mécontentements organisationnels, voire un moyen anonyme de délation de certains comportements...

En outre, l'usage répété par le déclarant en fait un expert capable de participer aux modifications et aux améliorations de l'outil (DODIER, N., 1995). L'acteur peut dans cet exemple participer à l'évolution de la conception originelle de l'outil. L'action inattendue de l'utilisateur, ou non intentionnelle tel que le décrit Giddens, favorise l'émergence des structures à travers « la technologie en usage ». Ainsi, par exemple, la déclaration systématique d'événements mineurs (dont la criticité est faible) peut amener l'institution à une réponse standardisée et ainsi favoriser l'institutionnalisation de certaines pratiques.

Les outils de gestion ont ainsi un rôle indirect dans le processus de structuration. Or, comme le souligne Giddens, ils « habilitent » et « contraignent » les pratiques, ils sont de fait source de structuration sociale. Ainsi, l'approche de Giddens rend compte de la double dimension des outils : physique et sociale. Dans une organisation, les outils de gestion sont un point central de la rencontre entre les règles et les ressources qui la contraignent. C'est cette perspective dynamique qui nous intéresse. L'outil de gestion est caractérisé par un substrat

<sup>216</sup> Cité par Blandin, B. (2002) « La construction du social par les objets. », Presses universitaires de France.

technique et par une empreinte sociale plus ou moins marquée selon que les règles et les ressources qui le constituent sont plus ou moins de nature à reproduire le système social.

L'apport de Giddens dans l'étude d'un outil de déclaration des événements indésirables offre l'opportunité d'étudier la co-émergence entre l'humain et la technologie. L'analyse du processus dynamique d'évolution de l'outil de gestion permet, en effet, une double analyse : celle du niveau d'intégration de la structure dans l'outil, mais aussi celle des structures émergentes par l'usage qui est fait de l'outil. Selon les résultats d'une telle étude, selon le niveau de co-évolution technologie/acteur, il est alors possible d'adapter l'intégration de la démarche qualité. Les principes portés par la démarche qualité peuvent ainsi s'adapter à l'organisation et non pas l'inverse.

Ces réflexions doivent cependant être confrontées à la pratique réelle de l'outil dans la perspective d'une démarche empirique sur la base d'une étude de cas permettant d'observer les différentes phases et événements clés dans le processus d'appropriation de l'outil. Nous pourrions ainsi reconstruire l'histoire du phénomène observé à partir de différentes sources comme l'observation directe, l'examen de données secondaires ou encore d'entretiens. L'étude empirique longitudinale s'inscrit en effet dans une dynamique contextuelle au cœur d'un processus organisationnel tout en abordant la réalité sociale de manière dynamique. Il s'agit de comprendre le phénomène étudié dans sa dynamique et de nous inscrire dans l'esprit d'une « *construction sociale de la réalité* » (BERGER, P., & LUCKMANN, T. 1996).

## PREMIERE PARTIE - SYNTHÈSE DU CHAPITRE 3

---

Ce chapitre avait pour ambition d'apporter un éclairage sur la théorie de la structuration portée par Anthony Giddens et de traduire cette approche dans le contexte spécifique des organisations hospitalières par le choix de l'étude d'un outil de gestion de la qualité : l'outil de déclaration des événements indésirables.

### **Une approche permettant une réflexion macrosociale sur l'organisation**

Nous avons choisi l'approche structurationniste d'Anthony Giddens car ce modèle théorique permet une réflexion macrosociale sur l'organisation. En effet, nous inscrivons notre approche dans une visée sociotechnique permettant la compréhension des systèmes opératoires et des aspects gestionnaires et sociaux de l'organisation tout en tenant compte de la part d'imprévisibilité dans l'utilisation des outils de gestion.

La théorie de la structuration articule, en effet, les conduites individuelles et les logiques collectives, l'organisation au sens de Giddens est ainsi le fruit de la production et de la reproduction compétente de ses membres. La théorie de la structuration met ainsi l'accent sur les conditions qui permettent la production d'un système social en considérant que, ni les structures, ni les agents ne sont indépendants. L'étude autour de la dualité du structurel nécessite ainsi d'examiner plusieurs dimensions. Ces dimensions doivent tenir compte du contexte immédiat de l'action et des contraintes structurelles.

### **Le choix d'un outil de gestion de la qualité intégré**

L'objet de notre recherche consiste à déterminer les leviers d'intégration de la démarche qualité en nous appuyant sur l'étude d'un outil de gestion de la qualité : l'outil de déclaration des événements indésirables. Cette étude a pour objet d'illustrer la théorie de la structuration et de la rendre opérationnelle dans le domaine de l'intégration de la démarche qualité dans les organisations hospitalières. L'outil de gestion étudié est traduit selon l'approche structurationniste dans le tableau de synthèse présenté dans l'encadré ci-après.

Dans cette perspective, l'intérêt d'étudier l'outil de déclaration des événements indésirables est double : il a une forte portée démocratique car il est utilisable par l'ensemble des acteurs de l'organisation, il est également porteur d'une dimension organisationnelle de gestion car il participe au déploiement de la démarche qualité et gestion des risques. D'autre part, nous souhaitons observer la nature cyclique de l'outil, car il évolue dans le temps, selon ses modalités d'implantation, son accompagnement dans l'utilisation ou ses modalités d'appropriation.

L'étude empirique longitudinale s'inscrit à ce titre dans une dynamique contextuelle au cœur d'un processus organisationnel tout en abordant la réalité sociale de manière dynamique. Nous souhaitons, en effet, comprendre le phénomène étudié dans sa dynamique.

## SYNTHÈSE :

**ILLUSTRATION DE LA THÉORIE DE LA STRUCTURATION A TRAVERS L'OBJET DE RECHERCHE :  
L'OUTIL DE DÉCLARATION DES ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES**

**\*le structurel** est représenté par le positionnement stratégique de la dimension qualité et gestion des risques inscrite de façon plus ou moins forte dans les orientations stratégiques de l'établissement.

**\*la structuration** est représentée par les différentes conduites des acteurs à travers les règles auxquelles ils font appel (par exemple le mode opératoire de déclaration d'un événement indésirable) et les ressources qu'ils mobilisent (comme leurs capacités transformatives par exemple).

**\*Quant au système social**, il représente les différentes interactions entre les déclarations, les analyses et le traitement des événements indésirables....

Pour illustrer ce propos, nous pouvons faire référence à l'utilisation de l'outil de déclaration d'événements indésirables qui sous-tend notre recherche. L'analyse de ces déclarations à partir de la théorie de la structuration ne pourrait se limiter à se centrer sur le seul comportement de déclaration, en prenant en compte par exemple le nombre de déclarations ou les différents types de déclaration. Car, la déclaration fait également appel à de multiples autres comportements comme :

- la prise en compte de la politique qualité et gestion des risques où,
- l'intégration du risque dans la prise en soin ou encore,
- l'interprétation de l'événement par le déclarant.

L'analyse qui serait faite devrait prendre en compte le « double mouvement par lequel les actions individuelles structurent les systèmes sociaux et sont structurés par eux » (NIZET, 2007, p. 18).

Ainsi, le système de déclaration est l'objet de nombreuses actions réfléchies, menées selon que les acteurs déclarants :

- appartiennent à tel ou tel profession (brancardier, infirmier, aide-soignant...),
- où qu'ils soient responsables de la politique qualité et gestion des risques (directeur de la qualité, ingénieur qualité...),
- ou encore selon l'interprétation par les acteurs de la notion de risque ou même l'intérêt pour eux d'une déclaration qui mettrait en avant l'absence de matériel ou la vétusté des équipements par exemple....

C'est à partir de ces multiples actions que le système de déclaration existe, même si ces actions sont elles-mêmes structurées par la politique institutionnelle de qualité et de gestion des risques.

En effet, les agents par cette action de déclaration, font appel à un certain nombre de règles et de ressources que le système social leur met à disposition. Ces éléments peuvent avoir :

- un caractère formel comme le respect de la procédure de déclaration d'événements indésirables où
- un caractère plus tacite comme le jugement du déclarant sur la nécessité de déclaration ou sa perception de la pertinence du suivi de cette déclaration.

**\*Non intentionnalité de l'action :**

L'action de déclarer un événement indésirable est intentionnelle, mais elle participe également de manière non intentionnelle au développement d'une culture qualité et gestion des risques.

**\*Conscience discursive/conscience pratique**

Dans l'exemple de la déclaration d'événements indésirables, la déclaration elle-même peut se situer au niveau de la « conscience pratique » dans l'exécution systématique d'une procédure de déclaration. Et selon l'interaction avec d'autres acteurs ayant déclaré le même type d'événement, la déclaration se situe alors au niveau d'une « conscience discursive » car les déclarations conjointes permettent la mise en exergue de problématiques pouvant interférer sur la prise en soin de l'utilisateur et résonner de manière plus forte avec la notion de sécurité de la prise en charge.

## SYNTHESE DE LA PREMIERE PARTIE

En juin 2016, le “*think tank*” laboratoire d'idées de l'Institut Montaigne dans un rapport intitulé « *Réanimer le système de santé : propositions pour 2017* » s'interroge sur la viabilité du système de santé français sur le long terme et fustige l'approche actuelle, qualifiée par des mesures circonstanciées axées sur les « *coups de rabots* » et le « *rendement rapide* ». <sup>217</sup>

Il est indéniable que l'hôpital connaît depuis quelques décennies une vague ininterrompue de réformes structurelles par la mise en place des Agences Régionales de Santé, par les regroupements territoriaux (symbolisés par les Groupements Hospitaliers de Territoire), par les lois de sécurité sanitaire, la réforme de la gouvernance, la tarification à l'activité ou encore par la Loi de modernisation. L'augmentation des exigences des usagers, le développement de la technicité des soins, le vieillissement de la population et la nécessité du service public d'assurer un égal accès aux soins sont autant d'éléments qui mettent les organisations hospitalières à l'épreuve d'assurer toujours au meilleur coût les meilleurs soins dans des contextes de restructurations organisationnelles et de maîtrise de déficit.

Ces transformations subies par les organisations hospitalières sont également marquées par une constante évolution des exigences en matière de qualité. En effet, si la notion de qualité est désormais intégrée aux organisations hospitalières, ce domaine connaît également de fortes transformations notamment par l'évolution des procédures de certifications et la mise en œuvre de nouvelles méthodologies. En 2016, la Haute Autorité de Santé (HAS) expérimente la « *visite non annoncée* » afin de préparer le déploiement du dispositif en 2017. Pour la HAS, l'organisation de cette visite :

*« répond à un souhait de stimuler et reconnaître les établissements les plus dynamiques [...] constitue ainsi un outil managérial, signe de maturité et relève d'une stratégie d'établissement qui aurait envie de se challenger »* <sup>218</sup>

En octobre 2016, une expérimentation de la HAS sur des certifications et démarches synchronisées de cinq centres hospitaliers des Côtes d'Armor <sup>219</sup> inscrits dans une Communauté Hospitalière de Territoire (GHT) préfigure des visites de certification commune à l'ensemble des établissements des GHT prévue en 2020.

L'hôpital est ainsi constamment percuté par de nouvelles contraintes dont il doit s'emparer et de nouveaux défis qu'il doit relever. Un de ces défis est notamment celui de l'adaptation d'une organisation qualifiée de bureaucratie professionnelle devant s'inscrire dans une logique d'innovation organisationnelle et de maîtrise de son système de gestion.

<sup>217</sup> Source HOSPIMEDIA di 17 juin 2016.

<sup>218</sup> Source : extrait de « *Fiche technique Visite non annoncée* » HAS document de travail février 2016.

<sup>219</sup> Source Webzine HAS 14 octobre 2016 [en ligne] disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2674742/fr/certification-et-demarches-synchronisees-experience-concluante-en-bretagne](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2674742/fr/certification-et-demarches-synchronisees-experience-concluante-en-bretagne) (consulté le 21 octobre 2016).

Mais, « force est de constater que les établissements de santé s'adaptant aux nouvelles contraintes, sont de plus en plus diversifiés compte tenu de leurs choix organisationnels internes » (MAKHOULFI, SAADIJ., HIKI, & A.E.I., 2012), cette diversification se ressent également dans la traduction organisationnelle des préceptes qualité. Tous les établissements ne se sont pas adaptés de la même façon, les dynamiques d'intégration de la démarche qualité varient selon les politiques institutionnelles de déploiement de la qualité, selon les systèmes de management de la qualité et selon l'acculturation des principes qualité. Pour autant, nous avons pu constater que la qualité est une préoccupation des futurs managers hospitaliers.

L'évolution des organisations hospitalières s'est ainsi traduite par une optimisation des opérations grâce à la mise en place d'outils de gestion et s'est poursuivie par une réelle volonté d'amélioration continue du système de management de la qualité et des risques et de ses interfaces. La qualité telle que nous l'abordons est appréhendée comme un outil de gestion, mobilisateur des acteurs de l'organisation. C'est pourquoi nous avons souhaité explorer le concept d'outil de gestion. En outre, la place des outils de gestion est importante dans les organisations hospitalières car elles sont régulées par des mécanismes de gestion qui sont soutenus par ces outils qualifiés de médiateurs des rapports sociaux.

Au-delà de sa finalité prescriptive, l'outil de gestion existe aussi à travers les contextes et les activités humaines qu'il traverse. Nous pensons que la logique véhiculée par l'outil de gestion ne se rapporte pas uniquement à la technique et à la philosophie dont il est porteur, mais aussi aux conséquences secondaires de son utilisation, à sa portée interactionnelle et donc sociale. C'est justement parce qu'il existe une forme de réseau d'interactions entre les outils et les individus que nous nous intéressons aux outils de gestion. Notre intérêt ne se situe pas dans l'étude de l'outil de gestion lui-même, mais dans l'analyse des différentes situations qu'il traverse, des différentes idéologies dont il peut être le catalyseur.

L'apport de la théorie de la structuration de Giddens offre une réflexion macrosociale sur l'organisation qui relie les notions d'anthropologie et de sociologie en rassemblant les institutions sociales et les actions récurrentes des acteurs de l'organisation. Ainsi, la technologie traduite par les outils de gestion est une composante des structures sociales (BARLEY, 1986). L'action humaine, raisonnée, réflexive même si elle est parfois non intentionnelle participe à la construction de l'organisation. L'organisation est ainsi le fruit de la production et de la reproduction compétente de ses membres. La prise en compte de la dimension sociale dans l'outil de gestion place dès lors l'acteur organisationnel au centre de la dynamique d'adoption des outils de gestion<sup>220</sup>. La part investie des utilisateurs dans la manipulation, l'usage, les interprétations et les détournements de l'outil permet de repenser le statut des outils de gestion par-delà d'une vision purement instrumentale. Puisque l'outil est dénaturalisé du fait des interactions dont il est l'objet, il est alors possible d'analyser les phénomènes sociaux et organisationnels par l'étude de l'appropriation de l'outil dans le cadre de l'action collective.

Pour autant, des critiques émises sur la théorie de la structuration sont en lien avec le manque de confrontation de cette théorie avec des données empiriques et notamment en sciences de gestion.

---

<sup>220</sup> Source Hayo-Villeneuve, S. ; Husson J. (Mars 2015). « Etude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité dans une organisation hospitalière : apports de la théorie de la structuration. » In QUALITA'2015.

Arrivé au terme de cette première partie, il nous semble judicieux de combler les déficits d'une simple réflexion théorique non éprouvée empiriquement. Dans notre propos, les outils de gestion de la qualité représentent une opportunité de compréhension et d'intégration des préceptes qualité. Nous supposons en effet, qu'il n'existe pas d'alternative standardisée de l'intégration de la démarche qualité dans une organisation hospitalière, mais que la réponse peut se faire en situation en prenant en compte les facteurs de contingence interne et externe de l'organisation. Dès lors, notre ambition est d'étudier un outil de gestion de la qualité dans une organisation hospitalière afin :

- \* *D'étudier de la forme « inscrite » de l'outil (contextualisé, observable dans les pratiques) ;*
- \* *D'observer de ce qui lie l'outil à l'utilisateur (effets de l'instrument sur le social et ceux du social sur l'instrument) ;*
- \* *De déterminer la part de co-émergence entre la technologie et l'humain ;*
- \* *D'observer les phénomènes d'appropriation des préceptes qualité à travers l'utilisation d'un outil de gestion de la qualité.*

---

**SECONDE PARTIE**  
**DE L'EXPERIMENTATION A LA**  
**METHODE**

---

---

*SECONDE PARTIE*

*Chapitre 1*

*Etude d'un outil de gestion de la  
qualité : leçons d'expériences du  
premier terrain*

---



**N**otre travail de recherche est centré sur l'étude d'un outil de gestion de la qualité et plus précisément un outil de gestion des risques. La notion de risque est très étroitement intégrée au concept de qualité à l'hôpital. En effet le champ sémantique de la qualité à l'hôpital est large, le risque en fait partie. Ainsi, le domaine de la qualité en santé englobe de façon élargie la notion de risque et de gestion des risques.

Cette section n'a pas vocation à définir conceptuellement la notion de risque, mais à justifier l'intégration de la notion du risque dans une notion élargie de qualité à l'hôpital. En effet, la gestion des risques à l'hôpital résonne plus particulièrement par l'impact sécuritaire concernant la prise en soin des usagers. En outre, les démarches qualité et plus précisément les démarches de certifications en cours recentrent leurs approches et leurs méthodologies autour de la notion de risque. Ainsi, nous définirons, dans cette section le périmètre conceptuel dans lequel nous situons la notion de risque à l'hôpital, c'est-à-dire dans un champ plus large : la qualité.

La recension des méthodes de gestion des risques que nous présenterons montre que les différentes méthodologies utilisées dans le champ de la gestion des risques ont pour origine l'identification ou le traitement des risques. Les méthodes explorées sont celles utilisées le plus couramment dans les établissements de santé, elles ne sont pas exhaustives. *In fine*, ces méthodes rendent compte de l'intérêt de la mise en œuvre d'un l'outil de gestion des événements indésirables.

Sa place centrale en termes de gestion des risques, son accessibilité pour tous les professionnels nous conduira à étudier cet outil en usage sur un terrain d'expérimentation : le CHRUX afin de situer les phénomènes d'appropriation dans un contexte plus large d'intégration de la démarche qualité. En effet, nous pensons que c'est au cours du processus d'adoption de l'outil qu'émergent les leviers d'appropriation de la démarche qualité.

L'objet de ce chapitre est de préciser le choix de l'outil de gestion étudié dans le champ sémantique de la qualité et de présenter l'analyse de l'étude de cas d'un premier terrain de recherche. Nous aborderons ce cheminement en deux sections :

### **Section I – Focus sur un outil de gestion de la qualité : le signalement des événements indésirables**

Cette première section vise à inscrire l'outil de gestion des événements indésirables dans un champ sémantique de la qualité intégrant la notion de risque et de présenter une recension des méthodes de gestion des risques dans lequel s'intègre l'outil de déclaration des événements indésirables.

### **Section II – Chronique de l'outil de gestion des événements indésirables : premières leçons de l'expérimentation au sein du CHRUX**

Cette seconde section a pour objet de présenter le premier terrain de recherche puis d'examiner l'outil de gestion des événements indésirables dans ses dimensions fonctionnelles, structurelles et processuelles et de faire état des premiers enseignements de cette étude.



---

*Section I - Focus sur un outil de gestion de la  
qualité : le signalement des événements  
indésirables à l'hôpital*

---

## I La notion de risque intégrée au concept de qualité à l'hôpital

---

### I.1 Une notion largement développée

La notion de risque s'est largement développée au XX<sup>ème</sup> siècle : « *Nous vivons dans un monde plus sûr mais plus risqué.* » (PERETTI-WATEL, p. 3). Différents métiers liés à la gestion des risques tels les managers de risques ("Risk Manager") se sont développés (VERET & MEKOUAR, 2005). Le risque est une préoccupation majeure des entreprises qui doivent tenir compte des dangers potentiels générés par l'activité. En effet, l'identification des risques et leurs traitements influencent le développement de l'organisation soit par la stimulation de l'activité soit par la baisse des performances<sup>221</sup>.

La perception du risque lié à l'activité de soin est une préoccupation ancienne en France. Dès 1977, la mise en place du système de pharmacovigilance, puis de lutte contre les infections nosocomiales en 1988 ou encore le dispositif de vigilance (TABUTEAU, 2008) sur les produits de santé dès 1994 témoignent de l'intérêt du législateur pour la sécurité des soins et donc des usagers.

### I.2 Complémentarité de la notion de qualité

La notion de risque dans les organisations hospitalières est indissociable de celle de la qualité, même si cette dernière est une notion plus large. L'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) intègre dans le concept de qualité les dimensions « *d'efficacité, de sécurité, de réactivité, d'accès et d'efficience* » (COLDEFY, COM-RUELLE, & LUCAS-GABRIELLI, 2011).

La qualité est plus associée pour les professionnels à la bonne application des référentiels de pratiques de soins, aux recommandations de bonnes pratiques. Le terme de sécurité fait appel à la notion de préjudice, de risque pour le patient. Mais la prise en compte de la sécurité dans le pilotage des organisations hospitalières est d'abord influencée par des critères financiers et économiques<sup>222</sup>.

### I.3 Quelques éléments d'évolution du concept

Les courants conventionnels en termes de "Risk Assessment" c'est-à-dire d'évaluation du risque sont la théorie de l'utilité et la théorie des perspectives (KAHNEMAN & TVERSKY, 1979) Le premier courant est fondé sur la notion contradictoire d'évitabilité naturelle du risque et de prise de risque par le besoin de s'inscrire dans des réalisations, la recherche de l'utilité espérée prévaut sur la probabilité d'apparition du risque. Le second courant part du point de vue qu'il existe une « *non-linéarité des probabilités associées aux événements auxquels les individus se trouvent confrontés.* » (PESQUEUX, 2012, p. 245). Le choix réside dans l'évaluation de l'option qui aurait le plus de valeur. Ces courants conventionnels sont

---

<sup>221</sup> Source : *Le Sociographe*, dossier « Oser le risque : anticipations et responsabilités », Vol 1, N° 45.

<sup>222</sup> Résultat d'une étude portant sur l'utilisation des indicateurs au sein des établissements : Benamouzig D, Robelet M, Michel P, Tricaud-Vialle S, Bertillon H, Levif M, Perez C, Velpy L. « *La généralisation des indicateurs de qualité en Aquitaine. Entre contraintes et apprentissage.* », Paris, Haute Autorité de Santé 2010.

complétés par les théories de l'acceptabilité du risque (la psychométrie du risque<sup>223</sup> et le principe de précaution introduisant la notion de coût/bénéfice).

La notion de risque peut être associée à une considération statique ou dynamique du risque pesant sur les objectifs de l'organisation.

### 1.3.1 Vision statique du risque

« Le risque est la conséquence aléatoire d'une situation, mais sous l'angle d'une menace, d'un dommage possible » (LE BRETON, 2012, p. 3). Selon les travaux de Frank KNIGHT (1964) le terme d'incertitude est souvent relié sémantiquement à la notion de risque. Pour autant, le risque implique la combinaison d'un aléa (un événement, la probabilité d'un danger, un phénomène, un concours de circonstances, ...) et d'un contexte (l'environnement, les biens, les personnes, ...). Il est une incertitude que l'on peut quantifier, identifier, mesurer *a priori* (en amont de l'événement), ou *a posteriori* (lorsque l'événement s'est produit).

L'expertise scientifique qui vise à évaluer objectivement un danger, sa gravité, son occurrence ou sa probabilité d'apparition ne tient pas compte de la perception du risque. En effet, le risque est également soumis à la perception, c'est-à-dire aux valeurs ou aux significations que l'on met dans l'appréhension des situations.

La notion de risque est polymorphe :

*« Selon Pesqueux (2011), la notion de risque peut être considérée comme un « objet frontière », c'est-à-dire une référence qui peut circuler à l'intérieur de plusieurs communautés en conservant le même nom sans pour autant recouvrir les mêmes réalités, sans qu'elles ne soient pour autant disjonctives » (DEHARO & al., 2014, p. 139)*

Ces premières représentations du risque sont *a priori* statiques, celles de l'exposition à un danger : « la relation entre la confrontation au danger et la survenue d'un dommage ne semble pas maîtrisable et elle a longtemps été considérée comme relevant de la seule « volonté des Dieux » (MOTET, 2010, p. 32) <sup>224</sup>. L'enjeu, en termes de gestion des risques, consiste alors en la réduction des risques dès leur source.

### 1.3.2 Vision dynamique du risque

Une seconde interprétation plus dynamique du risque consiste en la prise en compte de la notion de dommage probable corrélé à un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine. L'ISO<sup>225</sup> définit ainsi le risque comme « la combinaison de la probabilité d'un dommage et de sa gravité »<sup>226</sup>. Le risque comporte alors non plus une caractéristique individuelle, d'un incident sur une personne, mais il s'ouvre sur une dimension collective de dommages collatéraux possibles. D'où les différentes méthodes et outils destinés à réduire le risque à niveau « acceptable » notamment dans des situations où la probabilité d'apparition est faible. Pour illustrer ce propos, l'utilisation de la radiothérapie est une activité à haut risque par la dangerosité inhérente aux rayonnements ionisants qui sont utilisés, pour autant, la probabilité d'un accident de radiothérapie est assez faible. Le risque encouru est alors acceptable.

---

<sup>223</sup> Développée par P. Slovic, "Perception of Risk", *Science*, n° 236, 1987, pp. 280-285 cité par (PESQUEUX, 2012 p.245).

<sup>224</sup> Gilles Motet cite ici « Peter L. Bernstein, *Plus fort que les Dieux – La remarquable histoire du risque*, Flammarion (1998). ».

<sup>225</sup> ISO - Organisation internationale de normalisation.

<sup>226</sup> Guide ISO/CEI 51 :2014 - Aspects liés à la sécurité - Principes directeurs pour les inclure dans les normes - s'applique à tous les aspects de la sécurité relatifs aux personnes, aux biens ou à l'environnement, ou à l'une de leurs combinaisons.

### I.3.3 Risque et organisation

Jacques Bouyssou dans sa « *théorie générale du risque* » (BOUYSSOU, 1997) part du postulat que le risque est omniprésent et inséparable de l'activité. La considération du risque intègre l'organisation. Jean-Luc Wibo définit ainsi le risque comme source de non productivité d'une organisation : « *Un risque est un aléa dont la survenance prive un système (une entreprise par exemple) d'une ressource et l'empêche d'atteindre ses objectifs* » (WIBO, 1998, p. 2).

Ce point de vue amène à appréhender le risque non par ses causes ou ses conséquences, mais par ses effets, puisque le risque est alors relié aux objectifs de l'organisation.

L'ISO a ainsi défini le risque en 2009 comme « *l'effet de l'incertitude sur les objectifs* »<sup>227</sup>. L'explicitation des objectifs, des activités produites semble alors nécessaire pour permettre une définition et un traitement pertinent des dangers :

*« Historiquement, la notion de risque est liée à celle de probabilité, Knight introduisant la distinction entre risque (pouvant être calculé) et incertitude (non probabilisable). En termes de management, la notion de risque élevé est associée à une forte amplitude possible de variation du résultat, à la hausse comme à la baisse. Progressivement, la notion de risque est devenue synonyme de danger, le risque signifiant résultat indésirable. La notion de risque que nous retiendrons [...] est celle d'un objectif non atteint et la cause de risque est tout facteur pouvant peser sur la non-réalisation de cet objectif. » (DEMEESTERE & LORINO, 2000 p.60).*

Ainsi, ces différentes significations du risque ont un caractère combinatoire qui ne facilite pas une représentation unique du risque. De fait, le risque a donné naissance à une « *sociologie du risque* » défendue par le sociologue Allemand Ulrich Beck (BECK, 2001).

### I.3.4 Le risque, une affaire d'expertise

Paradoxalement, la gestion des risques consiste à mettre « *sous-contrôle* » ce qui de par sa nature (le risque) est imprévisible. Cette perception du risque explique aisément la surenchère de références, procédures, normes, outils et méthodes, parues dans ce domaine et qui finalement ont pour objet de rendre conforme ce qui ne peut l'être. En ce sens, la gestion des risques se rapproche de la gestion de la qualité, l'expertise du domaine est souvent dévolue, dans le domaine de la santé, aux directions qualité et aux ingénieurs qualité. La notion de risque fait ainsi appel à une expertise. Elle se fonde notamment sur les mêmes outils de types procédures, protocoles par la répétitivité supposée de leurs caractéristiques et l'objectivisation possible du risque.

Ainsi, la notion de risque sous-tend à l'heure actuelle une idée d'expertise (PESQUEUX, 2012, p. 243). En effet, dans les organisations hospitalières qui s'inscrivent désormais dans une gestion de processus, beaucoup d'activités restent peu programmables, les situations imprévues sont courantes dans la prise en soin des patients, le rôle des agents et des experts du domaine n'est plus contestable.

## I.4 Notion de risque à l'hôpital

L'évolution des organisations hospitalières face aux contraintes environnementales, la prise en compte de plus en plus prégnante de l'utilisateur, les objectifs de résultats fixés par les tutelles nécessitent une plus grande flexibilité et donc une gestion plus transversale de l'organisation.

---

<sup>227</sup> ISO Guide 73 :2009 - Management du risque – Vocabulaire.

Les objectifs de performance de l'organisation et donc la maîtrise des coûts sont des enjeux stratégiques vis-à-vis des tutelles, mais ils sont également des facteurs de différenciation des systèmes de santé. L'hôpital est multifonctionnel, de nombreux métiers se côtoient, les activités sont multiples et nécessitent des technologies variées. La gestion des interfaces fonctionnelles et opérationnelles est d'autant plus importante qu'il s'agit d'identifier les vulnérabilités qui naissent de la nécessaire coordination des acteurs dans un processus transversal.

### 1.4.1 La dimension sécurité

La dimension sécurité intègre pleinement le concept de qualité et de gestion des risques. Or, à l'opposé de la notion de risque, la notion de sécurité est celle qui prône l'absence de danger. La dimension de la sécurité des soins a une place particulière dans le domaine de la santé. La mobilisation des pouvoirs publics et des professionnels autour de cette thématique se traduit par de nombreuses normes, recommandations de bonnes pratiques et textes législatifs. En effet, la médiatisation d'incidents majeurs tels que l'affaire du sang contaminé ou l'affaire Médiateur® ont eu un fort retentissement sur l'opinion publique.

Une enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)<sup>228</sup> démontre une opinion publique des plus critiques à l'égard de l'hôpital. Ainsi, 37% des personnes interrogées<sup>229</sup> considèrent que la qualité à l'hôpital s'est dégradée (DEGOS, ROMANEIX, MICHEL, & Bacou, 2008). Une autre étude du Collectif Inter-associatif Sur la Santé (CISS)<sup>230</sup> montre que la sécurité des soins constitue la principale attente des patients.

Les grands principes de sécurité sanitaire qui sont les principes d'évaluation, de précaution, d'indépendance et de transparence impliquent une prise en compte cohérente et coordonnée des risques à l'hôpital (TABUTEAU, 2007). En effet, les enjeux de santé publique sont nombreux et engageant d'autant plus les établissements de santé à institutionnaliser une démarche de gestion des risques :

<b>Enjeux éthiques</b>	<i>Devise d'Hippocrate "primum non nocere" (d'abord ne pas nuire). Les risques sont inacceptables puisqu'en contradiction avec la finalité : garantir la qualité et la sécurité de la PEC des usagers.</i>
<b>Enjeux humains</b>	<i>Les patients et les familles impactées en termes de conséquences physiques, émotionnelles ou sociales. Les professionnels impliqués ou en cause.</i>
<b>Enjeux stratégiques</b>	<i>Capacité de l'établissement à développer ou maintenir une activité.</i>
<b>Enjeux légaux</b>	<i>Les textes imposent de nombreuses contraintes incontournables, mais ils sont souvent parcellaires. Se sont souvent les accidents qui font évoluer la réglementation (explosion, amiante, légionellose...). Se protéger des risques de condamnation.</i>
<b>Enjeux économiques, juridiques et assuranciers</b>	<i>Coûts directs (préjudices, absence au poste de travail, indemnisations) et indirects (désorganisation de l'activité, réparation de préjudice, perte de confiance). Les accidents sont un coût, la sécurité est un investissement.</i>
<b>Enjeux médiatiques</b>	<i>Un établissement sûr est un atout concurrentiel. Les catastrophes marquent durablement un établissement.</i>
<b>Enjeux techniques et organisationnels</b>	<i>Capacité de l'établissement à évoluer.</i>

<sup>228</sup> Source : Institut BVA. Suivi barométrique de l'opinion des Français à l'égard de la santé, de la protection sociale, de la précarité, de la famille et de la solidarité. Synthèse des principaux enseignements de l'étude. Paris : DREES / BVA ; 2011. [[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_bva2010.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_bva2010.pdf)]

<sup>229</sup> 4008 personnes ont été interrogées du 18 octobre au 29 novembre 2010.

<sup>230</sup> Rapport 2010 sur le respect des droits des usagers du système de santé.

### 1.4.2 Le capital d'estime et les coûts

Les événements négatifs ont plus de poids que les événements positifs, ils sont destructeurs de confiance et plus visibles que les événements positifs, plus définis, plus précis. C'est ce que R. Kasperson<sup>231</sup> appelle « l'amplification sociale du risque ». La tolérance du public vis-à-vis des événements indésirables grave diminue.<sup>232</sup>

De fait, l'évolution de la notion de sécurité des soins est également imputable à la pression assurantielle. En effet, les accidents ont un coût :

- \* **Coûts directs** : préjudices, absence au poste de travail, indemnisations ;
- \* **Coûts indirects** : désorganisation de l'activité, réparation de préjudice, perte de confiance.

Une étude menée aux Etats-Unis<sup>233</sup> en 1999 a démontré que le coût des événements indésirables associés aux soins était estimé à 29 milliards de dollars par an et que 100 000 américains décédaient suite à ces événements. En Australie, l'Australian Patient Safety Foundation<sup>234</sup> a estimé ce coût à 18 milliards de dollars australiens. Le service national de santé en Angleterre<sup>235</sup> dépense chaque année 400 millions de livres sterling pour répondre aux plaintes pour négligence clinique.

En outre, les réponses contractuelles à la gestion des risques ont pris une part importante dans les organisations de santé (BAKER & SIMON, 2010). La sécurité est alors perçue comme un investissement. En effet, les catastrophes marquent durablement un établissement et un établissement sûr est un atout concurrentiel.

### 1.4.3 Evolution législative

Dès les années 90, la priorité du secteur sanitaire est avant tout d'offrir à l'usager des garanties de qualité et de sécurité du service médical rendu. Avec l'ordonnance de 1996<sup>236</sup> naît la procédure d'accréditation des établissements de santé (contrôle conjoint HAS et Ministère de la Santé) :

« Art. L. 710-5. - Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la **sécurité des soins**, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation. Cette procédure, conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement. »

On observe alors le développement d'une exigence de « gestion qualité et prévention des risques » que l'on retrouve aujourd'hui sous les termes de « démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, structurée, évaluée et intégrée au projet d'établissement ».

<sup>231</sup> Chercheur américain Roger Kasperson a travaillé sur la notion de risque global « le risque est le produit conjoint des perturbations environnementales et de la fragilité des percepteurs » Jeanne et Roger Kasperson - Global Environmental Risk - United Nations University Press - Earthscan – 2001.

<sup>232</sup> Source : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, Exertier A, Minodier C. « Quelle acceptabilité des événements indésirables graves dans la population et chez les médecins ? » Le panorama des établissements de santé 2011 ;21-31.

<sup>233</sup> Source: rapport "To Err is Human " : Kohn L., Corrigan J., Donaldson M., 1999, "To Err is Human: Building a Safer Health System", Institute of Medicine. Washington D.C.

<sup>234</sup> Runciman W. "Iatrogenic injury in Australia: a report prepared by the Australian Patient Safety Foundation." Adelaide, Australian Patient Safety Foundation, 2001.

<sup>235</sup> Leape L Et al. "Preventing medical injury." Quality Review Bulletin, 1993, 8 :144-149.

<sup>236</sup> Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Différentes publications, référentiels et recommandations de mise en œuvre de la démarche de gestion des risques paraissent par la suite et dont voici quelques exemples :

- \* Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé « Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. » Saint-Denis La Plaine : ANAES, 2003.
- \* « Manuel de certification des établissements de santé V2010 » HAS Juin 2009. Exemples de critères : cr.8b : "fonction gestion des risques" ; cr.8f : "Gestion des événements indésirables" et cr.8g : "maîtrise du risque infectieux" ...
- \* Guide HAS (2011) « Outil de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments - contribuant à la mise en œuvre de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé ».
- \* Guide HAS « Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé - mars 2012 » ...

La réglementation en matière de gestion des risques évolue constamment. Les textes cités dans l'encadré ci-dessous représentent quelques exemples d'évolutions réglementaires (Haute Autorité de Santé, 2012, pp. 206-207)<sup>237</sup>:

- « **La Loi de sécurité sanitaire n° 98-535 du 1er juillet 1998** relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme (vigilances et déclarations obligatoires des événements iatrogènes et des infections nosocomiales) qui prévoit la déclaration obligatoire de la iatrogénie et des infections nosocomiales. »
- « **La loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. »
- « **Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. - Art. L.6111-2. –Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. »
- « **Arrêté du 30 décembre 2009** fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et sécurité des soins. »
- « **Décrets n°2010-439 du 30 avril 2010 et n°2010-1325 du 05 novembre 2010** relatifs aux nouvelles responsabilités des Commissions Médicales d'Etablissement (CME) des établissements de santé publics et privés ». »
- « **Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010** relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé et sa circulaire d'application (circulaire du 18 novembre 2011) ». »
- « **Arrêté du 6 avril 2011** relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé ». »
- « **Circulaire N° DGOS/PF2/2011/ 416 du 18 novembre 2011** en vue de l'application du décret 2010-1408 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé (paru le 16 décembre 2011) ». »
- « **Ministère de la santé et des solidarités. Référentiel de sécurité sanitaire** : les textes applicables aux établissements de santé en matière de sécurité sanitaire, édition n° 6 - mai 2009 [mis à jour] 2010 ». »
- « **Décret n° 2011-655 du 10 juin 2011** relatif aux modalités de signalement par les patients ou les associations agréées de patients d'effets indésirables susceptibles d'être liés aux médicaments et produits mentionnés à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. » »
- « **Article L1111-2 du code de la santé publique** : toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. » ...

En outre, les législations spécifiques dans le domaine de la gestion des risques sont nombreuses et concernent différents secteurs dont la liste n'est pas exhaustive :

La sécurité incendie	La sécurité au travail
La sécurité d'alimentation électrique	La prévention et la gestion des risques psychosociaux...
La sécurité des ascenseurs	Les règles d'hygiène de la restauration
La qualité de l'eau, de l'air	L'hygiène générale
Les obligations en matière de DASRI	La maltraitance des usagers
La prévention des crises sanitaires et climatiques	.../...

<sup>237</sup> Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Plus récemment, la **Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé comporte un titre entier sur les droits et la sécurité des patients<sup>238</sup> et place :

*« la iatrogénie dans une approche globale de conséquences liées à la prise en charge et aux soins. L'un des objectifs est de réduire d'un tiers la fréquence des événements iatrogéniques à l'hôpital et en ambulatoire »<sup>239</sup>.*

Cette veille constante de la part des législateurs et des organismes de certification ou de normalisation incite d'autant plus les organisations de santé à développer une gestion pertinente et permanente des risques.

Ainsi, la nouvelle **procédure de certification dite V2014** est désormais centrée sur la notion de risques. L'enjeu défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) est la mise en œuvre effective d'un management de la qualité et des risques :

*« S'appuyant sur la structuration des dispositifs qualité et gestion des risques que les établissements ont mis en place, la V2014 attend de l'établissement, au travers d'une approche orientée gestion des risques, qu'il démontre que son système de management de la qualité et des risques est suffisamment mature, c'est-à-dire formalisé, déployé sur le terrain et amélioré en continu, pour maîtriser ses risques et conserver voire dépasser le niveau atteint. » (HAS)<sup>240</sup>*

Un des outils développés par la HAS dans cette nouvelle procédure est un outil de suivi longitudinal du dispositif de gestion des risques, le **compte qualité**, nouvelle approche de l'auto-évaluation des établissements et la porte d'entrée dans la procédure de certification. Cet outil est une méthode d'évaluation fondée sur une identification et une analyse de risques. Pour la HAS :

*« L'émergence d'une culture qualité et sécurité des soins est une priorité d'action car les fragilités de la prise de conscience institutionnelle ou au niveau des équipes peuvent alimenter les causes majeures d'événements indésirables associés aux soins survenant en établissement de santé » (Le Compte Qualité - Novembre 2014 – HAS -Mise à jour Avril 2016, p.1).*

En outre, il existe une pression administrative forte puisque l'établissement s'expose à une décision de non certification <sup>241</sup> et la HAS peut prononcer un constat de carence si le compte qualité ne lui est pas transmis dans les délais<sup>242</sup>.

Or, si de nombreuses réglementations encadrent la gestion des risques à l'hôpital :

*« Il faut reconnaître que l'assemblage cohérent de ces cadres, de même qu'une gouvernance et une culture de la sécurité qui les transforment en priorité réelle, font régulièrement défaut » (HAS, 2012, p. 19)<sup>243</sup>.*

La multiplicité des risques à l'hôpital concoure également à la complexité de la gestion des risques.

---

<sup>238</sup> Titre III : « innover pour garantir la pérennité de notre système de santé ».

<sup>239</sup> Source FHF : La gestion des risques en établissement de santé Publié le 21 décembre 2011 <http://www.fhf.fr/Offre-de-soins-Qualite/GDR-infections-associees-aux-soins/La-gestion-des-risques-en-etablissement-de-sante> consulté le 10 mai 2016.

<sup>240</sup> Source HAS : [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1616601/fr/le-compte-qualite-v2014](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1616601/fr/le-compte-qualite-v2014) consulté le 12/05/2016.

<sup>241</sup> Dans ce cas : si l'autorité de tutelle fait le choix du maintien de l'activité de l'établissement, la HAS décide avec l'autorité de tutelle dans quel délai l'établissement doit faire l'objet d'une nouvelle visite, lequel ne peut excéder deux ans. (Guide Méthodologique V2014 à destination des établissements de santé - Mars 2016 p.99).

<sup>242</sup> Source : Guide Méthodologique V2014 à destination des établissements de santé - Mars 2016 p.32.

<sup>243</sup> HAS : « Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, des concepts à la pratique ».

### I.4.4 Le champ des risques

Les organisations hospitalières sont des systèmes complexes (DE KERVASDOUÉ, 2015, pp. 5-10), instables : multiplicité, des parcours, des prises en charge, aspects humains, techniques et organisationnels associés. En outre, le champ des risques dans une organisation est vaste, il concerne à la fois la stratégie organisationnelle (MILLER K.-D. , 1992), que la santé au travail (PIDGEON, 1991) ou encore les systèmes d'information :

- \* **Certains risques sont des risques spécifiques** liés aux activités médicales et de soins ou risques cliniques : complications des actes médicaux, erreurs médicamenteuses, erreurs de diagnostic, défauts d'informations...
- \* **D'autres sont communs à toutes les organisations** : comme les risques techniques, (incendie, panne d'électricité) environnementaux (légiellose), mais aussi les risques psycho-sociaux (stress au travail), informatiques, financiers...

Le système de santé, la société évoluent, les organisations se transforment. Les établissements de santé sont des organisations en perpétuelle évolution technologique ou organisationnelle. L'innovation technologique est productrice de risques, les pratiques médicales et paramédicales multidisciplinaires sont également sources de risques :

*« Ces vingt dernières années ont vu une augmentation rapide du volume et de la complexité de ce type de soins, liée à l'augmentation des situations cliniquement complexes, à l'évolution de la démographie des professions de santé, au morcellement des trajectoires de soins, aux progrès technologiques et aux changements d'organisation. » (MICHEL, QUENON, DJIHOUD, & BRU-SONNET, 2009)*

- \* Les organisations de santé sont en constante mutation et se réorganisent en Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)<sup>244</sup> ou en Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)<sup>245</sup>.
- \* La société évolue également dans les domaines de l'informatisation et de la transmission des données par le développement notamment de la télémédecine (DUMEZ, MINVIELLE, & MARRAULD, Novembre 2015)....

Les risques concernent les usagers, bien entendu, mais également les personnels, les visiteurs ou encore les biens de l'établissement. Chaque établissement a ses spécificités en termes d'activités, d'environnement, de typicité de prise en charge. La gestion des risques doit donc correspondre au contexte particulier de chaque organisation de santé.

Or, l'approche normative, réglementaire, standardisée est une réponse partielle à la gestion des risques. En effet, la maîtrise du risque est une démarche globale, collective. En outre, la variété des risques dans le domaine des soins :

*« Renvoi de façon univoque à la même faiblesse sous-jacente de culture de sécurité et d'organisation des établissements. Sans effort particulier pour développer cette culture et cette organisation : aucun établissement n'est à l'abri ; le risque de survenue de ces événements serait dix fois plus élevé pour les établissements qui n'investissent pas. » (Haute Autorité de Santé, 2012, p. 18)*

<sup>244</sup> Dans un souci de clarification et de simplification des outils juridiques de coopération, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) avait refondu le cadre juridique des groupements de coopération sanitaire (GCS). Le GCS est un outil de coopération dans le cadre des coopérations entre le secteur public et privé ou entre la ville et l'hôpital.

<sup>245</sup> La loi de modernisation du système de santé (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016) prévoit ce nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire entériné par le Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

## 1.5 Le management du risque

La notion de management du risque peut se distinguer de la notion de gestion du risque nous faisons le choix de ne pas différencier ces deux termes qui sont souvent amalgamés dans la littérature et qui dans notre propos ne nécessite pas de distinction. Le management du risque est « le processus itératif appliqué tout au long d'un programme et qui regroupe les activités d'identification, d'estimation et de maîtrise des risques » (COURTOT, 1998, p. 38)<sup>246</sup>. Le management des risques est une démarche collective qui associe en outre plusieurs phases (voir figure ci-après) :

- \* **Une phase stratégique** : politique de gestion des risques et organisation de la démarche ;
- \* **Une phase d'observation** : l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques ;
- \* **Une phase opérationnelle** : mise en œuvre, suivi et évaluation des actions ;
- \* **Une phase de capitalisation** : partages d'expériences, fertilisation croisée.



FIGURE 19 : PHASES DE GESTION GLOBALISEE DES RISQUES

Or, l'opérationnalisation de ces différentes phases n'est pas systématique dans les établissements de santé. Ainsi, les résultats d'une enquête réalisée en 2009<sup>247</sup> auprès de 1575 établissements a démontré qu'il existe encore un écart entre les préconisations (du Haut Conseil de la Santé Publique, 2011) en matière de réglementations et de recommandations et la mise en œuvre réelle (voir tableau ci-dessous) :

		<b>Pourcentage d'intégration par les établissements interrogés</b>
<b>Stratégie formelle, systémique, globale de risques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politique de gestion des risques traduite dans le CPOM</li> <li>• Validation en instances</li> </ul>	26%
<b>Gestion des risques structurée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de pilotage</li> <li>• Gestionnaire de risque</li> <li>• Référents institutionnels</li> </ul>	36%
<b>Programme de gestion des risques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Annuel ou pluriannuel</li> </ul>	52%
<b>Gestionnaire des risques désigné</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Majoritairement temps de travail inférieur à 0,5 équivalent temps plein (ETP)</li> </ul>	90%
<b>Equipe de gestion des risques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constituée mais pour 58% équivalent à moins d'1 ETP</li> <li>• Plus positionnée sur la qualité</li> </ul>	76%

TABLEAU 25 : EXTRAITS DU « RAPPORT DU DIAGNOSTIC ETABLI SUITE A L'ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE NATIONALE SUR LA GESTION DES RISQUES POUR LA DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS) » (DEDALE, 2009)

Même si des progrès majeurs ont été réalisés en termes d'organisation du management de la gestion des risques, notamment grâce aux procédures de certification des établissements de santé<sup>248</sup>, ou encore la certification ISO de certains processus ou activités (comme les services de stérilisation ou les accréditations des laboratoires), la coordination des mesures de gestion de la sécurité et des risques n'est pas systémique. Les situations sont encore hétérogènes selon les établissements de santé (DEDALE, 2009). En effet, Il n'existe pas, aujourd'hui, de politique globale intégrée de gestion des risques et de la sécurité des

<sup>246</sup> Cité par Pesqueux, Y. (2003). « Le concept de risque au magasin des curiosités. », In Identification et maîtrise des risques : enjeux pour l'audit, la comptabilité et le contrôle de gestion (pp. CD-Rom).

<sup>247</sup> Rapport réalisé pour la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, portant sur le diagnostic de la mise en place des programmes de gestion des risques dans les établissements de santé depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2-E4 n°176 du 29/03/04. Septembre 2009.

<sup>248</sup> Notamment à partir de la procédure de certification V2010 qui intègre plus de critères sur la gestion des risques et des pratiques exigibles prioritaires (PEP).

patients. Les systèmes en place sont des « dispositifs cloisonnés, sectorisés, la plupart mis en place en réaction à des crises sanitaires. » (Haut Conseil de la Santé Publique, 2011, p. 9)

Les préconisations en matière de politique de sécurité des patients déclinés notamment dans le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique plaident pour :

- \* « L'élaboration et le pilotage d'une politique globale et intégrée en matière de sécurité des patients » ;
- \* « Une organisation coordonnée, intégrée et graduée de la gestion des risques, de leur trajectoire de soins au sein des territoires, sous le pilotage des Agences Régionales de Santé » ;
- \* « Une sécurité des patients mieux ancrée dans l'organisation des soins favorisant la cohérence des trajectoires des patients » ;
- \* « Une place plus importante reconnue aux patients dans la sécurité de leur propre prise en charge » ;
- \* « La formation des soignants et la recherche sur les mécanismes de la sécurité des soins développée fortement. » (Haut Conseil de la Santé Publique, 2011, p. 64)

Ces préconisations nécessitent<sup>249</sup> :

- « **L'engagement de tous** dans la sécurité et encouragement à parler.
- **Un travail d'équipe** entre les services de l'établissement.
- **Une cohérence** avec les diverses démarches de l'institution.
- **Une organisation apprenante et une amélioration continue** : le personnel est informé des erreurs survenues, participe à l'élaboration de solutions, reçoit un retour d'information sur les actions mises en place. L'efficacité de ces changements est évaluée.
- **Une vision managériale** impliquant une coordination « favorisant la coopération constante et le partage d'informations essentielles avec les gestionnaires des différents domaines de risques. »
- **Des supérieurs hiérarchiques directs qui soutiennent** les actions liées à la sécurité des soins.
- **Une réponse non punitive à l'erreur.**
- **Une organisation de l'accompagnement des professionnels** (groupes de travail, formations).
- **Une lisibilité du dispositif** de gestion des risques.
- **Une traçabilité** des éléments d'identification des risques et des actions d'amélioration menées. »

Ainsi, le management des risques doit pouvoir améliorer la lisibilité et la visibilité des risques pour agir en amont ou en aval et identifier les axes de maîtrise du risque. C'est pourquoi, une approche globale est nécessaire.

### 1.5.1 Gestion globalisée des risques

L'analyse approfondie de certains événements graves a démontré qu'un événement est souvent le résultat d'une combinaison de causes variées allant de causes humaines à des causes techniques, matérielles, environnementales, voire organisationnelles.

<sup>249</sup> Source : « Dix dimensions de la culture de sécurité exprimant un idéal vers lequel tendre » ([www.ccecqa.asso.fr](http://www.ccecqa.asso.fr)) in HAS « Mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, Guide destiné aux professionnels en charge de la sécurité des soins en établissement de santé » mars 2012.

En effet :

« La cause de ces événements est rarement liée au manque de compétence technique des professionnels. Ils sont le plus souvent secondaires à des défauts d'organisation, de coordination, de vérification ou de communication, en résumé le fait d'une insuffisance ou d'un manque de culture commune de sécurité »<sup>250</sup> (Haute Autorité de Santé, 2012, p. 9).

La gestion globalisée des risques combine une approche proactive (*a priori*) des risques et une approche réactive (*a posteriori*) des risques. Ces approches sont complémentaires et ont pour objet la mise en place d'un système de vigilance sur les risques.

### 1.5.1.1 Gestion a priori des risques

L'enjeu est ici l'anticipation de la survenue d'événements indésirables potentiels. La formalisation d'une gestion *a priori* des risques se base sur des outils d'évaluation des risques que nous traiterons ultérieurement, mais également sur la connaissance des risques acquise par les professionnels, donc par l'expérience.

La connaissance et l'analyse des processus de prise en charge, ainsi que la littérature disponible dans ce domaine sont des atouts supplémentaires et indispensables à l'identification *a priori* des situations à risques ou des risques potentiels. La gestion *a priori* des risques permet ainsi, non seulement l'anticipation et la vigilance des situations à risques, mais elle permet également l'identification des « barrières de sécurité » c'est à dire les mesures de sécurités déjà en place. Ces barrières de sécurités représentent les solutions mises en œuvre pour :

- \* Éviter les sources d'erreurs il s'agit alors de barrières dites de **prévention** ;
- \* Récupérer les erreurs avant qu'elles ne se produisent il s'agit alors de barrières dites de **récupération** ;
- \* Atténuer les conséquences d'événements qui se sont déjà produits, il s'agit alors de barrières dites de **atténuation**.

### 1.5.1.2 Gestion a posteriori des risques

La gestion *a posteriori* des risques est une gestion réactive qui permet de s'interroger sur les causes de survenue des événements indésirables. En effet, les organisations hospitalières sont des organisations dynamiques qui évoluent constamment par le renouvellement des technologies et matériels utilisées, mais également par la diversité des situations cliniques rencontrées et la diversité des professionnels intervenants dans la prise en charge. Ce contexte est de fait producteur de risques.

La prise en compte des événements indésirables a donc également pour objet la compréhension des systèmes et nécessite la mise en œuvre d'outils et méthodes issues de l'analyse systémique.

<sup>250</sup> Etude menée notamment par: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Institute of Medicine). "To err is human: building a safer health system." Washington DC : National Academy Press ; 2000.

## II Les outils de gestion du risque

L'évolution du concept de risque à l'hôpital a également fait évoluer les méthodes de traitement du risque. Ces méthodes ne se limitent pas uniquement à l'identification des dangers, mais à la réduction de la probabilité d'apparition des situations pouvant entraîner un danger (voir tableau ci-dessous) :

<p><b>Méthodes ascendantes</b> (à partir d'une défaillance, cherchent à mettre en évidence ses effets sur le système étudié.)</p>	A.P.R. (analyse préliminaire des risques)
	A.M.D.E.C. (Analyse des modes de défaillance de leurs effets et de leur criticité)
<p><b>Méthodes descendantes</b> (à partir d'un effet constaté, essayent de déterminer les causes initiales de défaillance.)</p>	La méthode A.D.D. (Arbres de Défauts où de Défaillance)
	Diagramme de causes et conséquences
	H.A.Z.O.P. (Hazard and Operability Study)
<p><b>Méthodes stochastiques</b> (à partir d'un système dynamique, essayent de modéliser le comportement stochastique de ce système)</p>	La méthode de l'arbre de défaillance
	Le diagramme causes - conséquences
	La méthode de combinaison des pannes résumées

TABLEAU 26 : CLASSIFICATION DES METHODES SELON LEUR TYPE (DEDUCTIVES, INDUCTIVES)<sup>251</sup>

Les démarches d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques sont intervenues à l'hôpital dans les années 1990 et 2000. Si la conception de ces démarches n'est pas remise en cause, la mise en pratique réelle a été plus difficile. En effet, ces démarches :

*« Ont souvent cédé au risque de bureaucratisation. Celui-ci se caractérise par la formalisation minutieuse des processus et manières de faire existantes, sans questionnement systématique de leur pertinence, et par la difficulté d'intégrer dans la structure le spécialiste de la qualité, le qualificateur. » (SAINTOYANT, DUHAMEL, & MINVIELLE, 2012, p. 37)*

La mise en œuvre d'outils, de procédures, de modes opératoires scrupuleux sans réflexion sur leur portée organisationnelle, sur leur pertinence ou encore sur leur adaptabilité à l'organisation a contribué à une certaine forme de décrédibilisation des démarches qualité et sécurité des soins. Pourtant, ainsi que nous l'avons abordé, la notion de risque a toujours été une notion centrale pour l'hôpital producteur de soins, de multiples activités et qui emploie de nombreuses catégories de professionnels évoluant dans un environnement hautement technique.

En 2006, l'Académie Nationale de Médecine souligne la nécessité de passer « de l'erreur voilée à l'erreur dévoilante » (SUREAU, LECOURT, & DAVID, 2006). La mise en œuvre d'outils de gestion a pour objet d'intégrer la maîtrise du risque au plus près de l'activité par les acteurs de terrain et non uniquement par des spécialistes experts en qualité ou en gestion des risques. Ainsi, les organisations se sont dotées d'outils inspirés de méthodes éprouvées dans les domaines à hauts risques tels l'aviation ou encore le nucléaire. Les outils de gestion du risque tiennent compte de quatre stades différents :

1. Le repérage, la détection et l'identification des risques ;
2. L'analyse approfondie d'incidents ou d'accidents avérés ;
3. La mise en œuvre de démarches préventives ;
4. L'intégration de bonnes pratiques de sécurité.

Ces quatre stades intègrent des outils spécifiques de gestion des risques dont l'outil de déclaration des événements indésirables.

<sup>251</sup> Source : PESQUEUX, « Le concept de risque au magasin des curiosités », 2003, p.21.

## II.1 Stade 1 : le repérage, la détection et l'identification des risques

### II.1.1 L'évaluation du risque

« **Un danger** peut être représenté selon deux paramètres qui sont la gravité et la probabilité. C'est en agissant sur ces deux axes que l'on pourra diminuer le nombre et l'ampleur des catastrophes qui ne sont que réalisation du danger » (P. RUBISE, article "risque technologique", Encyclopedia Universalis.)<sup>252</sup>

**L'estimation du risque** est le « processus utilisé pour affecter des valeurs à la probabilité, à la détectabilité et aux conséquences d'un risque » (COURTOT, 1998, p. 40).<sup>253</sup>

**La criticité du risque** est la valeur du risque obtenue par l'évaluation de la gravité, la probabilité et la détectabilité du risque.

Patrick Rubise<sup>254</sup> fait référence à cinq lois visant à modéliser le risque :

<b>1. « La loi de la réticularité cindynique :</b>	<i>le danger qui menace un individu est fonction de son environnement ».</i>
<b>2. « La loi de l'anti-danger :</b>	<i>la gravité d'un danger est accrue par la sous-estimation de sa probabilité ».</i>
<b>3. « La loi d'invalidité cindynogène :</b>	<i>l'excursion d'un système hors de son domaine de validité est créatrice de dangers ».</i>
<b>4. « La loi de l'éthique cindynique :</b>	<i>la qualité des relations dans un réseau est un facteur de réduction du danger ».</i>
<b>5. « La loi de l'accoutumance au danger :</b>	<i>avec le temps, la conscience des dangers de faible probabilité diminue »<sup>255</sup>.</i>

L'évaluation du risque consiste ainsi à utiliser des outils et techniques visant à quantifier les événements survenus ou redoutés, à les analyser et à agir sur les causes dans le but de parvenir à un niveau d'acceptabilité des risques. La notion d'acceptabilité du risque se mesure en fonction des conséquences du risque et de leur impact en termes de coûts, de délais, de dommages ou d'atteinte à la performance. Ainsi, l'identification du risque concerne la pratique du professionnel au plus près de l'utilisateur, mais concerne aussi l'analyse de l'ensemble des défaillances organisationnelles.

### II.1.2 L'identification et le signalement des événements indésirables<sup>256</sup>

A la fin des années 90, une étude menée aux Etats-Unis<sup>257</sup> sur la fréquence et les conséquences des événements indésirables graves a permis une prise de conscience qui s'est traduite par la mise en place d'actions et de politiques spécifiques. D'autres études internationales ont relevé l'ampleur des dommages associés aux soins par la survenue des événements indésirables associés aux soins (EIAS) ainsi que le montre le tableau ci-dessous :

<sup>252</sup> Cité par Pesqueux Yvon, « La gestion du risque : une question d'expert ? », *Prospective et stratégie 1/2012 (Numéros 2-3)*, p. 243-265.

<sup>253</sup> Ibid.

<sup>254</sup> P. Rubise, *op.cit.*

<sup>255</sup> Encadré adapté des propos de Rubise cité par Pesqueux Yvon, « La gestion du risque : une question d'expert ? », *Prospective et stratégie 1/2012 (Numéros 2-3)*, p. 243-265.

<sup>256</sup> « Un événement indésirable est une situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages » source : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé – « Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. » Paris : Anaes ; 2003.

<sup>257</sup> Etude publiée dans : Kohn L.T., Corrigan J., Donaldson M.S. (Eds.). (2000), "To err is human: building a safer health system", Washington, D.C., National Academy Press.

Étude	Année de collecte des données	Nombre d'hospitalisations	Nombre d'EIAS	Taux d'EIAS (%)
1 États-Unis (Harvard Medical Practice Study)	1984	30 195	1 133	3,8
2 É-U (Utah–Colorado study)	1992	14 565	475	3,2
3 États-Unis (Utah–Colorado study) <sup>a</sup>	1992	14 565	787	5,4
4 Australie (Quality in Australian Health Care Study)	1992	14 179	2 353	16,6
5 Australie (Quality in Australian Health Care Study) <sup>b</sup>	1992	14 179	1 499	10,6
6 Royaume-Uni	1999–2000	1 014	119	11,7
7 Danemark	1998	1 097	176	9,0

TABLEAU 27 : DONNEES RELATIVES AUX EIAS DANS LES HOPITAUX DE SOINS AIGUS EN AUSTRALIE, AU DANEMARK, AU ROYAUME-UNI ET AUX ÉTATS-UNIS<sup>258</sup>

Certains pays ont mis en place des systèmes législatifs contraignants. Ainsi, en 2003, le Danemark a intégré dans une loi l'obligation pour chaque professionnel de signaler les événements indésirables. Aux États-Unis la Joint Commission intègre l'obligation de mise en place d'un système de signalement et d'analyse des événements indésirables dans la procédure d'accréditation (Haut Conseil de la Santé Publique, 2011, p. 46). En France, les données sur les risques proviennent essentiellement des signalements des événements indésirables. Or, ces signalements se font sur la base du volontariat, l'exploitation de ces données n'est pas toujours pertinente en raison de la pauvreté des informations recueillies, du manque d'exhaustivité ou encore du mésusage des outils de déclaration.

Pourtant, il serait imprudent de remettre en cause un système de signalement fondé justement sur le volontariat et l'anonymisation des déclarants qui permet non seulement d'alerter sur les risques et aussi de développer une culture de sécurité.

### II.1.2.1 Les systèmes de signalements en France

Les systèmes de signalement peuvent être regroupés en trois classes :

- \* « **La classe I** : regroupe les systèmes passifs reposant sur la déclaration des acteurs médicaux (volontaire ou obligatoire ; ex : vigilances, déclaration d'événements indésirables). »
- \* « **La classe II** : les systèmes passifs reposant sur la déclaration des patients (peu développés en France). »
- \* « **La classe III** : rassemble les systèmes actifs fondés sur l'analyse de dossiers ou de traces électroniques. » (AMALBERTI, et al., 2007, pp. 2-4)

A partir des années 80, les systèmes de signalements ont été portés par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS)<sup>259</sup> (ces signalements portent surtout sur la déclaration des vigilances) et par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) concernant les infections liées aux soins. La mise en œuvre des procédures de certification des établissements de santé a engagé les établissements à mettre en œuvre, dès 2003, un dispositif quantitatif de recueil des événements indésirables qui devait permettre l'amélioration des pratiques professionnelles :

« Il est recommandé au professionnel de santé de signaler tout événement indésirable à l'instance de gestion des risques, ou cellule équivalente chargée de la qualité et de la sécurité des soins. Cette instance transmet le cas échéant la

<sup>258</sup> « Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients édition multiprofessionnelle », OMS - 2016, Module 1 « sécurité des patients » p.5. Source : Organisation mondiale de la Santé, Conseil exécutif cent neuvième session, point 3.4 de l'ordre du jour provisoire. 5 décembre 2001, EB 109/9 [19].

<sup>259</sup> Depuis 2012, l'AFSSAPS est remplacée par l'« Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé » (ANSM), dans le cadre de la réforme du contrôle des médicaments.

déclaration à l'autorité compétente et organise les actions d'amélioration au sein de l'établissement de santé. Restent à définir les règles d'anonymisation et de confidentialité, en fonction de la gravité des conséquences sur le patient ; elles sont garanties par exemple dans le dispositif d'accréditation »<sup>260</sup>.

La loi du 9 août 2004<sup>261</sup> (précisée par le décret de juin 2006) a chargé l'InVS d'expérimenter la déclaration des Evénements Indésirables Graves (EIG)<sup>262</sup>. La réglementation relative à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins a été formalisée dans un décret en 2010<sup>263</sup> et une circulaire d'application en 2011<sup>264</sup>. L'article 6111-1 du décret de 2010 statue sur la définition et le traitement des événements indésirables associés aux soins :

« Constitue un événement indésirable associé aux soins tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement. La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise ». (Article 6111-1 du décret de 2010, extrait)<sup>265</sup>.

### II.1.2.2 Etat actuel des systèmes de signalements en France

En 2009, l'enquête réalisée pour la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)<sup>266</sup> pour laquelle 1575 établissements ont été interrogés a montré que si 99% des établissements interrogés disposaient d'un système de signalement des événements indésirables, accessible à tous les professionnels, seulement 52% d'entre eux disposaient d'une méthodologie d'analyse des causes pour les événements indésirables graves (EIG).

Nous avons interrogé en mai 2016 neuf établissements publics de santé de taille et de localisation différentes afin d'observer le mode de signalement et les particularités du circuit de traitement et d'analyse des événements indésirable<sup>267</sup> (voir tableau ci-dessous) :

N°	Département	Type d'établissement	Nombre D'Equivalent Temps Plein (ETP)
1	94	Centre Hospitalier Spécialisé	1900 ETP
2	59	Etablissement Public de Santé Mentale	1500 ETP
3	93	Etablissement Public de Santé	2300 ETP
4	95	Centre Hospitalier Spécialisé	2700 ETP
5	95	Etablissement Public de Santé	650 ETP
6	21	Centre Hospitalier Spécialisé	1200 ETP
7	75	Centre Hospitalier	2100 ETP
8	49	Centre de Santé Mentale	1200 ETP
9	23	Etablissement Public de Santé Mentale	500 ETP

TABLEAU 28 : ECHANTILLONNAGE ETABLISSEMENTS DE SANTE INTERROGES

<sup>260</sup> Source HAS in « Déclaration des événements indésirables » [en ligne] disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1098577/fr/declaration-des-evenements-indesirables](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1098577/fr/declaration-des-evenements-indesirables) consulté le 07/05/2016.

<sup>261</sup> Article 90 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

<sup>262</sup> « Un événement indésirable est considéré comme grave lorsqu'il entraîne un handicap ou une incapacité à la fin de l'hospitalisation, lorsqu'il met en jeu le pronostic vital, quelle qu'en soit l'issue, ou lorsqu'il entraîne une hospitalisation ou une prolongation d'hospitalisation d'au moins un jour. » source : Dossiers Solidarité et Santé - Sécurité du patient - N°24, 2012, p.7.

<sup>263</sup> Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

<sup>264</sup> CIRCULAIRE N°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

<sup>265</sup> Source : Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé - <http://www.legifrance.gouv.fr/>

<sup>266</sup> Rapport réalisé pour la DHOS, portant sur le diagnostic de la mise en place des programmes de gestion des risques dans les établissements de santé depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2-E4 n°176 du 29/03/04. Septembre 2009.

Les neuf établissements possèdent un système de signalement, tous sauf un disposent d'un outil informatisé de déclaration. Tous les professionnels sont concernés par la déclaration. Le circuit et l'analyse de l'événement indésirable diffèrent. Pour quatre établissements, l'événement indésirable est directement transmis à la hiérarchie. L'analyse se fait majoritairement par le service qualité ou par des référents gestionnaires de risque (voir tableau de synthèse ci-dessous) :

<b>Qui déclare ?</b>	Tous les professionnels	9/9
<b>Circuit du signalement ?</b>	Direction ou service qualité uniquement	5/9
	Transmis à la hiérarchie	4/9
<b>Analyse ?</b>	Service qualité ou référents	6/9
	Hiérarchisation des risques	3/9
<b>Déclaration informatisée ?</b>	Oui	8/9
<b>Difficultés :</b>	Opposition de la hiérarchie (opposée aux déclarations ou réticente à l'analyse)	3/9
	Nécessité de complément par le service qualité	2/9
	Relances nécessaires pour l'analyse	2/9

TABLEAU 29 : SYNTHÈSE DES REPONSES

Les difficultés rencontrées sont pour partie d'ordre technique (le service qualité doit requalifier les risques mal cotés), mais la difficulté majeure réside dans l'opposition de la hiérarchie au système ou à l'analyse de l'événement (pour trois établissements). Pour deux d'entre eux, les cadres sont destinataires du signalement.

Cette enquête, même si elle n'est pas représentative de l'ensemble des établissements de santé tend à démontrer que si les structures de gestion des risques sont formalisées, les méthodes d'analyse et de traitement des événements indésirables sont hétérogènes. La taille de l'établissement n'est pas un critère significatif. Ces éléments confortent les résultats du rapport DEDALE réalisé en 2009<sup>268</sup>.

### II.1.2.3 Nécessité d'un système de signalement intégré à l'hôpital

La gestion des risques dans un hôpital est un défi fondamental pour la sécurisation du système de soins et des usagers prestataires de service. En 2009, l'enquête nationale sur les événements indésirables graves (EIG) associés aux soins (Eneis)<sup>269</sup> a estimée qu'entre 5,1 et 7,3 EIG surviennent pour 1 000 jours d'hospitalisation, soit entre 275 000 et 395 000 EIG par an. Un comparatif avec une première enquête réalisée en 2004 a montré que la situation d'ensemble ne s'est pas améliorée ainsi que le montre le tableau comparatif ci-dessous :

	ENEIS 2004	ENEIS 2009
Nombre d'établissements tirés au sort	71	81
Nombre de services tirés au sort	294	251
Nombre de séjours inclus	8754	8269
Nombre de journées d'hospitalisation	35234	31663
Nombre d'évènements indésirables graves (EIG)	450	374
EIG/1000 jours	7.2	6.2
EIG médicamenteux/1000 jours	1.3	1.7
EIG médicamenteux évitables/1000 jours	0.6	0.7
Décès/1000 jours	0.5	0.5

TABLEAU 30 : COMPARATIF ENQUETE EINS 2004 ET 2009 (EXTRAITS)

<sup>268</sup> Titre du rapport : « Bilan de la mise en œuvre du programme de gestion des risques dans les établissements de santé depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2 / E4 n°176 du 29 mars 2004 relative à la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques en établissement de santé Etude commandée par le Ministère de la santé et des sports ».

<sup>269</sup> Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins - Description des résultats 2009p Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2011 - p. 206.

La notion de sécurité renvoie à l'analyse et au traitement des risques avérés ou redouté, mais pour cela l'étape d'identification des risques est un préalable. La rareté de certains événements ou la spécificité des contextes à l'hôpital nécessite la mise en place d'un système opérationnel de détection et d'analyse des risques et non pas la simple réalisation d'études randomisées ou de statistiques épidémiologiques.

Un de ces outils de gestion du risque est le signalement des événements indésirables. Ce système doit permettre d'améliorer la sécurité des patients grâce aux enseignements tirés des défaillances du système de santé (notion de système apprenant ou de « learning system »<sup>270</sup>). Le système de signalement est indispensable :

*« Pour développer une approche cohérente de la sécurité du patient dans les établissements de santé, ainsi que pour développer une approche nationale de veille et d'alerte des risques liés aux soins. » (AMALBERTI, et al., 2007, p. 2).*

La nécessité de la formalisation d'un système de signalement est avant tout de pouvoir être en possession d'éléments permettant l'analyse de l'événement indésirable. Les enjeux sont nombreux, ils concernent :

- \* La détection des risques ou situations à risques ;
- \* La détection des causes réelles et latentes d'une défaillance ;
- \* Le traitement des causes de l'événement indésirable ;
- \* La prise en compte du facteur humain sans stigmatisation ;
- \* La valeur pédagogique de l'apprentissage collectif par l'erreur et la déculpabilisation par une approche systémique.

Ce système vise la prise en compte *a posteriori* des risques : les risques survenus ou avérés. Le sens donné à cet outil de gestion est celui de l'apprentissage par l'erreur, de l'analyse *a posteriori*, de la capitalisation de l'expérience et d'une réflexion le plus souvent collégiale permettant un réel retour d'expérience<sup>271</sup>. Les fondements de cet outil reposent sur l'importance de l'anonymisation des déclarants qui offre la possibilité de déconnecter la mise en cause individuelle de l'erreur. En effet, dans son WebZine de février 2016, la Haute Autorité de Santé rappelait que :

*« La cause des événements indésirables associés aux soins est rarement liée au manque de connaissance ou à un défaut de compétence des professionnels. Le plus souvent, l'évènement indésirable est dû à des défauts d'organisation, de vérification, de coordination, ou de communication au sein des équipes. »*

Certains pays comme les Etats-Unis ont légiférés sur ce point, ainsi « la loi prohibe la poursuite d'un professionnel de santé, même au pénal ("no shame, no blame"), s'il s'engage dans la recherche des causes et des défaillances systémiques » (SAINTOYANT, DUHAMEL, & MINVIELLE, 2012, p. 38). Dans certains pays, comme au Royaume-Uni, d'importants programmes de formation sur la gestion de la sécurité de la santé sont développés (ex : le programme Leading Improvement in Patient Safety : LIPS ) (Haut Conseil de la Santé Publique, 2011, p. 43). Cependant, les systèmes de déclarations d'événements indésirables, nous l'aborderons dans notre étude empirique, ne sont pas toujours opérationnels et connaissent des difficultés de conception, d'utilisation ou d'exploitation des données.

<sup>270</sup> Source: "World Alliance for Patient Safety", 2005, Weick, Stuchliffe, 2001, 2004. Citée par (AMALBERTI, et al., « Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine » 2007, p. 2).

<sup>271</sup> Ceci fait référence aux CREX ou Comité de retour d'expérience - « initialement développé en aviation civile, est une méthode de gestion de la sécurité des soins pouvant être destinée à un service médical, à une équipe de soins. Il s'agit d'un groupe de professionnels qui se réunit chaque mois pour analyser rétrospectivement les événements indésirables (EI) liés aux soins détectés et signalés en vue de les gérer. Un choix d'événements prioritaires est opéré puis l'évènement choisi est investigué. Une analyse systémique en est faite donnant lieu à un rapport présenté en réunion. Des actions d'améliorations sont alors envisagées, planifiées et mises en œuvre par les équipes. » [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1600749/fr/references-le-crex-methode-de-dpc](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1600749/fr/references-le-crex-methode-de-dpc)

#### II.1.2.4 Les limites du système de signalement

Les hôpitaux se dotent d'outils différents, leur déploiement sur le terrain n'est pas toujours bien accompagné ou explicité. Les conséquences sont des sous-déclarations massives, des analyses non systémiques ne permettant pas d'extraire des indicateurs fiables (ROZICH, HARADEN, & RESAR, 2003)<sup>272</sup>. Il existe, en effet, une réelle sous déclaration des événements indésirables. (BENET, et al., 2013). Une expérimentation de la déclaration des événements indésirables graves liés aux soins, réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) dans 82 établissements de santé, a appuyé le besoin d'améliorer l'outil de déclaration d'événements Indésirables (CASERIO-SCHONEMANN, FOURNET, & ILEF, 2012).

Les limites de ces systèmes ont été abordés en 2011 dans un rapport du Haut Conseil de la Santé intitulé « Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients, principes et préconisations » et présentés ci-dessous (Haut Conseil de la Santé Publique, 2011, p. 30) :

- « L'organisation de la sécurité sanitaire "en tuyaux d'orgue" empêche une vue globale des risques associés aux soins dans les établissements de santé, dans les régions ou au niveau national ;
- Le cloisonnement des systèmes de signalement limite la mobilisation des professionnels ;
- La signification des signalements et l'approche intégrée de la sécurité des patients n'est actuellement une posture, ni des professionnels de terrain ni des cadres et directeurs ;
- Le travail sur les mesures de correction, souvent difficiles à définir et à mettre en place, sont le point faible des systèmes de gestion des risques ; le signalement est "sans suites" ;
- L'évaluation a priori et a posteriori de l'impact de ces mesures est rarement conduite ;
- L'absence de connaissance épidémiologique sur les inégalités (territoriales, sociales) en matière de sécurité des patients. » (Haut Conseil de la Santé Publique, 2011, p. 30)

#### II.1.2.5 Les freins à la déclaration

Si les systèmes de déclaration d'événement indésirables sont légiférés, les résultats sont pourtant décevants ainsi que le démontre l'étude de la DREES sur « Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine » (AMALBERTI, et al., 2007, p. 5) (voir encadré ci-dessous) :

- « - Du fait de leur **sous-déclaration massive**, ils sont inexploitable pour évaluer le risque réel d'EIG.
- - **Trop de barrières complexes** les condamnent pour atteindre cet objectif, même à terme.
- - **Mais ils sont utiles, voire indispensables**, pour construire une culture de sécurité dans les établissements : ils mobilisent les acteurs sur le problème du risque, et entre- tiennent une réflexion sur la sécurité.
- - L'erreur à éviter : puisque ces systèmes ne sont pas fiables, **l'évolution de la fréquence des signalements doit être interprétée avec prudence** ; le meilleur résultat serait une augmentation des déclarations témoignant d'une mobilisation progressive des acteurs.
- - Le point à renforcer : **les événements signalés doivent être un point d'entrée naturel** pour des enquêtes avec retour vers le déclarant, des analyses approfondies collectives et des réunions de morbidité-mortalité pour engager encore plus le personnel dans la réflexion de sécurité. » (AMALBERTI, et al., 2007, p. 5)<sup>273</sup>

Une étude descriptive transversale réalisée par auto-questionnaire standardisé, entre janvier et juin 2010, auprès de l'ensemble du personnel soignant médical et paramédical,

<sup>272</sup> Cité par AMALBERTI, et al. : « Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine », DRESS Etudes et résultats N° 584, 2007 p.5).

<sup>273</sup> « L'organisation de la déclaration et du signalement des événements indésirables est désormais légiférée par un décret du 24 août 2016 qui porte création d'un portail dédié et par un arrêté du 7 mars 2017 qui fixe la liste des catégories d'événements sanitaires indésirables pour lesquels la déclaration ou le signalement peut s'effectuer au moyen du portail. » (Source Hospimédia 7 mars 2017)

dont 475 soignants, du groupement hospitalier Édouard Herriot (CHU de Lyon) (BENET, et al., 2013) a démontré que les principales raisons de la non déclaration était le manque de connaissance du système de déclaration à 82 %. Ce motif a d'ailleurs été retrouvé dans l'étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2009 citée précédemment. « Une absence de perception de l'intérêt de la déclaration » pour 82% des personnes interrogées (BENET, et al., 2013, p. 275). Un manque de retour d'information sur le signalement a aussi été constaté.

#### II.1.2.5.1 [Une mauvaise ergonomie des logiciels dédiés à la déclaration des événements indésirables](#)

L'implantation de systèmes de déclaration complexes, peu explicites ou peu explicités sont des freins à la déclaration<sup>274</sup>. La mauvaise compréhension d'items parfois abscons sur les fiches de déclarations ou l'ergonomie même du logiciel sont peu motivant pour les personnels.

#### II.1.2.5.2 [La nécessaire prise en compte de l'utilisateur](#)

Les résultats d'un audit croisé mené en 2006 concernant la gestion des événements indésirables, dans 12 établissements de santé de la Vendée (ADNET, AUSTONI, GUIBERT, & LE ROUX, 2010, p. 30) démontrent que si la mise en place de systèmes de déclaration des événements indésirables est désormais acquise à 100%, « son exploitation dans un système de gestion globale des risques n'est réalisée que dans 8 % des cas. » (ADNET, AUSTONI, GUIBERT, & LE ROUX, 2010, p. 32). D'autre part, le retour au déclarant concernant son signalement n'est réalisé qu'à 50%. L'expérience réalisée autour de la question de la déclaration des événements indésirables dans une douzaine d'établissement ainsi que l'analyse des résultats obtenus démontrent que le niveau de maturité des établissements de santé autour de la question du risque a bien évolué mais est tout à fait perfectible. En effet, la mise en œuvre opérationnelle d'un système global de gestion des risques est majoritairement appliquée, la prise en compte de l'utilisateur de l'outil de gestion doit encore être améliorée.

#### II.1.2.5.3 [Un nécessaire changement organisationnel](#)

L'évolution des organisations hospitalières s'est traduite par une optimisation des opérations grâce à la mise en place d'outils de gestion et s'est poursuivie par une réelle volonté d'amélioration continue du système de management de la qualité et des risques et de ses interfaces. Pour aboutir à cette évolution (DE TERSSAC, 2002), les acteurs de terrain sont eux-mêmes considérés comme participants par l'utilisation des dispositifs de rationalisation tels les outils de gestion, « systèmes experts » selon le sens donné par Giddens<sup>275</sup> (GIDDENS, 1994, p. 36).

Il est nécessaire qu'une réelle confiance s'établisse entre l'utilisateur et le système gestionnaire en charge de l'outil. La confiance est ici entendue comme la confiance dans le système :

*« un sentiment de sécurité justifié par la fiabilité d'une personne ou d'un système, et cette sécurité exprime une foi dans la probité ou l'amour d'autrui, ou dans la validité de principes abstraits (le savoir technologique) » (GIDDENS, 1994, p. 41) <sup>276</sup>.*

Ce qui suppose de se fier à quelque chose d'impersonnel comme un système informatique de notification. L'outil lui-même est peu incitatif, puisqu'il standardise par des items à

<sup>274</sup> Etudié par: Tong Zhang and David Johnson. 2003. "A RobustRisk Minimization based Named Entity Recognition System.", In *Proceedings of CoNLL-2003*.

<sup>275</sup> « J'entends, par systèmes experts, des domaines techniques ou de savoir-faire professionnel concernant de vastes secteurs de notre environnement matériel et social. (...) Un système-expert délocalise de la même façon que les gages symboliques, en "garantissant" nos attentes par rapport à un espace-temps lointain. » (GIDDENS, 1994, p. 36).

<sup>276</sup> Cité par Flanquart, H. (2016). « Des risques et des hommes. », Presses Universitaires de France.

cocher ce qui est singulier : l'événement indésirable. L'événement atypique est de ce fait banalisé. Il existe une distanciation de l'événement porteur de risque, porteur d'une charge émotionnelle, parce que la déclaration est instrumentée.

C'est le travail d'investigation par une cellule qualité, un ingénieur qualité qui fait de cet événement une communication médiatisée, un face-à-face qui redonne à l'événement son caractère humain, émotionnel. Or, le déclarant n'est pas toujours contacté. Pour autant, c'est cette étape qui participe au développement de la confiance dans le système de déclaration. L'effectivité de la prise en compte du déclarant démontre une réflexivité nécessaire de l'organisation :

*« La réflexivité de la vie sociale moderne, c'est l'examen et la révision constantes des pratiques sociales, à la lumière des informations nouvelles concernant ces pratiques même, ce qui altère constitutivement leur caractère. » (GIDDENS, 1994, p. 45)*

Il existe cependant une ambiguïté dans cette notion de confiance puisque la politique de déclaration promeut l'anonymat, mais suppose que le déclarant s'identifie au moment du signalement afin qu'il puisse être contacté dans le cadre d'une investigation plus approfondie. Malheureusement, l'analyse plus profonde des causes, la multiplicité des processus liés, voire la situation de l'événement dans l'organisation sont susceptibles d'éclairer l'identité du déclarant.

Le déclarant est lui aussi soumis à un dilemme : déclarer pour le bien du patient au risque de s'opposer au collectif, à l'organisation et aux collègues. En ce sens la crainte de « délation » est un des freins à la mise en œuvre effective et pérenne d'un système de déclaration. Se heurtent ici la notion de transversalité portée par les démarches d'amélioration continue de la qualité à un niveau organisationnel, et celle plus individuelle du professionnel dans une situation singulière de travail.

A *contrario*, une dépersonnalisation de la déclaration est nécessaire car elle permet une approche rationnelle et fait émerger les éléments saillants de l'organisation elle-même.

### II.1.3 Solutions alternatives

Les systèmes de signalements de classe III évoqués par la DREES (AMALBERTI, et al., 2007, p. 6) peuvent représenter des alternatives au signalement. Ils rassemblent les systèmes actifs fondés sur l'analyse de dossiers ou de traces électroniques.

#### II.1.3.1 Revues de dossiers

Pour pallier au manque de performance des systèmes de signalement des événements indésirables, une alternative se basant sur l'analyse des dossiers médicaux est possible. Cette méthode est originaire des Etats-Unis où elle a fait ses preuves.<sup>277</sup> L'approche prônée est une approche basée sur des traces de l'activité tels les dossiers des patients. Ainsi, l'Institute of Health Improvement de Boston préconise la revue de dossier par tirages au sort mensuels. Cet audit serait basé sur des critères connus d'analyse des événements indésirables graves (*Triggers Tools*). L'observation d'événements sentinelles (triggers ou déclencheurs<sup>278</sup>) facilement détectables dans les dossiers des patients sont des baromètres annonciateurs de possibles événements indésirables. Ces revues de dossiers ont pour objectif une surveillance du niveau de risque par service. Cette méthode a été considérée comme économique et efficace : 50 fois plus d'événements indésirables graves seraient détectés par comparaison aux systèmes de signalement (ROZICH, HARADEN, & RESAR, 2003).

---

<sup>277</sup> Source: Rozich JD, Haraden CR, Resar RK. "Adverse drug event trigger tool: a practical methodology for measuring medication related harm.", *Qual Saf Health Care* 2003 ; 12(3) : 194-200.

<sup>278</sup> Exemples de déclencheurs : une réhospitalisation pour une même indication ; ré-intervention sur un même site opératoire ; un allongement de la durée d'hospitalisation ; l'immunothérapie...

Cette méthode a pour avantage de proposer une opérationnalité rapide de la méthode. La généralisation de la mise en place du dossier informatisé du patient en France pourrait permettre une solution automatisée de revue de dossiers.

### II.1.3.2 Revues critiques ou revues de sécurités

La prise en compte de l'expérience des professionnels est des discussions pluridisciplinaires en présence d'un membre de la direction est également un moyen d'aborder des points sensibles en termes de sécurité et d'appliquer des actions d'améliorations rapides.

## II.2 Stade 2 : l'analyse approfondie d'incidents ou d'accidents avérés

La maîtrise du risque consiste à atténuer les risques, voire à accepter le risque résiduel (ce qui reste du risque après traitement). L'estimation et l'analyse du risque tiennent compte des causes, des origines du risque mais aussi des responsabilités associées : organisationnelles, individuelles ou inhérentes à l'environnement. Il existe différents outils et méthodes de gestion des risques dans une démarche curative (voir tableau ci-dessous) :

Modalités d'entrée dans la démarche de gestion des risques	Méthodologie adaptée
<b>Approche par les problèmes selon la gravité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Méthode ALARM</li> <li>• Arbre des causes</li> <li>• Revue de Morbidité-Mortalité (RMM)</li> </ul>
<b>Approche par les problèmes selon la fréquence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• QQQQCP</li> <li>• Diagramme des causes</li> </ul>

TABLEAU 31 : EXEMPLE DE METHODOLOGIES A EMPLOYER SELON LE TYPE D'APPROCHE DANS LE CADRE D'UNE GESTION CURATIVE DES RISQUES

Le sociologue Barry Turner, qui étudiait les défaillances organisationnelles a dès les années 70, a démontré qu'il était primordial de « retracer la "chaîne d'événements" pour comprendre les causes sous-jacentes à un accident » (TURNER, 1976). James Reason (REASON, 1993) dans ses travaux sur la théorie cognitive des erreurs actives et latentes et des risques associés aux accidents organisationnels s'est appuyé sur les travaux de Turner et a développé une approche systémique non culpabilisante : la méthode ALARM.

Ces méthodes telles que la méthode ALARM permettent la prise en compte systémique de l'organisation. En effet, il s'agit d'une méthode de recherche approfondie garantissant une enquête systématique pour rechercher les facteurs contributifs à une défaillance à l'origine d'un événement indésirable avéré. Ainsi, l'appréhension du risque ne se réduit pas à ses effets, mais à une réflexion approfondie des causes.

### II.2.1 La méthode ALARM<sup>279</sup>

Cette méthode a été développée dans les années 1990 par le professeur James Reason de la Manchester University selon le modèle portant son nom : « le modèle de Reason ». Son approche consiste à considérer que l'erreur humaine est inévitable :

*« Bien que nous ne puissions changer la condition humaine, nous pouvons modifier les conditions dans lesquelles les humains travaillent... Les erreurs humaines sont perçues comme des conséquences plutôt que comme des causes ...» (REASON, 1993)*

<sup>279</sup> Association of Litigation And Risk Management.

Ces erreurs peuvent être «*patentes*» ayant des conséquences immédiates pour les patients, elles peuvent être «*latentes*» relatives au management, à l'organisation et dont les conséquences sont indirectes. Ainsi, les erreurs se produisent dans un contexte, un environnement, souvent porteurs de causes latentes. L'approche défendue par Reason est donc une approche systémique dont le but est de comprendre et d'analyser les défaillances d'un système ou d'une organisation qualifiée de complexe. DM. Berwick<sup>280</sup> affermit cette approche systémique du risque en démontrant que :

«*Seulement 2 à 3 % des erreurs cliniques sont attribuables à l'incompétence, à l'imprudence, au sabotage ou à la négligence grave, révélant ainsi que 97 à 98% des erreurs cliniques sont attribuables en fait aux dangers que recèlent les systèmes de santé.*»<sup>281</sup>

### II.2.1.1 Définition

La méthode consiste à partir de l'identification d'un événement indésirable à rechercher les causes racines, les facteurs contributifs à la survenue des dysfonctionnements et à mettre en place barrières de sécurité, afin de fiabiliser le système. En effet, les causes identifiées lors de la survenue d'un événement indésirable ne sont pas forcément reproductibles. Perrow a observé dans des organisations à haut risque que les causes observées lors d'incidents sont souvent singulières (PERROW, 1984).

#### Une méthode non culpabilisante :

La méthode ALARM se veut non culpabilisante : il n'existe jamais une seule cause à un événement indésirable. Les causes sont rarement uniques, mais liées à une succession de comportements ou d'événements. En effet, un système complexe tel qu'une organisation hospitalière (DE KERVASDOUÉ, 2015, pp. 5-10) met en jeux beaucoup de ressources (humaines, techniques, ...). Chaque ressource a ses forces et ses faiblesses (ou facteurs pathogènes) en matière de sécurité, si les facteurs pathogènes se combinent, ils créent un cheminement possible vers l'accident (voir figure ci-dessous) :

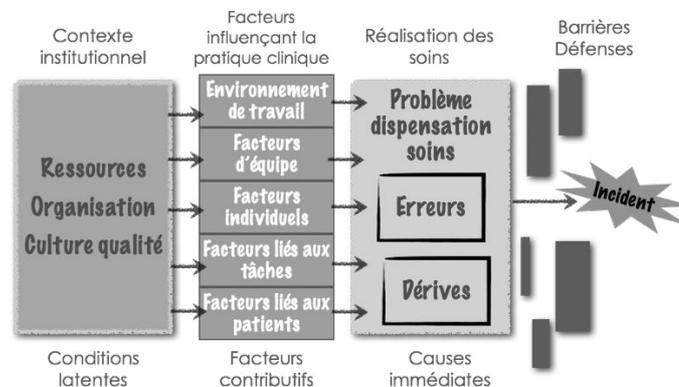


FIGURE 20 : ILLUSTRATION DU SCHEMA DE REASON

### II.2.1.2 Déroulement de la méthode

L'analyse systémique prônée par cette méthode a pour objet de dépasser les simples causes immédiates de l'événement, de suivre un protocole d'analyse formalisé puis de réaliser une enquête systématique, exhaustive et enfin de prévenir la survenue d'un autre événement indésirable. La mise en œuvre repose sur des questionnements systématiques selon des thèmes à partir d'une grille prédéfinie<sup>282</sup>. En effet, la collecte de faits précis, se

<sup>280</sup> Berwick DM. Président et PDG, The Institute for Healthcare Improvement, dans une déclaration au Committee on Senate Appropriations Subcommittee of Labor, Health and Human Services, le 13 mars 2003.

<sup>281</sup> Source : HAS in « Grille ALARM, un outil pour structurer l'analyse des causes » [en ligne] disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1215806/en/grille-alarm-un-outil-pour-structurer-l-analyse-des-causes](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1215806/en/grille-alarm-un-outil-pour-structurer-l-analyse-des-causes) (consulté le 5/04/2016)

<sup>282</sup> Voir Annexe 13 : Grille ALARM.

basant sur la chronologie des faits, permet une exhaustivité de la recherche. Elle se déroule en équipe en quatre étapes :

1. Une enquête chronologique détaillée factuelle.
2. L'identification des écarts de soins (facteurs patents = causes immédiates).
3. L'identification des erreurs « système », analyse systémique (facteurs latents = causes profondes, racines).
4. La proposition d'actions correctives, leur mise en œuvre et leur suivi.

Les écarts sont identifiés et classés selon le type de facteurs constatés :

- Liés aux patients
- Liés à la tâche
- Liés à l'environnement
- Liés à l'institution
- Facteurs individuels
- Liés à l'équipe
- Liés à l'organisation

Ils sont ensuite analysés en équipe pluri professionnelle. Cette analyse doit permettre d'identifier les facteurs contributifs et les causes immédiates. Des mesures correctives sont ensuite proposées par le groupe pour chaque type de facteur déterminé.

### II.2.1.3 Avantages et limites

Les avantages de cette méthode sont une présentation claire des faits sous forme d'arborescence permettant un apprentissage, une vision exhaustive, non punitive et un repérage facile des barrières de sécurité efficaces, manquantes ou non respectées.

Les limites sont conditionnées par le type d'événement qui doit pouvoir être considéré d'un point de vue chronologique (ex : un incident de transfusion sanguine ayant eu lieu au troisième jour d'hospitalisation) contrairement à un événement en lien avec une défaillance organisationnelle ou matérielle (ex : manque de personnel ou panne d'un appareillage).

### II.2.1.4 Evolution de la méthode

Récemment, en 2016, René Amalberti<sup>283</sup>, directeur de la Fondation pour une culture de sécurité industrielle, professeur en médecine et conseiller en sécurité des patients à la Haute Autorité de Santé (HAS) a actualisé la méthode en ajoutant un "E". La méthode ALARM devient la méthode "ALARME". Elle intègre désormais « quatre points clés supplémentaires : Expérience du patient, épisode de soins, modalités de détection et de récupération et, enfin, contexte ». <sup>284</sup>

## II.2.2 La revue de Morbidité-Mortalité (RMM)

La méthodologie est originaire des Etats-Unis au début du vingtième siècle<sup>285</sup>. Elle a d'abord été considérée comme un outil pédagogique pour la formation des médecins. Dès 1917 des conférences de mortalités ont été intégrées dans les pratiques hospitalières et sont à l'origine du dispositif d'accréditation des hôpitaux nord-américains (*Joint Session of Committee on Standards* 1917). Elle a ensuite fait partie de la formation des chirurgiens et a d'ailleurs été rendue obligatoire en 1983 (Haute Autorité de Santé, 2009, p. 39). La méthodologie s'est développée en France dans les années 95.

### II.2.2.1 Définition

La revue de Morbidité-Mortalité (RMM) est une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est définie comme :

<sup>283</sup> Coauteur de l'ouvrage "Safer healthcare - Strategies for the real world", publié en janvier 2016 avec Charles Vincent, un des fondateurs de la méthode ALARM en 1999.

<sup>284</sup> Extrait : Webzine du mois d'avril 2016 de la HAS.

<sup>285</sup> Source: rapport sur l'éducation médicale de Flexner "Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Boston : The Merrymount Press ; 1910. "

« une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage à un patient. Elle a pour objectif la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la prise en charge des patients et de la sécurité des soins. »  
(Haute Autorité de Santé, 2012, p. 153)

La RMM est utilisée par de nombreuses équipes médico-soignantes<sup>286</sup>. Cette méthodologie est employée lors d'un événement indésirable ayant entraîné le décès ou de fortes complications voire des dommages au patient. Il s'agit tout comme la méthode ALARM d'une analyse systémique, non culpabilisante. Au préalable, l'établissement doit avoir institutionnalisé la démarche en formalisant une politique et une procédure de gestion des RMM. Un bilan annuel d'activité des RMM réalisés doit être formalisé et le fonctionnement global des RMM doit être évalué. Lors d'une RMM, les données relatives au patient doivent être anonymisées.

### II.2.2.2 Déroulement de la méthode

La RMM est réalisée au plus près de la survenue de l'événement. Une organisation des différentes rencontres doit être planifiée. Chaque réunion fait l'objet d'un compte-rendu. Les membres sont prioritairement les personnes « impliquées », c'est-à-dire présentes au moment de l'événement ou en charge du patient. Des référents managériaux et médicaux sont présents. Généralement, c'est un médecin qui pilote la RMM. La méthode se déroule en 4 étapes (voir tableau ci-dessous) :

<b>Etape 1 : Présentation du cas</b>	Par les professionnels présents lors de l'événement ou en charge du patient.
<b>Etape 2 : Identification des problèmes</b>	Recueil factuel des difficultés rencontrées voire des alternatives de prise en charge.
<b>Etape 3 : Discussion et recherche des causes</b>	Analyse des facteurs contributifs ou favorisant. Analyse éventuelle de la récupération de l'événement. Synthèse des enseignements à retirer.
<b>Etape 4 : Décision immédiate et collective de la ou des actions correctives</b>	Formalisation des actions correctives à mettre en œuvre. Désignation des responsables des actions et de leur suivi.

TABEAU 32 : LES QUATRE ETAPES DE LA METHODE ALARM<sup>287</sup>

### II.2.2.3 Avantages et limites

Cet outil a pour avantage de permettre un retour d'expérience et de capitaliser sur les situations à venir. Il assure une certaine transparence par l'analyse en équipe pluridisciplinaire permettant une évaluation des pratiques professionnelles. Il permet également un classement en causes « évitables » et « non évitables ».

Les limites concernent la nécessité d'institutionnaliser la démarche et de respecter la procédure afin de garantir la confidentialité des données concernant le patient et de prévenir les mises en causes individuelles. Un pilotage rigoureux de cette méthodologie par un médecin (de préférence) est nécessaire.

## II.2.3 Le Comité de Retour d'Expérience (CREX)

Les organisations à risques ou complexes ont depuis longtemps développés ce type de méthode : dans l'aviation depuis les années 20, dans l'industrie chimique, nucléaire ou militaire... L'acronyme de « REX » : retour d'expérience ou de « CREX » : Comité ou cellule de retour d'expérience sont usités. La méthodologie de comité de retour d'expérience a

<sup>286</sup> Exemple : Vidal-Trécan G, Christoforov B, Papiernik E. « Revues de mortalité-morbidité dans un hôpital universitaire : évaluation de l'efficacité d'une intervention pour leur diffusion. », Presse Méd 2007 ;36 (10 pt 1) :1378-84.

<sup>287</sup> Source : HAS « Revue de mortalité et de morbidité, guide méthodologique », Novembre 2009, p.24

été incitée en 1996 par l'ordonnance du 24 avril 1996<sup>288</sup> puis a été instituée en France en 2005 sous l'impulsion de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH) et de trois centres de lutte contre le cancer volontaires. Cet outil a depuis été intégré comme un outil de pilotage du système de management de la sécurité dans les organisations hospitalières. Cette méthodologie s'intègre aux autres dispositifs de gestion *a posteriori* de l'organisation. Le développement des CREX dans les organisations hospitalières a été soutenu et accompagné par les Agences Régionales de Santé à partir d'une instruction<sup>289</sup> relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé parue en 2012 :

*« Dans le cadre de la mise en place du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé, de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la prise en charge médicamenteuse et de leurs circulaires d'accompagnement, un développement des retours d'expérience sur les événements indésirables dans les établissements est engagé afin de développer la culture de sécurité et d'améliorer ainsi la qualité et la sécurité des soins. » (Extrait : Instruction DGOS/PF2 no2012-352 du 28 septembre 2012 partie I)<sup>290</sup>.*

### II.2.3.1 Définition

Le comité de retour d'expérience est un outil de partage de retour d'expérience s'intégrant dans la démarche de gestion *a posteriori* des risques, c'est-à-dire à partir d'événements indésirables avérés. Les événements analysés n'ont pas forcément de conséquences graves en termes d'impact organisationnel ou sur le patient, mais ils sont souvent « précurseurs » c'est-à-dire porteurs de risque. Il s'agit d'une démarche prospective d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins permettant la mise en œuvre d'actions d'amélioration faisant suite à une analyse collégiale de l'événement en question.

Le partage d'expérience constitue un temps privilégié de partage et d'apprentissage pour l'organisation. L'analyse collégiale apporte une certaine richesse en termes de connaissances et de pratiques professionnelles pour mettre en évidence les failles du système, mais également les points forts. En effet, il s'agit d'une réelle opportunité de réflexion et d'amélioration du système organisationnel.

### II.2.3.2 Déroutement de la méthode

Les CREX peuvent se dérouler sous forme de réunions mensuelles pluri professionnelles ce qui nécessite un repérage en amont des événements indésirables à traiter. Le groupe s'applique à analyser l'événement et à identifier les facteurs contributifs ou influents afin de proposer la mise en œuvre d'actions correctrices. En cela, cette méthodologie se rapproche de celle des RMM, mais ici l'événement indésirable traité n'est pas forcément en lien avec une conséquence de nature médicale. La méthode est généralement employée lors de la survenue d'un événement indésirable grave (EIG) ou potentiellement grave. Les différentes étapes de l'analyse sont réalisées de manière structurée (voir tableau et figure ci-après).

<p><b>Connaître et comprendre : présentation et analyse de l'événement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. De façon synthétique, non interprétative et anonyme. La méthode ALARM ou l'arbre des causes peuvent être utilisés.</li> <li>. Définition des causes immédiates et profondes identifiées</li> <li>. Précision sur les caractères évitables de l'événement</li> </ul>
<p><b>Agir : Structuration des propositions d'actions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Sur la base des causes identifiées en précisant leur nature (suppression du risque, atténuation des effets ou récupération de l'incident)</li> </ul>

<sup>288</sup> Ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

<sup>289</sup> Instruction N°DGOS/PF2/2012/352 du 28 septembre 2012.

<sup>290</sup> Source : [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/10/cir\\_35887.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/10/cir_35887.pdf)

<b>Partager : Suivi des actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Précision concernant les responsabilités pour la mise en œuvre et le suivi des actions.</li> <li>. Définition des modalités de suivi (audit interne, indicateur, formation...).</li> <li>. Communication positive et valorisante (feed-back rapide).</li> </ul>
-------------------------------------	--

TABLEAU 33 : LES DIFFERENTES ETAPES DU DEROULEMENT D'UN CREX

L'intérêt de la méthode consiste également dans la communication et le partage des connaissances dans le but de développer la culture sécurité sur la base d'exemples réels. La pérennisation de la méthode dans le temps peut alimenter une base de données en termes de gestion des risques concernant le repérage de causes récidivantes et l'impact croisé de certaines actions.



FIGURE 21 : SCHEMA DE MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF DE RETOUR D'EXPERIENCE<sup>291</sup>

### II.2.3.3 Avantages et limites

Les avantages de cette méthode sont, comme pour la RMM, l'apprentissage collectif des erreurs tout en améliorant la tolérance de l'organisation aux défaillances. Les CREX tout comme d'autres méthodologies basées sur une réflexion systémique partagent la même conviction émanant des travaux de James Reason : « si l'erreur est inhérente à toute activité humaine, il est néanmoins possible d'en tirer des enseignements et d'empêcher qu'elles ne se reproduisent » (REASON, 1993)<sup>292</sup>. L'outil permet donc de conserver la mémoire des analyses et actions successives engagées dans l'établissement et de mettre en place des actions de prévention.

Les limites concernent l'organisation autour des CREX qui nécessite une démarche structurée, la présence d'un collège pluridisciplinaire, la traçabilité écrite des réunions et la présence d'un animateur convaincu et formé. D'autant plus que l'intérêt des CREX est de s'inscrire durablement dans l'organisation. Le soutien et l'accompagnement du management sont des facteurs clés de succès.

## II.3 Stade 3 : La mise en œuvre de démarches préventives

La démarche préventive de gestion des risques consiste à identifier les défaillances latentes de l'organisation par le repérage d'événements porteurs de risque<sup>293</sup> et donc à repérer les processus potentiellement à risque. Tout comme les démarches curatives, les démarches préventives de gestion des risques nécessitent la mise en œuvre combinatoire de différents outils et méthodes dont voici quelques exemples :

<sup>291</sup> Source : « Retour d'expérience en santé (REX) : Comprendre et mettre en œuvre », Dr Bruno Bally et Philippe Chevalier - Mission sécurité du patient - HAS - décembre 2014, P. 4.

<sup>292</sup> Cité par Philippe Chevalier « Tirer des leçons de la base de retour d'expérience du dispositif d'accréditation » Journal de l'accréditation des médecins, Numéro 27 – Janvier / Février 2013.

<sup>293</sup> Les événements porteurs de risques sont des événements indésirables associés aux soins qui n'ayant pas causé de dommage grave au patient.

- \* « Méthodes pour l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques
- \* Techniques de résolution de problèmes
- \* Méthodes de suivi et de pérennisation des résultats
- \* Méthode projet et de conduite du changement. »<sup>294</sup>

Plus spécifiquement les méthodologies employées vont correspondre à différentes modalités d'entrée dans la démarche de gestion des risques. Il peut s'agir d'approches par comparaison à un référentiel, d'approche par processus ou encore d'approche par les indicateurs. Selon le type d'approche, l'outil utilisé sera spécifique ainsi que le montre le tableau ci-dessous :

Modalités d'entrée dans la démarche de gestion des risques	Méthodologie adaptée
<b>Approche par comparaison à un référentiel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audit qualité</li> <li>• Audit clinique</li> <li>• Visite de risques</li> </ul>
<b>Approche par les processus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse de processus</li> <li>• AMDEC</li> </ul>
<b>Approche par les indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicateurs</li> </ul>

TABLEAU 34 : EXEMPLE DE METHODOLOGIES A EMPLOYER SELON LE TYPE D'APPROCHE DANS LE CADRE D'UNE GESTION PREVENTIVE DES RISQUES

Une des méthodologies d'approche par processus utilisée dans les établissements de santé est l'Analyse des Modes de Défaillance de leurs Effets et de leur Criticité présentée ci-dessous.

### II.3.1 L'Analyse des Modes de Défaillance de leurs Effets et de leur Criticité (AMDEC)

#### II.3.1.1 Définition

Un des outils les plus pertinents de mise en œuvre d'une démarche préventive est l'Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité (AMDEC). Apparue dans les années 60 dans le domaine de l'aéronautique, l'AMDEC repose sur un raisonnement inductif :

*« C'est une démarche probabiliste qui a pour objectif d'analyser de manière systématique et préventive les défaillances<sup>295</sup> d'un système technique ou d'un équipement dont les conséquences peuvent affecter sa fiabilité et sa maintenabilité. » (PESQUEUX, 2003, p. 21)*

L'AMDEC permet une étude proactive et détaillée (étape par étape) d'une activité ou d'un processus. De ce fait, elle permet de répondre à une définition des risques associée à l'explicitation des objectifs visés par les activités. En effet, les critères du risque tiennent compte de l'explicitation du contexte réalisée de manière consensuelle et concertée avec la participation des personnes concernées par les activités offrant un retour d'expérience utile à cette analyse.

L'AMDEC est ainsi un outil à visée « diagnostique » lors de la mise en place d'une nouvelle activité ou à visée de « surveillance » de l'évolution des risques sur un processus existant. L'objectif est ainsi l'obtention d'une meilleure maîtrise des risques.

<sup>294</sup> Source : HAS « Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, des concepts à la pratique », Mars 2012.

<sup>295</sup> Une défaillance est « une fonction prévue mais non remplie, le mode de défaillance étant l'événement par lequel se manifeste la défaillance » (Haute Autorité de Santé, 2012, p. 171).

### II.3.1.2 Déroulement de la méthode

L'AMDEC est une réelle démarche projet qui nécessite une organisation et un temps de suivi relativement important. Le choix du processus à étudier est important car, en amont, il est nécessaire de préciser le périmètre à analyser, de comprendre les interfaces avec les autres processus. La phase de délimitation du domaine à étudier permettra, en effet, d'identifier les « interstices » de travail souvent négligés afin d'intégrer dans un groupe de travail pluridisciplinaire les différents métiers concernés.

La démarche doit permettre à terme d'identifier les étapes dangereuses pour les personnes (usagers, professionnels, proches), mais aussi pour les biens de l'établissement afin d'en réduire la gravité ou la probabilité d'apparition. Elle s'appuie sur une méthode rigoureuse. Des outils d'analyse peuvent être utilisés afin de simplifier la démarche<sup>296</sup>. La méthode se déroule alors en plusieurs étapes ainsi que présenté dans le tableau ci-après :

<b>Phase 1</b>	<i>Description du processus (à l'aide d'un QQQQCP<sup>297</sup>) étape par étape. Analyse fonctionnelle. Participation active des professionnels acteurs dans le processus. Evaluation de la pertinence du processus au regard des recommandations de bonnes pratiques, réglementations...</i>
<b>Phase 2</b>	<i>Pour chaque étape, repérer les défaillances potentielles, leurs effets et causes probables. Vision systémique : défaillances humaine, techniques, organisationnelles, ...</i>
<b>Phase 3</b>	<i>Evaluer les risques potentiels (Evaluation des risques selon une échelle de cotation des risques). Hiérarchisation des risques (Diagramme de Farmer).</i>
<b>Phase 4</b>	<i>Pour chaque cause, identifier le type de barrières de sécurité<sup>298</sup> possibles.</i>
<b>Phase 5</b>	<i>Définition des plans d'action. Redéfinition du processus.</i>

TABEAU 35 : LES DIFFERENTES ETAPES D'UNE AMDEC

### II.3.1.3 Avantages et limites

L'intérêt de la méthode est d'identifier en amont, sur un processus de prise en charge, les défaillances potentielles, mais aussi les barrières de sécurité. Cette méthode a pour avantage d'apporter une caution de « sûreté de fonctionnement » grâce à une analyse méthodique. Il s'agit en outre d'une méthode d'analyse exhaustive permettant la mise en commun des différentes compétences et expériences des participants. La mise en œuvre d'une méthode telle que l'AMDEC peut être reconduite plus facilement au bout de quelques mois et ainsi garantir une stabilité du système étudié.

Les limites sont souvent d'ordre organisationnel, en effet, il s'agit d'une approche pluridisciplinaire nécessitant un investissement en temps, en données quantifiées et en moyens humains non négligeables. Elle nécessite également un animateur formé et capable d'une approche pédagogique de l'évaluation des risques. La longueur de la démarche peut être source de démotivation. La méthode peut ainsi être qualifiée de « lourde ».

L'AMDE ou méthode d'Analyse des modes de Défaillances et de leurs Effets est une alternative, puisqu'il s'agit d'une déclinaison simplifiée de l'AMDEC lors de laquelle la phase de cotation et de hiérarchisation des risques n'est pas abordée.

<sup>296</sup> Voir annexe 14 : Grille d'analyse AMDEC.

<sup>297</sup> QQQQCP (Qui ? Fait Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? et Pourquoi ?) : technique de recherche d'informations utilisé notamment dans les méthodes de résolutions de problèmes.

<sup>298</sup> Barrière de prévention ; Barrière de récupération (modalités de détection des défaillance et d'action avant incident) ; type de détection après incident.

## II.4 Stade 4 : L'intégration de bonnes pratiques de sécurité

Le développement d'une politique transversale de gestion du risque, l'incitation au signalement des événements indésirables, la coordination des acteurs ainsi que la définition de leur niveau d'intervention sont quelques exemples d'une nécessaire adaptation du système de soin aux enjeux du management de la qualité et de la sécurité des soins. Le management des risques, outre l'application de procédés, normes et outils visant à réduire les risques, consiste également à promouvoir une culture du risque : « La culture est aux organisations ce que la personnalité est à l'individu ». (WESTRUM, 2004)

### II.4.1 Culture sécurité

Ainsi, le développement d'une culture sécurité devrait être la suite logique aux systèmes d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins mis en place dans les organisations de santé. On entend par culture sécurité :

*« Un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins. » (European Society for Quality in Health Care<sup>299</sup>).*

Aux Etats-Unis, une étude menée sur 42 établissements de santé a démontré que plus la culture sécurité était développée moins il y avait d'erreurs médicamenteuses ou d'infections urinaires (HOFMAN & MARK, 2006). Développer une culture sécurité nécessite de favoriser la mise en place de bonnes conditions telles :

- \* Le développement d'une culture d'apprentissage de l'erreur ;
- \* Le développement d'une politique de communications sur les retours d'expérience ;
- \* Le développement des conditions d'un bon usage des outils de signalement ;
- \* L'adaptation des méthodologies d'analyses et de traitement au terrain et au contexte organisationnel.

Le développement d'une culture sécurité en établissement de santé peut être favorisé par la mise en œuvre de formations des professionnels, d'analyses régulières d'événements indésirables en équipe pluri professionnelle ou encore par la mise en place de visites hiérarchiques de sécurité. Ces différentes actions peuvent être réalisées de façon combinée ce qui optimise le développement d'une culture sécurité mais nécessite cependant un maintien dans le temps de telles actions.

## III Comparaison des méthodes et place de l'outil de signalement des événements indésirables

---

### III.1 Des méthodes systémiques mais complexes

Les différentes approches méthodologiques sont définies en fonction du stade de gestion des risques : préventif ou curatif. De fait, les outils nécessitent différentes ressources, différents niveaux d'expertises méthodologiques ou différents degrés d'urgence de traitement du risque.

---

<sup>299</sup> Cité dans Source : HAS « Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, des concepts à la pratique », Mars 2012, Fiche n°7 p.97.

## COMPARAISON DES METHODES ET PLACE DE L'OUTIL DE SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Certaines méthodes seront plus pertinentes selon le contexte organisationnel, selon le niveau de développement d'une culture qualité ou encore selon le niveau d'acceptabilité de l'apprentissage collectif par l'erreur (voir tableau ci-après) :

Stade de GDR	Intérêt	Limites	Niveau de difficultés <sup>300</sup>
<b>Signalement des événements indésirables</b>			
Gestion a posteriori des risques	Hiérarchisation des risques et réactivité Visualisation globale des situations à risque Identification des actions Outil d'alerte	Manque d'exhaustivité Crainte des sanctions Non-respect de l'anonymat Modalités techniques à accompagner Ressources spécifique à dédier Retour d'information au déclarant communication transparente	*
<b>Revue de sécurité</b>			
Gestion a priori des risques	Levier d'engagement dans une démarche institutionnelle Prise en compte en direct des problématiques de terrain	Nécessite une culture qualité et sécurité partagée	**
<b>Méthode ALARM</b>			
Gestion a posteriori des risques	Analyse systémique et chronologique des faits Classement et identification des facteurs contributifs	Type d'événement	**
<b>RMM</b>			
Gestion a posteriori des risques	Retour d'expérience et enseignement par l'erreur Classement des causes en évitables/non évitables Transparence et cohésion de l'équipe en sécurité des soins	Nécessite une politique globale et un soutien médical	**
<b>CREX</b>			
Gestion a posteriori des risques	Retour d'expérience et enseignement par l'erreur Conservation de la mémoire des analyses et actions	Chronophage Nécessite une culture non punitive de l'erreur	**
<b>AMDEC</b>			
Gestion a priori des risques	Analyse méthodique d'un processus dans son intégralité Méthode permettant de fiabiliser un fonctionnement, un processus.	Investigation sur le long terme Nécessite des experts pluridisciplinaires et des données chiffrées	**/**

TABLEAU 36 : COMPARATIF DES METHODOLOGIES CITEES

Pendant longtemps, la gestion des défaillances a été basée sur une approche culpabilisante qui, depuis les années 2000, est reprise dans de nombreuses publications<sup>301</sup>. Cette approche a longtemps pesé sur la capacité des organisations hospitalières à gérer les risques (WALTON, 2004). Le développement de régulateurs efficaces tels que la mise en œuvre d'approches systémiques, le développement de la législation, de la formation, ainsi que la formalisation d'outils appropriés tendent à réduire la vision culpabilisante du risque pour une approche plus juste des systèmes organisationnels et humains. Il est donc nécessaire de tenir compte des instruments de gestion en place même si la perception de la réponse à l'erreur semble parcellaire.

<sup>300</sup> \*: utilisation généralisable à l'ensemble des équipes ; \*\*: utilisation avec soutien méthodologique local ; \*\*\* : utilisation nécessitant un recours spécialisé.

<sup>301</sup> Ex.: Gault WG. "Experimental exploration of implicit blame attribution in the NHS.", Edinburgh, Grampian University Hospitals NHS Trust, 2004.

Les différentes méthodes que nous avons exposées sont représentatives de démarches systémiques nécessitant une analyse poussée des processus organisationnels. Leur visée est à la fois descriptive mais également analytique. L'intérêt de ces méthodes est de prendre en compte la complexité du système en appréhendant des variables multidimensionnelles. La capitalisation des informations, des expériences est des apprentissages reste un atout majeur de ces méthodes.

L'analyse et le traitement du risque reposent ainsi sur une vision systémique de l'organisation et donc sur le développement d'une culture de sécurité collective. La mobilisation des acteurs de terrain est alors indispensable afin de promouvoir une culture de la sécurité dans l'établissement de santé (LAEPE, 2002). Pour autant, ces méthodes peuvent être perçues comme opaques et complexes dans leurs mises en œuvre. En outre, le développement d'une culture sécurité est une affaire de patience, de gestion des frustrations et des insatisfactions qui demande un temps de maturation et donc également un niveau de maturité organisationnel suffisant.

### III.2 Portée centrale de l'outil de gestion des événements indésirables

La méthode de gestion des événements indésirable par l'outil de signalement a une portée plus centrale (voir figure ci-après) :

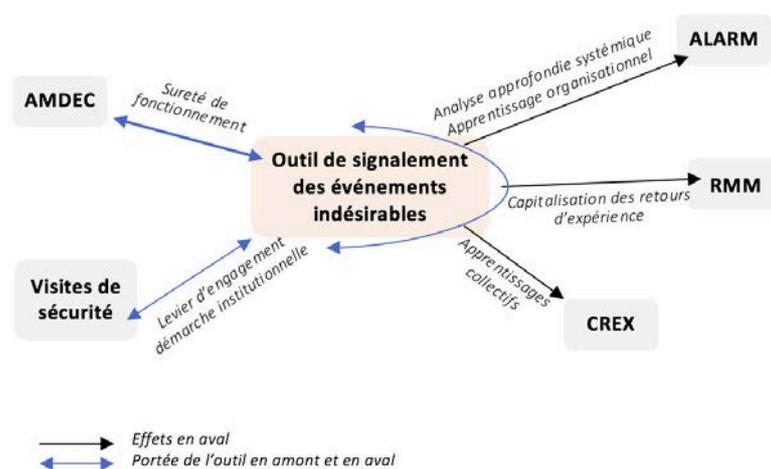


FIGURE 22 : PORTEE CENTRALE DE L'OUTIL DE GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Il permet non seulement le recueil immédiat des événements indésirables et la construction d'un système d'information identifiant les risques, mais il favorise aussi l'identification des actions prioritaires. L'utilisation d'un outil de signalement des événements indésirables ne prétend pas à l'exhaustivité, mais il vise à identifier toutes les situations de vulnérabilité d'un établissement (PFEIFFER, MANSER, & WEHNER, 2010). Sa portée se situe à la fois en aval par la priorisation des risques à traiter de façon plus approfondie grâce aux méthodes citées plus haut telles que la méthode ALARM ou les CREX, mais il a également une portée en amont puisque l'analyse et le traitement d'événements avérés peut conduire à la mise en œuvre de méthodologies à caractère préventives telles que l'AMDEC ou les visites de sécurité par exemple.

Néanmoins, les difficultés abordées précédemment quant à l'ergonomie, l'accompagnement des utilisateurs et l'adaptation organisationnelle doivent être considérés. Pour autant, la portée démocratique de l'outil incarnée par son accessibilité, sa facilité d'utilisation et le peu de ressources à mobiliser pour son utilisation, font de cet outil un réel objet d'étude et d'observation. Nous avons de ce fait choisi d'étudier l'outil de déclaration des événements indésirables dans un premier terrain : le CHRUX selon le prisme théorique de Giddens.

---

*Section II - Chronique de l'outil de gestion des  
événements indésirables : premières leçons de  
l'expérimentation au sein du CHRUX*

---

## I Approche processuelle

Notre recherche s'inscrit dans une approche processuelle qui vise « à mettre en évidence le comportement de l'objet dans le temps. » (Grenier et Josserand 1999, p. 104). L'étude de l'outil de gestion représenté par l'outil de déclaration des événements indésirables s'est déroulée à partir de l'observation de toutes les phases de vie de l'outil : de l'intentionnalité de la conception jusqu'à l'utilisation *in situ* par les acteurs de terrain.

Cette approche doit nous permettre de répondre à notre questionnement de recherche puisque nous pensons que c'est au cours du processus d'adoption de l'outil qu'émergent les leviers d'appropriation de la démarche qualité. L'étude de cas que nous avons menée au CHRUX nous permet d'observer les différentes phases et événements clés dans le processus d'appropriation de l'outil de gestion étudié grâce à l'étude de données secondaires (documents institutionnels et réglementaires) et de données primaires (entretiens et questionnaires)<sup>302</sup>.

### 1.1 Etude de l'outil dans une dynamique contextuelle

Cette étude s'inscrit dans une dynamique contextuelle observée dans une organisation réelle sur un outil « agissant ». L'objet de notre recherche ainsi que nous avons pu le décrire dans la méthodologie de recherche est de découpler de manière analytique les effets de l'instrumentation sur le social et ceux du social sur l'instrumentation afin de comprendre ce qui lie l'outil à l'utilisateur et d'envisager les facteurs d'intégration. Ainsi nous avons traité les données primaires et secondaires par une approche transversale<sup>303</sup> prenant en compte toutes les étapes de vie de l'outil (de sa conception à son appropriation) en fonction des dimensions fonctionnelles, structurelles et processuelles. La prise en compte de déterminants clés de l'outil de gestion nous a permis d'ordonner l'analyse (voir tableau ci-dessous) :

<b>Dimension</b>	<b>Etape d'implantation</b>	<b>Acteurs</b>	<b>Déterminants de l'outil de gestion</b>
<b>Dimension fonctionnelle</b>	Conception	Dirigeants	Sa finalité organisationnelle ?
		Concepteurs/dirigeants	Fonction outil ?
		Dirigeants/managers	Son rapport avec la stratégie d'entreprise et la performance attendue ?
<b>Dimension structurelle</b>	Usage	Concepteurs	Qu'est l'outil ? Son histoire ?
		Concepteurs/dirigeants	Comment est-il structuré, localisé ?
		Acteurs	Quelle est sa part de matérialité ?
		Acteurs	Utilisateurs ? A quoi ou à qui s'applique-t-il (à des personnes, des ressources, des actions, des résultats ...) ?
<b>Dimension processuelle</b>	Appropriation <i>in situ</i>	Acteurs/managers	Modalités d'utilisation ? Comment l'outil vit-il ?
		Acteurs/managers	Repérage des acteurs dans leur rapport à l'outil ? Comment se met-il en place ?
		Acteurs	Comment est-il utilisé en situation ?
		Acteurs/dirigeants	L'outil s'inscrit-il dans un déterminisme social ou dans une appropriation ?
		Acteurs/concepteurs	Quelle est son « actualisation dans l'usage » ? <sup>304</sup>

TABLEAU 37 : PRINCIPES D'ÉTUDE DE L'OUTIL DE GESTION (OUTIL DE DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES)

<sup>302</sup> Source: Hayo-Villeneuve, S. ; Husson J. (Mars 2015). « Etude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité dans une organisation hospitalière : apports de la théorie de la structuration. » In QUALITA'2015.

<sup>303</sup> Cette approche est inspirée de l'annexe 2 « Etude de l'outil dans tous ses états » in « Sociologie des outils de gestion Introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion » CHIAPELLO & GILBERT, 2013 p.263

<sup>304</sup> « Sociologie des outils de gestion Introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion » CHIAPELLO & GILBERT, 2013, p. 35.

### I.2 Etude de l'outil en interaction

L'approche des outils de gestion est variée. Ils peuvent avoir un rôle de régulation, de modération voire d'instrumentalisation des rapports sociaux. De ce fait, ils possèdent indéniablement une dimension institutionnelle. J-C Moisdon précise que le développement des outils de gestion dans les organisations « *participe de vagues successives de rationalisation* » (MOISDON J.-C. , 2005)<sup>305</sup>.

La vision « *représentationniste* » (LORINO, 2002) qui consiste à dire que les propriétés intrinsèques de l'outil suffisent à le définir, qu'il dispose d'une force autonome ne nécessitant pas la prise en compte du contexte organisationnel et donc qu'il s'impose aux acteurs est de notre point de vue une représentation erronée de la réalité. Au-delà d'une vision purement instrumentale, les outils de gestion ont également une dimension symbolique s'inscrivant dans une dynamique de l'action collective interagissant avec des acteurs utilisateurs dans un processus d'appropriation.

Dans le sens de Joël Justin, une analyse purement instrumentale de l'outil reviendrait à exclure les phénomènes de co-production outil/utilisateur traduits par des manifestations de manipulations ou de détournements des outils pour exemple (JUSTIN, 2005).

L'outil de gestion est une alliance entre des composante techniques, symboliques et des registres d'action (GRIMAND A. , 2006). Ni les structures, ni les acteurs ne sont indépendants selon la théorie de la structuration de Giddens (GIDDENS, 2012). Ainsi, l'analyse de l'appropriation de l'outil de déclaration des événements indésirables doit prendre en compte les principes d'organisation (la structure, les systèmes sociaux ou les rapports sociaux), mais également les pratiques d'intégration (la structuration). Il est donc nécessaire de questionner l'outil à travers ces différentes composantes dans son contexte.

## II Description du contexte organisationnel du CHRUX<sup>306</sup>

---

### II.1 Structure générale

Le CHRUX est une organisation de grande taille aux multiples activités ainsi que le montre la carte d'identité de cet établissement ci-après. Premier employeur de sa région avec plus de 11 056 professionnels dont 1 331 médecins, 960 étudiants en médecine, le Centre Hospitalier Régional Universitaire X a accueilli 730 000 malades en 2014. Son budget annuel s'élève à plus de 700 millions d'euros. La zone d'attractivité du CHRUX est régionale : les patients sont originaires des deux départements limitrophes pour 60,09% et de Lorraine pour 99,74%. Le nombre total de lits au CHRUX est de 1931 et 187 places répartis dans différents secteurs d'activité.

Son activité représente plus de 456 000 consultations et 75 425 entrées directes en 2015. En outre, le CHRUX coordonne ou est associé à six centres de référence maladies rares et possède une branche « *recherche biomédicale et innovation* ».

Concernant l'enseignement, 5 564 professionnels ont été formés dans 12 établissements (sage-femme, infirmiers, aides-soignants, cadres de santé...)

---

<sup>305</sup> Cité par Grimand, A. (2006). « *L'appropriation des outils de gestion : vers de nouvelles perspectives théoriques ?* » Université de Saint-Etienne.

<sup>306</sup> Source : « *Chiffres Clés 2014 - Centre Hospitalier Régional Universitaire de X* » Service communication – mai 2015.

**Carte d'identité du CHRUX<sup>307</sup>****« Activité globale :**

\*Consultations : 456 745  
 \*Entrées directes Hospitalisations complètes : 75 425  
 \*Journées : 535 931  
 Venues : 60 635

**Autres activités :**

\*Soins de longue durée : 106 lits  
 \*Soins de suite et réadaptation : 60 lits  
 \*Psychiatrie : 44 lits et 1 place  
 \*Gynécologie-obstétrique : 90 lits et 12 places  
 \*Chirurgie : 569 lits et 23 places  
 \*Médecine : 875 lits, 149 places et 25 postes de dialyse

**Le plateau technique comporte :**

\*Des blocs opératoires (52 salles d'opération)  
 \*Une imagerie médicale (82 échographes, 6 IRM, 5 scanners, 2 PET scan...)  
 \*Des services de dialyse  
 \*Des laboratoires (28 laboratoires...)  
 \*Des actes d'explorations fonctionnelles (105 598 actes), examens de coronarographie (3 307 examens) ...

**La logistique représente :**

\*Restauration : 5950 repas par jour  
 \*Blanchisserie : 13 tonnes de linge traité par jour. »

## II.2 Structure organisationnelle

La structuration du CHRUX s'apparente à la description du modèle de bureaucratie professionnelle décrit par Henri Mintzberg :

*« L'élément clé de la bureaucratie professionnelle est le centre opérationnel. Les professionnels y sont maîtres de leur propre travail en relative indépendance de leur ligne hiérarchique, de leurs collègues en ne restant proches que de leur client. Cette relative indépendance est possible car pour coordonner ses activités, la bureaucratie professionnelle s'appuie sur la standardisation des qualifications et sur le paramètre de conception qui y correspond : la formation et la socialisation. » (MINTZBERG, 1998, p. 440)*

La structure du CHRUX est une structure fonctionnelle. Le modèle de processus de décision oscille entre un modèle organisationnel résultant des itérations entre la Direction Générale et les pôles médicaux et médicaux techniques<sup>308</sup> qui sont au nombre de 17 et un modèle politique s'appuyant sur des négociations, des compromis entre les différents acteurs de l'organisation.

**La coordination** de ces dispositifs est assurée par la normalisation des compétences, une standardisation des qualifications et non des procédés. L'environnement du secteur hospitalier est à la fois complexe et stable. Complexe, car les compétences et les champs d'actions sont vastes et stables, les qualifications se sont étendues à des procédures standardisées de l'organisation. Ces procédures forment aujourd'hui la base même des recommandations professionnelles de bonnes pratiques<sup>309</sup>.

<sup>307</sup> Ibid.

<sup>308</sup> La constitution de pôles clinique et médicotechnique est issue de l'Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, qui incite les établissements publics de santé à regrouper les services existants dans des pôles, selon un découpage laissé à leur initiative. La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires (HPST), notamment son article 13, vient renforcer cette réforme en imposant et en ne reconnaissant que l'organisation en pôles.

<sup>309</sup> Recommandations éditées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour le sanitaire.

**Le sommet stratégique** a comme fonction de faire en sorte que l'organisation remplisse sa mission de façon efficiente et alimente les besoins de ceux qui la contrôlent et qui ont du pouvoir (les tutelles, les administrations). Il correspond à une :

*« structure hiérarchique par fonctions. Il exerce des fonctions de supervision directe : allocation des ressources, contrôle, diffusion de l'information, leadership [...] Il est également chargé de la gestion des frontières de l'organisation et de ses relations avec l'environnement ». (MINTZBERG, 1998, p. 440)*

**La ligne hiérarchique** est composée des directions, médecins, cadres supérieurs de santé, cadres de santé. Elle est le lien entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Chaque membre de la ligne hiérarchique accomplit à son niveau le travail du sommet stratégique. Les strates hiérarchiques sont minces, leurs fonctions sont clarifiées et légitimées par leurs statuts.

L'organigramme<sup>310</sup> est composé d'une Direction Générale et des composantes stratégiques : le Directoire, le Conseil de Surveillance, la Commission Médicale d'Etablissement. L'établissement est décliné en Pôles : pôles de direction et pôles médicaux et médicotechniques.

**Le centre opérationnel** est très développé. Il rassemble les membres de l'organisation dont le travail est lié à la production des services. On retrouve dans cet établissement, les personnels paramédicaux, médicotechniques et de rééducation. Le centre opérationnel est composé de professionnels formés qui disposent d'une grande liberté d'action et d'une autonomie apparentée à de l'expertise. Ainsi, les professionnels disposent d'une ample latitude d'action du fait de la spécificité de leurs métiers et de leurs champs d'intervention : la prise en charge des usagers. Ils sont amenés à faire des diagnostics de situation, à définir des objectifs, à faire des choix stratégiques et tactiques. La structure repose sur la qualification et le savoir-faire des professionnels<sup>311</sup>.

Mintzberg et Glouberman<sup>312</sup> décrivent l'organisation de l'hôpital comme un ensemble de quatre mondes séparés, celui du traitement (cure) assuré par les médecins, des soins (care) assuré par le personnel soignant, le management et les administrations. Ces quatre mondes correspondent à quatre ensembles d'activités, quatre modes d'organisations, quatre mentalités et cultures. Ce mode de fonctionnement est pertinent dans de nombreuses situations, notamment les plus simples et les plus stables, qui impliquent peu de partie prenante et lorsque l'action peut être considérée comme une routine. Nous pouvons prendre pour exemple toutes les interventions « basiques » avec un diagnostic fiable, type appendicectomie, qui nécessite un temps restreint d'intervention et d'hospitalisation.

Ce sont les situations complexes omniprésentes dans un établissement de cette taille qui entraînent un fonctionnement plus aléatoire porteur de risques et source de dysfonctionnement de type événements indésirables car l'organisation comporte de nombreuses activités nécessitant une multitude d'interactions et des gestions transversales.

---

<sup>310</sup> Voir Annexe 15 : Organigramme Général du CHRUX.

<sup>311</sup> BERNOUX P., AMBLARD H., HERREROS G., LYVIAN Y-F., « Les nouvelles approches sociologiques des organisations », s.l., Editions du Seuil, 3e édition revue et augmentée, janvier 2005, p.17.

<sup>312</sup> GLOUBERMAN S., MINTZBERG, H., "Managing the care of health and the cure of disease", 2001, Part 1: "Differentiation, Healthcare Management Review, Winter", p.56-69. Cité dans « réconcilier standardisation et singularité, les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades », MINVIELLE E ; rupture, revue transdisciplinaire en santé, vol. 7 n°1,200, pp 8-22.

### III Organisation de la qualité et gestion des risques au CHRUX

#### III.1 Une structuration commune aux organisations de santé

L'hôpital est une structure complexe (DE KERVASDOUÉ, 2015, pp. 5-10) qui génère des risques très divers. Certains sont liés à des activités cliniques médicales et de soins (risques infectieux, médicamenteux, liés aux techniques...), d'autres ne sont pas spécifiques à l'hôpital (risques techniques, électriques, incendie, équipement...). Pour autant, la démarche de gestion de risques<sup>313</sup> est identique quel que soit le risque considéré, la complexité de la structure hospitalière conjuguée à la fréquence, à la gravité et à la diversité des risques constitue une véritable difficulté pour la structuration d'une démarche de maîtrise des risques. Les obstacles sont nombreux et de différents niveaux :

- \* **Stratégiques** : la multiplication des démarches (qualité accréditation, certifications...) pose des problèmes de lisibilité.
- \* **Structurels** : le cloisonnement des structures de soins constitue un obstacle à la cohérence d'une démarche institutionnelle transversale.
- \* **Méthodologiques** : les structures ne sont pas transposables d'un établissement à l'autre, tant les spécificités et les héritages sont forts ; par ailleurs, les systèmes mis en place en interne reposent souvent sur des méthodologies spécifiques non partagées.
- \* **Culturels** : résistance au changement, crainte de la sanction, nécessité de construire une nouvelle culture de la sécurité constituent également des freins forts.

La structuration de la démarche de gestion des risques constitue néanmoins un véritable projet dans de nombreux établissements en complémentarité et synergie avec les démarches qualité et procédures de certification. Elle se heurte souvent à un haut degré de spécialisation, et devant la multiplicité des éléments intriqués, les questions sont nombreuses et les réponses divergent :

*« Bousculant les équilibres internes d'un établissement, la démarche [de gestion des risques] porte en elle la potentialité d'établir des rapports nouveaux entre les professionnels, basés sur les principes de transparence, d'informations partagées, d'évaluation et de responsabilité, et à terme, d'impact sur les pratiques professionnelles. » (QUARANTA, et al., 2004/03, p. 40)*

#### III.2 La qualité et gestion des risques au CHRUX

Dans les années 2000, l'établissement s'est fortement institutionnalisé dans le domaine de la qualité, notamment sur les notions de gestion des risques par l'application des réglementations en vigueur ainsi que les procédures de certification imposées. L'établissement a promu la gestion des risques comme outil d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité pour les usagers du service de soins et les professionnels hospitaliers. D'une gestion relevant d'une maîtrise sectorielle de certains risques, elle a évolué vers une approche transversale, coordonnée et pluridisciplinaire de la gestion des risques pour permettre de les appréhender de façon globale.

Des réflexions menées en parallèle, sous l'autorité de la Commission Médicale d'Établissement et de la Direction qualité et gestion des risques, ont conduit les instances du CHRUX à se prononcer, au début de l'année 2005, en faveur d'un projet de programme global de gestion des risques. La politique d'identification, de gestion et de prévention des

<sup>313</sup> Identification, analyse, hiérarchisation, élaboration et mise en œuvre de plan d'action, suivi et évaluation.

risques marquait la volonté de s'engager dans un processus formalisé, transversal, coordonné et pluridisciplinaire qui devait reposer sur l'acquisition d'une culture commune de vigilance et de sécurité. Le champ du système de management des risques et des vigilances avait pour ambition de couvrir l'ensemble des activités concourant à la réalisation des soins au sein de l'hôpital, ainsi que l'ensemble des activités de la vie hospitalière (bâtiment, environnement, conditions de travail, etc.). L'affichage institutionnel s'est traduit par la formalisation d'une politique qualité et gestion des risques diffusée le 22 mai 2014. Les politiques précédentes n'ont pas été institutionnalisées.

La politique qualité au CHRUX est érigée selon des principes et des engagements basés sur la prise en compte de la sécurité des usagers et l'implication des personnels. Les trois principes affichés institutionnellement sont<sup>314</sup> :

<b>La qualité est l'affaire de tous</b>	<i>Elle passe par le développement d'une culture qualité et sécurité des soins. Elle est déclinée dans les pôles.</i>
<b>La qualité s'applique à toutes les activités de l'établissement</b>	<i>Gestion des risques associés aux soins et risques techniques et logistiques. Les directions fonctionnelles participent au programme.</i>
<b>La qualité doit être ancrée dans le quotidien</b>	<i>Savoir apprendre de ses erreurs. Se fixer des objectifs simples, réalistes et partagés... Mesurer et acter les résultats.</i>

Les cinq engagements concernant le management de la qualité du CHRUX sont<sup>315</sup> :

- \* *Garantir la sécurité du patient.*
- \* *Etre à l'écoute du patient, de ses droits et de ses attentes.*
- \* *Evaluer ses pratiques.*
- \* *Avoir une réflexion éthique sur la démarche de soins.*
- \* *Adopter une démarche de développement durable.*

### III.2.1 Principe de gouvernance général

La gouvernance<sup>316</sup> est assurée selon un organigramme répondant aux exigences réglementaires et notamment l'organisation interne préconisée par la loi HPST (voir encadré ci-après) :

- \* **Le Directoire**<sup>317</sup> *instance de validation et de suivi de la politique qualité.*
- \* **La CME** (Commission Médicale d'Etablissement) et **la CSIRMT** (Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques) *proposent et pilotent ensemble le programme d'actions qualité et soins.*
- \* **La CDU** (Commission Des Usagers) *évalue dans son rapport annuel l'état d'avancement du programme et formule dans ce cadre des propositions d'actions d'amélioration.*
- \* **Le Conseil de Surveillance**<sup>318</sup> *examine annuellement le bilan de la CME et de la CSIRMT, ainsi que l'avis de la CDU sur la politique qualité et sa mise en œuvre.*

<sup>314</sup> Extrait du PowerPoint de présentation de la Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins du CHRUX adoptée le 22 mai 2011.

<sup>315</sup> Ibid.

<sup>316</sup> Issue de la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST).

<sup>317</sup> « Le directoire est une instance issue de la loi HPST chargée de l'élaboration de la stratégie médicale et de la politique de gestion, très clairement investi du pilotage de l'établissement, tant vis-à-vis des tutelles (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, état des prévisions de recettes et de dépenses...) qu'en interne (politique de contractualisation avec les pôles). Ce pilotage implique de suivre l'application des politiques d'établissement (qualité - sécurité, accueil, gestion...), de fixer des objectifs aux pôles et d'évaluer les résultats de leur mise en œuvre, notamment à travers le suivi des contrats de pôles » (« La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre » - ANAP- p.18).

### III.2.2 L'organisation interne de la qualité au CHRUX

La qualité et gestion des risques est intégrée au pôle Qualité Sécurité du Patient et Santé Publique et pilotée par une Direction qualité.

#### III.2.2.1 Direction de la Qualité et des Usagers (DQU)

La Direction qualité est composée d'un directeur, d'ingénieurs et de cadres supérieurs missionnés à temps plein à la qualité. Elle formalise et suit le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) à l'aide d'un réseau de correspondants qualité que sont, entre autres les médecins et des cadres supérieurs affectés à la direction qualité et les cadres de santé. Ces correspondants sont réunis tous les trimestres. La Direction qualité est divisée en quatre composantes présentées dans l'organigramme ci-dessous.

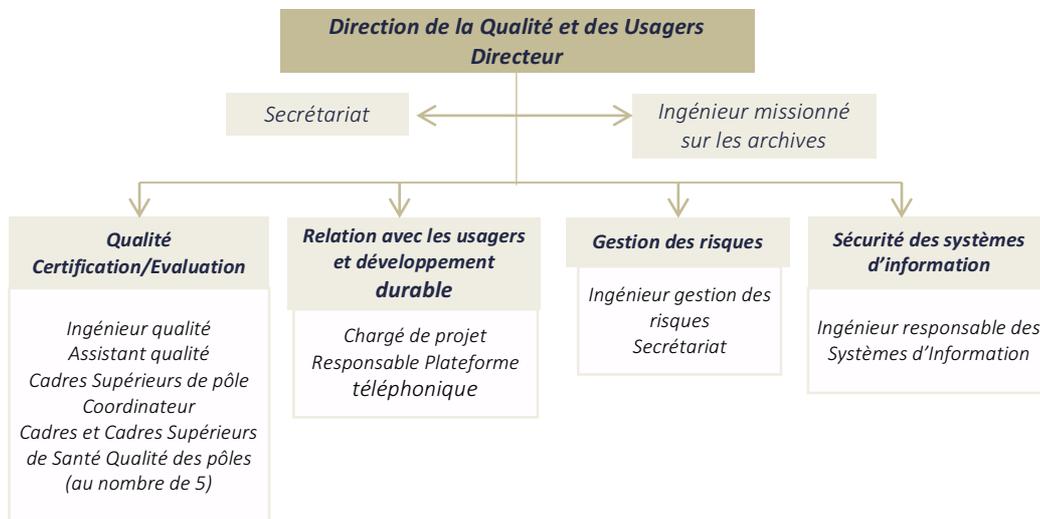


FIGURE 23 : ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION DE LA QUALITE ET DES USAGERS DU CHRUX

Les cadres supérieurs de santé de la Direction qualité, en lien avec les correspondants qualité, sont chargés de sensibiliser et/ou de former les professionnels sur l'intérêt de la notification<sup>319</sup>, l'utilisation de l'outil institutionnel et l'analyse des causes profondes concernant les Evénements Indésirables Graves (EIG)<sup>320</sup>.

<sup>318</sup> « Le conseil de surveillance remplace le conseil d'administration. Ses missions sont recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de l'établissement » (« La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre » - ANAP- p.10).

<sup>319</sup> « Notification » ou « déclaration » ou « signalement » : formalité par laquelle un professionnel de l'établissement tient officiellement l'institution informée de l'occurrence et de la nature d'un incident, accident, presque accident et/ou de tout défaut ou carence dont il a été témoin.

<sup>320</sup> La Haute Autorité de Santé préconise d'utiliser la définition retenue en 2013, lors de l'étude ESPRIT : « Un événement indésirable est un événement ou une circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau » Michel P, Mosnier A, Kret M, Chanière M, Dupie I, Haeringer-Cholet A, Kerié-Gascou M, Larrieu C, Quenon J-L, Villebrun F, Brami J. Etude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (ESPRIT 2013). Bull Epidémiol Hebd.2014;(24-25) :410-16.

### III.2.2.2 Le pôle Qualité Sécurité du Patient et Santé Publique (QSP2)

Ce pôle regroupe<sup>321</sup> :

<b>Un centre de responsabilité « Qualité Gestion des Risques » :</b>	<i>Regroupant le Coordonnateur Qualité et Gestion des Risques ; l'unité en charge de la gestion des risques a priori et celle en charge de la gestion des risques a posteriori ; le Correspondant en Hémovigilance ; l'équipe opérationnelle d'hygiène.</i>
<b>Le Service d'évaluation et d'épidémiologie clinique :</b>	<i>Unité fonctionnelle « évaluation ».</i>
<b>Un centre de responsabilité « information médicale » :</b>	<i>Regroupant le département d'information médicale ; le département dossier patient et l'unité de l'accès dossier.</i>

### III.2.2.3 La gestion globale des risques<sup>322</sup>

La gestion globale des risques est pilotée par un ingénieur qualité gestion des risques. Cette fonction a permis une prise en compte systémique de la gestion des risques. Sa position est à la fois technique et organisationnelle. Avant la nomination de l'ingénieur qualité, un technicien supérieur avait pour mission de travailler uniquement sur les risques professionnels (*a priori*). Désormais, la gestion des risques englobe la gestion *a priori*<sup>323</sup> et *a posteriori*<sup>324</sup> des risques.

**Un coordonnateur général de la gestion des risques associé aux soins** est nommé. Ce coordonnateur, en collaboration avec un médecin, a élaboré l'outil informatique de déclarations d'événements indésirables (GRANIT). Le poste d'ingénieur qualité de la gestion des risques et celui de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ont été créés en août 2012.

**Un coordonnateur des vigilances** a pour mission de centraliser les informations échangées sur chaque notification<sup>325</sup> relative aux vigilances et aux autres risques liés aux soins et d'effectuer la synthèse annuelle des notifications enregistrées dans le domaine des différentes vigilances sanitaires et des risques liés aux soins.

**Une coordination qualité et gestion des risques** rassemble le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), le président de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechnique (CSIRMT), la Direction de la qualité, l'ingénieur qualité, le Coordonnateur des risques associé aux soins, ainsi que tous les pilotes et co-pilotes des sous-commissions de la qualité et gestion des risques.

**Les sous-commissions issues de la CME** traitent des domaines spécifiques de la qualité et gestion des risques (Ex : Commission EPP<sup>326</sup>). Elles sont chargées de travailler dans le champ de la qualité, associent les praticiens et les paramédicaux et sont coordonnées par un binôme praticien / paramédical. Elles sont au nombre de six.

**La COVIRIS** est une de ces commissions qui gère plus particulièrement les risques *a priori* et *a posteriori*, mais également le développement durable, la gestion des déchets, le comité de lutte contre les infections nosocomiales. Elle veille à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité des soins en lien avec les thématiques qui lui sont communiquées.

**Des groupes de travail** découlent de ces sous-commissions.

**Les cadres de santé et les chefs de service** proposent des actions d'amélioration permettant de prévenir une nouvelle survenue de l'évènement analysé. Les actions d'amélioration dépassant le cadre du seul service sont transmises à la cellule d'analyse des évènements indésirables qui les proposera éventuellement à la COVIRIS pour inscription au programme d'actions qualité et soins.

<sup>321</sup> Source : Site Internet du CHRUX.

<sup>322</sup> Voir annexe 16 : Schématisation de l'organisation de la qualité et gestion des risques au CHRUX.

<sup>323</sup> L'approche « *a priori* » ou proactive consiste à identifier et prévenir les risques qui pourraient se produire.

<sup>324</sup> L'approche « *a posteriori* » ou curative consiste à identifier et traiter les risques qui se sont déjà produits.

<sup>325</sup> Nous utiliserons indifféremment les termes de « notification », « signalement » ou « déclaration » qui ont la même signification dans notre propos.

<sup>326</sup> EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles.

## IV DIMENSION FONCTIONNELLE

La dimension fonctionnelle de l'outil a pour objet d'expliciter la phase de conception de l'outil, sa finalité, sa fonction ainsi que son rapport avec la stratégie de l'entreprise (voir tableau ci-dessous) :

Dimension	Etape d'implantation	Acteurs	Déterminants de l'outil de gestion
Dimension fonctionnelle	Conception	Dirigeants	Sa finalité organisationnelle ?
		Concepteurs/dirigeants	Fonction outil ?
		Dirigeants/managers	Son rapport avec la stratégie d'entreprise et la performance attendue ?

TABLEAU 38 : PRINCIPES D'ETUDE DE L'OUTIL DE GESTION (OUTIL DE DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES) - PARTIE DIMENSION FONCTIONNELLE

### IV.1 La finalité organisationnelle de l'outil

#### IV.1.1 Les préceptes sur lesquels se fondent l'outil

##### IV.1.1.1 Un socle réglementaire

La gestion des événements indésirables s'impose réglementairement<sup>327</sup>, différents textes réglementent ce domaine (voir encadrés ci-dessous). L'intégration d'un outil de gestion des événements indésirables répond aux exigences réglementaires dans le cadre de l'organisation étudiée ainsi que pour tous les établissements de santé.

**La loi 2002-303 du 4 mars 2002 :**

« Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical d'une, affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente. » (article L.1413-14 de la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé)<sup>328</sup>

**Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé :**

« **Art. 6111-1.**-Constitue un événement indésirable associé aux soins tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement. La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise.

**Art. 6111-2.**-Le représentant légal de l'établissement de santé, après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics, ou avec la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, arrête l'organisation de la lutte contre les événements

<sup>327</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé transcrite à l'Article L.1413-14 du Code de la Santé Publique qui instaure une obligation de notification des événements indésirables concernant un patient ; Manuel de certification V 2010 de la Haute Autorité de Santé (HAS) : partie 3 - référence 8 : le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins, Critère 8.f : Gestion des événements indésirables - érigé en Pratique exigible Prioritaire - (PEP) ; Article L1142-4 du Code de la Santé Publique.

<sup>328</sup> Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

*indésirables associés aux soins (formation, expertise sur la méthodologie de gestion des risques, programme d'actions, bilan annuel des actions mises en œuvre).*

**Art. 6111-4.**-Le représentant légal de l'établissement de santé désigne, en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins afin de veiller à ce que les missions mentionnées aux 1° à 5° de l'article R. 6111-2 puissent être remplies. »

Les exigences concernant la gestion des risques par la Haute Autorité de Santé (HAS) ont également évolué au fur à mesure des différentes itérations des procédures de certifications ainsi que le montre le descriptif suivant et ont favorisé la mise en place d'outil de gestion des événements indésirables :

<b>ANAES Manuel d'accréditation<sup>329</sup> V1 et V1 bis (1999 à 2005)</b>	<b>HAS Manuel de certification V2 et V2007 (2005 à 2010)</b>	<b>HAS Manuel de certification V2010 (2010 à 2014)</b>	<b>Certification 2014 Manuel de certification V2010 inchangé (Depuis 2014)</b>
<i>Exigences d'organisation</i>	<i>Exigences de résultat</i>	<i>Exigences renforcées pour la gestion des risques</i>	<i>Visite personnalisée en fonction du profil de risques</i>
<i>Une gestion des risques peu globalisée. Des états de synthèse sur la sécurité. La mise en place d'une démarche qualité. Quelques références spécifiques sur la gestion des risques. Gestion des risques ciblée sur les vigilances sanitaires, les risques infectieux, le risque transfusionnel, etc.</i>	<i>Identification et analyse a priori et a posteriori. Recherche de hiérarchisation avant traitement et gestion des crises Plans d'urgence et de gestion des risques exceptionnels Coordination des vigilances dans le cadre du programme global de gestion des risques. Évaluation du développement des pratiques professionnelles. Renforcement de l'évaluation de la qualité du service médical rendu au patient. Gestion des risques faisant l'objet de nombreuses décisions, tant pour sa mise en œuvre que pour l'évaluation de son efficacité.</i>	<i>Pratiques exigibles prioritaires (PEP). Focus sur les secteurs à risques majeurs. Analyse des risques en radiothérapie. Gestion des EI /EIG. Gestion préventive des Risques. Extension des EPP. Obligation de mise en œuvre de RMM. Mise en place de la check-list (chirurgie, endoscopie). Indicateurs de résultat, Indicateurs de pratique. Développement Professionnel Continu (DPC)</i>	<i>Implication des professionnels de terrain. Visite adaptée aux spécificités des établissements. Etude en situation concrète d'un séjour de patient. Observation des interfaces et collaborations interdisciplinaires lors de la prise en charge. Entretiens avec des patients. Compte qualité Deux nouvelles méthodes : Patient traceur ; Audit de processus</i>

TABLEAU 39 : POSITIONNEMENT DES DIFFERENTES PROCEDURES DE CERTIFICATIONS SUR LA GESTION DES RISQUES<sup>330</sup>

#### IV.1.1.2 Un rayonnement large

La notification<sup>331</sup> des événements indésirables concerne l'ensemble des activités du CHRUX. Elle s'applique à tous les incidents ou accidents ainsi qu'à tout événement porteur de risque qui surviennent au sein de l'établissement. Ils concernent les patients et leur entourage, les professionnels de l'établissement, les visiteurs, ainsi que la vie hospitalière. Tout événement indésirable doit faire l'objet d'une information du patient concerné et d'une consignation de l'événement et de l'information qui a été délivrée dans le dossier du patient.

<sup>329</sup> ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé précède l'HAS. Le mot « accréditation » a été remplacé par celui de « certification » en 2004 (Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie)

<sup>330</sup> Source HAS in « Historique de la certification » en ligne] disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_978601/fr/historique-de-la-certification](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978601/fr/historique-de-la-certification) (consulté le 13/05/2016).

<sup>331</sup> Nous utiliserons indifféremment le terme de « notifiant » ou « déclarant » qui représente la personne qui « déclare », « signale » ou « notifie » un événement indésirable.

Ainsi, la notification et la prise en considération des événements indésirables contribuent :

- \* A améliorer de façon continue la qualité des soins et des prestations ;
- \* A assurer la sécurité des patients, des professionnels de santé, des visiteurs et d'une manière plus générale, de toute personne physique ;
- \* A prévenir les réclamations, les plaintes et les contentieux.

### IV.1.2 Un outil de gestion adapté aux objectifs fixés

Les objectifs de la gestion des événements indésirables au CHRUX concernent le circuit de déclaration et d'analyse d'un événement indésirable dans son ensemble : du signalement à la mise en place des actions d'amélioration (voir figure ci-dessous) :

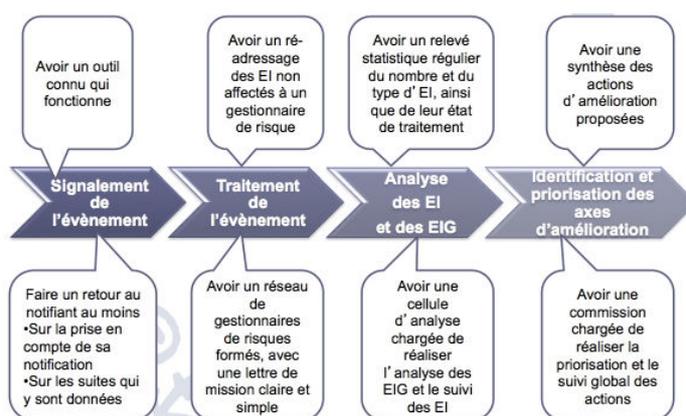


FIGURE 24 : LES OBJECTIFS DE LA GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES<sup>332</sup>

Dans un établissement de la taille du CHRUX, le nombre de déclarations d'événements indésirables est de l'ordre de 5000 déclarations par an<sup>333</sup>.

Un événement indésirable correspond à « un incident, accident ou situation à risque qui a conduit ou aurait pu conduire à une manifestation nocive et non recherchée ou à un résultat non désiré. »<sup>334</sup> Ainsi, l'événement indésirable concerne tout ce qui porte atteinte ou est susceptible de porter atteinte à un patient ou son entourage, à un personnel, à un tiers extérieur :

*« Nul n'est mieux à même d'appréhender ce qui ne va pas dans une organisation, ce qui nuit à la qualité des relations avec les patients et leur entourage, ce qui nuit à la qualité des soins qui leurs sont apportés que le personnel au plus proche du terrain. »<sup>335</sup>*

Dans une démarche de prévention et d'amélioration de la qualité, il est jugé important de signaler les événements indésirables nouveaux, répétitifs, évitables.

### IV.1.3 Vision stratégique de l'outil

Il existe ainsi une vision stratégique dans la mise en œuvre de l'outil de gestion des événements indésirables au CHRUX. Selon une approche critique, l'outil de gestion a un rôle de régulation, de modération voire d'instrumentalisation des rapports sociaux. Il existe donc une dimension politique dans sa mise en œuvre (BOUSSARD & MAUGERI, 2003) car les outils au-delà de leurs artefacts techniques et de leur prédisposition à la neutralité sont

<sup>332</sup> Source : Extrait d'un PowerPoint de formation diffusé lors de la formation des gestionnaires de risque en 2012 au CHRUX.

<sup>333</sup> Source : Tableau de bord des notifications 2013 du CHRUX.

<sup>334</sup> Source : Procédure de gestion des événements indésirables - du CHRUX version 4 modifiée en novembre 2014.

<sup>335</sup> Source : Extrait de la « Charte de l'utilisation du système de notification et de gestion des événements indésirables au CHRUX ».

agissants. Les contraintes que peuvent apporter les outils de gestions réduisent l'arbitraire hiérarchique par une prévisibilité gestionnaire, une circulation large de l'information, un traitement univoque des salariés... « *La technique et ses outils tendent à faire passer pour naturel (Taken for granted) ce qui est en fait le résultat de rapports de force* » (CHIAPELLO & GILBERT, 2013, p. 75). En effet, les outils de gestion sont des dispositifs dans lesquels il existe une interrelation entre les connaissances et le pouvoir. Car si l'outil a pour vocation première le rendement (*surcoût des incidents*), la performance (*évitabilité du risque*), le contrôle des résultats (*amélioration des pratiques*) et donc une part de pouvoir, son usage révèle aussi la production et la diffusion de savoirs.

La manière dont est conçu l'outil est déjà un élément visant sa stratégie d'implantation et de traduction par les acteurs.

## IV.2 Fonction de l'outil

### IV.2.1 La structuration de la déclaration des événements indésirables au CHRUX

Le processus de déclaration des événements indésirable est standardisé. Il est diffusé sur le terrain sous forme de procédure et accessible à chaque personnel du CHRUX. Les étapes de ce processus (voir logigramme de notification des événements indésirable page suivante) concernent la notification, le notifiant et également la phase post-déclaration.

#### IV.2.1.1 La notification

Les notifications d'événements indésirables sont réalisées par l'intermédiaire d'un outil informatique partagé (GRANIT), accessible à chacun sur l'Intranet de l'établissement. L'accès est réalisé soit par un identifiant personnel ou à partir d'une session banalisée, dans ce cas, l'identifiant et le mot de passe du notifiant sont demandés dès l'entrée dans l'application. Une charte d'utilisation est à disposition via l'Intranet de l'établissement. Elle identifie les principes généraux de notification des événements indésirables. La notification des événements indésirables est réalisée principalement via l'outil GRANIT. Cependant, des systèmes parallèles persistent ainsi que nous l'aborderons ultérieurement.

#### IV.2.1.2 Le notifiant

Chaque personnel du CHRUX, quel que soient ses missions ou son grade peut déclarer un événement. Chaque utilisateur/notifiant peut accéder à la liste des notifications qu'il a déjà réalisées :

- \* *Celles qui n'ont pas encore été validées sont accessibles et peuvent être modifiées.*
- \* *Celles qui ont été validées et adressées à un gestionnaire de risque sont accessibles en complément pour apporter une précision complémentaire au gestionnaire de risque.*

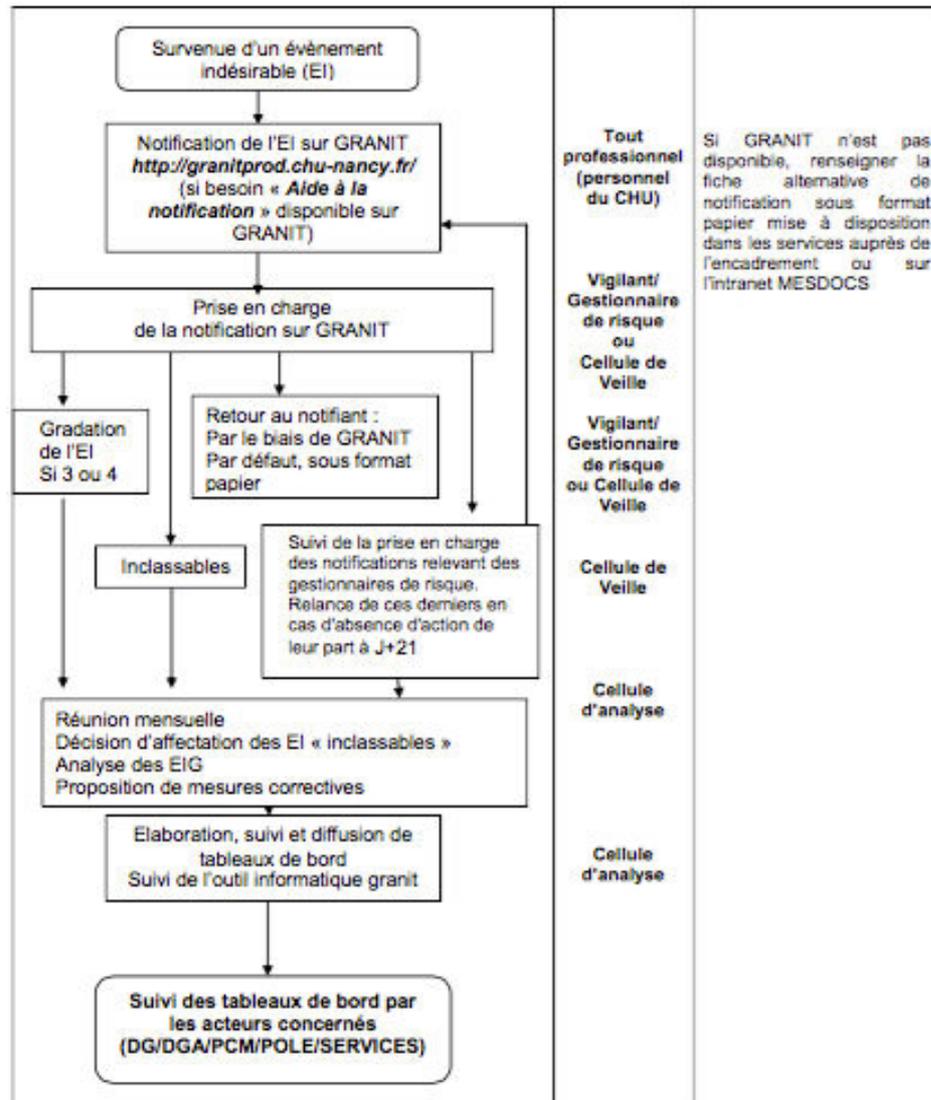


FIGURE 25 : LOGIGRAMME DE NOTIFICATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES<sup>336</sup>

#### IV.2.1.3 La phase post déclaration

La **rétro-information aux notifiants** est réalisée en plusieurs étapes :

**Etape 1 :** Affichage d'un écran « Votre notification est bien partie dans l'outil GRANIT » dès que la notification a bien été envoyée par le notifiant dans l'outil.

**Etape 2 :** Un message sur la boîte mail du notifiant de la décision du gestionnaire de risque (exemple : ouverture d'un dossier / sans suite / réorientation vers un autre gestionnaire).

**Etape 3 :** Retour des conclusions du traitement de la notification par le gestionnaire au notifiant via GRANIT si le notifiant dispose d'une adresse électronique ; Sous format papier si le notifiant ne dispose pas d'adresse électronique.

<sup>336</sup> Source : Extrait de la procédure de gestion des événements indésirables du CHRUX version 4 modifiée en novembre 2014.

**IV.2.2 Modalités d'analyse des déclarations au CHRUX**

**IV.2.2.1 Objectifs et principes de mise en œuvre**

Les objectifs du traitement des événements indésirables et les principes de mise en œuvre sont formulés par la Direction qualité de la façon suivante<sup>337</sup> :

<b>Objectifs</b>	<b>Principes de mise en œuvre</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyser la nature et l'origine des Evénements Indésirables (EI) ;</li> <li>Identifier les actions d'amélioration à mettre en œuvre ;</li> <li>Aider les équipes à résoudre les dysfonctionnements rencontrés dans le quotidien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi du logiciel par la Direction du Système d'Information ;</li> <li>Retour au notifiant du résultat du traitement ;</li> <li>Gestion au jour le jour des EI non attribués ;</li> <li>Constitution d'une cellule d'analyse sous la responsabilité du Coordonnateur Qualité et Gestion des risques et du Coordonnateur des vigilances : traitement des EI non attribués, analyse des EIG et suivi du dispositif puis retour au COVIRIS ;</li> <li>Formations des notifiants et des gestionnaires de risques ;</li> <li>Tableaux de bord des EI pour les pôles et les services.</li> </ul>

Chaque notification donne lieu, en principe, à un retour d'information : prise en charge, conclusion et mesure d'amélioration mise en place. La déclaration est ensuite traitée selon la figure suivante :

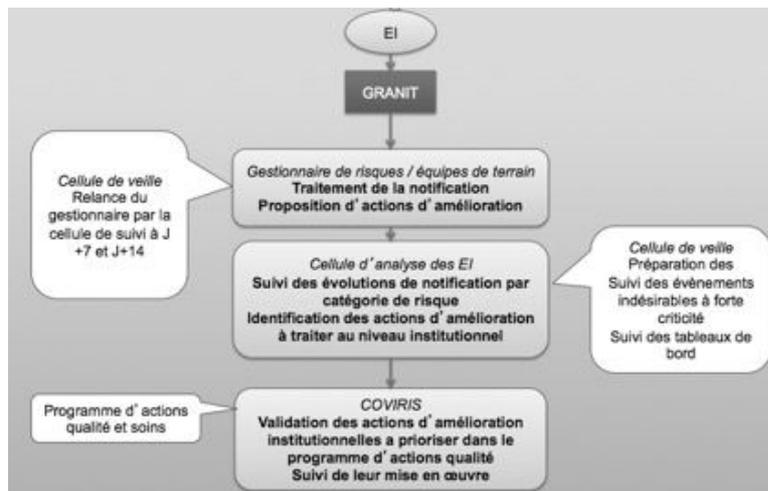


FIGURE 26 : ETAPES DU TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES AU CHRUX<sup>338</sup>

**IV.2.2.2 Les acteurs de l'analyse et du traitement des événements indésirables**

Les déclarations sont traitées en première intention par une liste de gestionnaires de risque qui sont les relais sur le terrain de la gestion des risques.

**IV.2.2.2.1 Les gestionnaires de risque**

Les gestionnaires de risque ont la responsabilité de traiter quotidiennement les notifications qui leur sont adressées via l'outil GRANIT. Leurs missions sont<sup>339</sup> :

- \* Sensibiliser à la notification ;
- \* Répondre aux demandes d'informations ;
- \* Accuser réception des notifications ;

<sup>337</sup> Source : Direction qualité du CHRUX.

<sup>338</sup> Ibid.

<sup>339</sup> Extrait du PowerPoint de formation des gestionnaires de risque en 2012.

- \* Réorienter les notifications si nécessaires ;
- \* Partager certaines notifications si besoin ;
- \* Informer les notifiants des suites ;
- \* Analyser les Evènements Indésirables : causes, conséquences, gravité, évitabilité ;
- \* Participer à la réalisation du bilan dans son domaine de compétence ;
- \* Proposer des mesures correctives ;
- \* Contribuer à obtenir une vision globale et transversale de la gestion des risques.

A chaque risque identifié est associé a minima un gestionnaire de risque titulaire et un suppléant. En cas d'absence de réponse, une Cellule de Veille se saisit de la notification. La désignation de ces gestionnaires de risques est réalisée par le responsable de la structure dans laquelle ils exercent. Un réseau de Gestionnaires de Risque est constitué. Ces derniers participent à travers ce réseau à l'évaluation de l'organisation du traitement des événements indésirables mise en place et à la proposition d'évolution de cette organisation.

Les gestionnaires de risque ont donc pour mission d'analyser ou de relayer les déclarations d'événements indésirables. En 2009, ils étaient au nombre de 100. Les profils de gestionnaires sont très variés. Ces gestionnaires sont ainsi les relais de la démarche institutionnelle au sein des pôles. Ils ont reçu, en 2012, une formation au traitement des événements indésirables déclarés dans le logiciel, mais pas à l'analyse de ces événements.

#### IV.2.2.2 [La Cellule de Veille](#)

Concernant la gestion des événements indésirables, une cellule de veille a été mise en place. Elle se réunit toutes les semaines et est composée d'un médecin, d'un cadre supérieur de santé détaché à la qualité, d'un cadre de santé et d'un membre de la Direction qualité. Cette cellule traite les déclarations d'événements indésirables en amont du traitement par les gestionnaires de risques.

Cette approche permet de « ventiler » le traitement des risques aux différents gestionnaires de risque puisque plusieurs gestionnaires peuvent être concernés par le même événement indésirable (exemple : problème de chute lié à la défaillance d'un matériel, les domaines paramédicaux, logistiques, matériovigilance pourront chacun être concernés par cet événement). Il est important, dans ces situations, qu'il puisse y avoir une cellule permettant de coordonner le traitement des événements indésirables. Ainsi, la première mission de la cellule de veille est d'orienter les événements indésirables qui ont été notifiés par les professionnels, la deuxième mission est de suivre l'état des notifications (nombre de déclarations traitées, besoins en formation...).

#### IV.2.2.3 [La Cellule de Crise](#)

En fonction de la gravité et de la récurrence de l'événement déclaré, une cellule de crise est déclenchée. Cette cellule est composée du Directeur de la qualité, du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et du coordonnateur général des soins.

#### IV.2.2.4 [La Cellule d'Analyse](#)

Pour les risques courants, une cellule d'analyse des événements indésirables se réunit mensuellement. Cette cellule est pilotée par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, son adjoint, l'ingénieur gestion des risques et son assistante, le Directeur qualité, certains gestionnaires de risques (sécurité, pharmacie, direction des soins) et un personnel du système d'information. Cette cellule traite des événements identifiés en cellule de veille. Des experts sont invités selon les domaines traités. Des analyses des causes ont été mises en place pour le traitement des événements indésirables graves (criticité élevée, événements récurrents).

**IV.2.2.2.5 La COVIRIS**

La COVIRIS est une instance permettant de faire remonter des problématiques nécessitant un traitement institutionnel (voir figure ci-après) qui se réunit trimestriellement. Tous les comités de retour d'expérience (CREX) sont présentés en COVIRIS. Ses missions concernant la gestion des événements indésirables sont :

- \* Organisation, structuration de la gestion des événements indésirables ;
- \* Évolution de l'outil GRANIT ;
- \* Formation des gestionnaires de risque et des notifiants ;
- \* Formation à la méthode d'analyse des causes profondes : ALARM ;
- \* Mise en œuvre des tableaux de bord des EI.

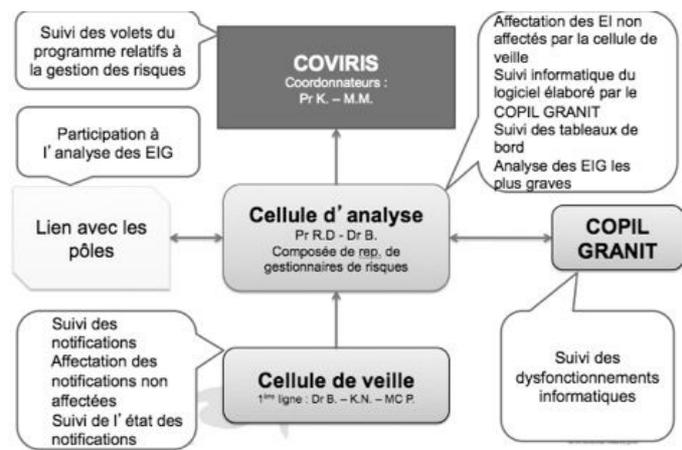


FIGURE 27 : STRUCTURATION DE LA GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES <sup>340</sup>

**IV.2.2.3 Le reporting du traitement des événements indésirables**

Des tableaux de bord de suivi des événements indésirables sont formalisés par secteur d'activités. L'objectif de ces tableaux de bord est de disposer d'un suivi régulier des événements indésirables recensés pour avoir une visibilité sur le type de risques identifiés dans l'établissement et pour donner aux équipes une lisibilité sur les risques identifiés dans leurs secteurs. Les tableaux de bords sont formalisés selon certaines périodicités décrites dans le tableau ci-dessous :

Mensuellement	Trimestriellement	Annuellement
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Données globales par risque</li> <li>. Direction Générale, CME, Direction des soins, équipes de pôle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Données de chaque pôle</li> <li>. Equipes de pôle : chef de pôle, Cadre supérieur de pôle, assistant de gestion, directeur référent, correspondants qualité du pôle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Données par service</li> <li>. Equipe de pôle</li> <li>. Equipe de service : chef de service, cadre de santé</li> </ul>

TABLEAU 40 : INSTITUTIONNALISATION DU SUIVI DU TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Or, malgré la formalisation du traitement des événements indésirables, 53 32% des personnes interrogées<sup>341</sup> disent ne pas être informées du traitement et donc du suivi de leur déclaration.

<sup>340</sup> Source : Extrait du PowerPoint de présentation de la Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins du CHRUX présenté en CME le 27 juin 2013.

<sup>341</sup> Il s'agit des personnes interrogées par questionnaire (soit 421 personnes).

## V Le rapport de l'outil avec la stratégie d'entreprise

Le rapport de l'outil avec la stratégie d'entreprise est complexe. En effet, la mise en œuvre de l'outil a été réalisée dans un contexte organisationnel difficile. La perception de la notion même de qualité est plutôt hétérogène. La culture qualité dans l'organisation étudiée est encore embryonnaire. D'autre part, la complexité de structuration institutionnelle de la gestion des événements indésirables n'est pas un terrain favorable à une implantation et à une appropriation aisée de l'outil.

### V.1 Perception de la qualité et culture qualité au CHRUX

#### V.1.1 Perception hétérogène de la qualité

La démarche qualité est acquise pour les professionnels d'encadrement, mais elle est moins appropriée par le terrain selon les propos du Directeur qualité et cela malgré les efforts de communication et de pédagogie réalisés. La taille de l'établissement est sans doute un facteur contributif. En effet, l'ingénieur qualité interrogé nous explique que : « le discours est souvent disparate selon les acteurs de terrain, ce qui ne facilite pas le développement d'une réelle culture qualité. ».

##### V.1.1.1 Perception exprimée par les cadres supérieurs de santé lors des entretiens

En outre, la perception concernant la notion de qualité par les cadres supérieurs interrogés<sup>342</sup> est plus complexe ainsi que nous le montre la figure ci-dessous :

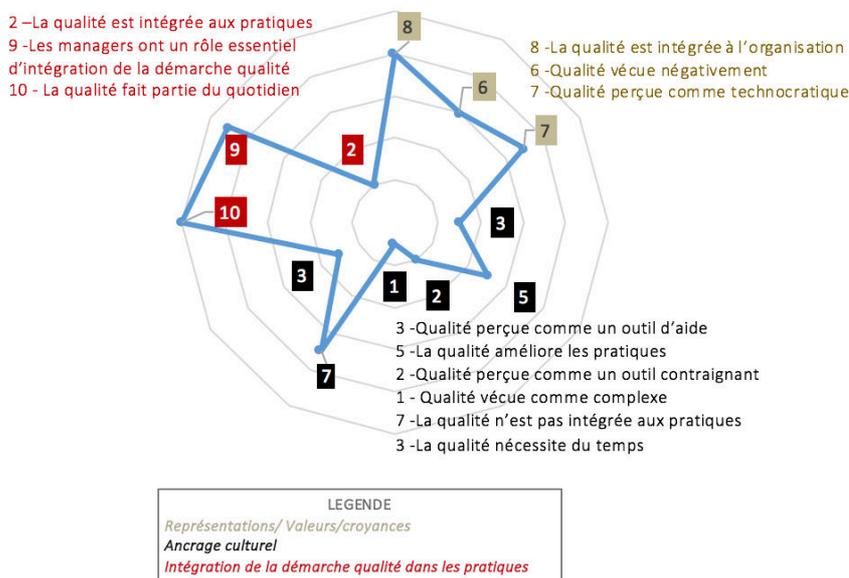


FIGURE 28 : CATEGORISATION DES ENTRETIENS SUR LA DIMENSION « QUALITE A L'HOPITAL »

En effet, la majorité des cadres supérieurs interrogés perçoit la qualité comme une ingénierie réglementaire, technocratique non adaptée à l'organisation. La qualité est connue, les méthodologies et démarches sont diffusées et font partie intégrante du quotidien de travail, pour autant, la perception de son intégration dans les pratiques de travail est encore parcellaire (items en rouge sur le schéma). Les représentations, les

<sup>342</sup> Voir annexe 9 : codification et statistiques des entretiens.

croyances véhiculées autour de la notion de qualité sont, en effet négatives (items en brun sur le schéma précédent). La qualité est perçue comme technocratique éloignée des préoccupations réelles de terrain. La valse réglementaire concernant les procédures de certification a également démultiplié les méthodologies outils qualité. Il en ressort un sentiment de devoir perpétuellement remettre en cause ce qui était acquis auparavant.

Certains verbatim extraits des entretiens<sup>343</sup> menés illustrent ces propos :

Extrait entretien N°3 :

« J'ai l'impression que la qualité a été structurée par le haut, par les réglementations et non pas par le bas, par le terrain alors que c'est cela qui me semble essentiel. Il est important d'expliquer et d'accompagner la démarche qualité à la base, auprès des agents qui travaillent. Il faut commencer par leur expliquer ce qu'est un processus qualité avant de leur imposer des outils et des méthodes. Si les gens comprennent ils adhèrent beaucoup mieux.

Ce que je reproche pour l'instant, c'est qu'on nous impose la qualité par le haut. Bien entendu c'est une histoire de culture, mais cela se construit au quotidien et avec le terrain. Nous avons pu faire avancer les choses grâce à cela. Pourtant, nous avons beaucoup de procédures ou de protocoles, mais du coup les choses sont écrites, calés, expliquées et cela permet aussi de sécuriser les personnels. »

Extrait entretien N°4 :

« Ce n'est pas une réglementation plaquée sur un système qui permettra de faire avancer les choses. Si la qualité est dévoyée juste pour cela, cela n'intéresse personne. Un exemple de protocoles aberrants : nous avons eu droit à un protocole pour le lavage de mains. Ce protocole a été réalisé par des personnels non concernés par le terrain. La mise en forme de ce protocole était inapplicable. Imposer un protocole est la meilleure façon de ne pas faire adhérer les gens, c'est la meilleure façon de les démotiver. Le discours est important.

Cela a eu des effets délétères, car cela a empêché la mise en place d'une culture qualité à ce moment-là. Il existait une dimension non réaliste de la qualité mais également une dimension punitive de la qualité. Pourtant il y a une mine dormante dans l'organisation, ce sont ces personnes qui travaillent dans l'ombre qui font la richesse de l'établissement. »

### V.1.1.2 Perception par les professionnels de santé interrogés par questionnaire

Les cadres et autres professionnels de terrains interrogés par voie de questionnaire expriment de façon plus précise une perception mitigée, à la fois positive et négative de la qualité.

### V.1.1.3 Vision positive de la qualité

De façon générale et en majorité, les répondants estiment que la qualité est aujourd'hui indissociable des pratiques de santé (90,4% des répondants), qu'elle est un outil d'amélioration des pratiques (89,5%) et un vecteur de progrès de l'organisation (90,2%) (voir figure ci-dessous) :

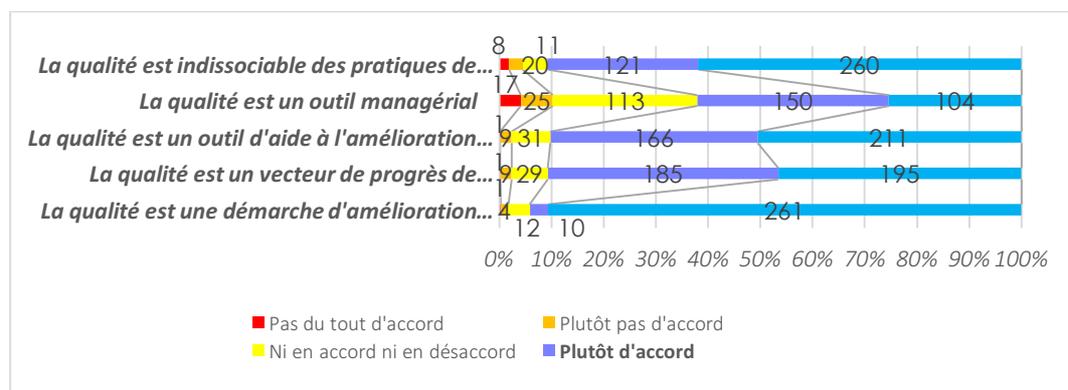


FIGURE 29 : PERCEPTIONS POSITIVES DE LA QUALITE

<sup>343</sup> En complément, voir annexe 17 : Verbatim : extrait des entretiens réalisés au CHRUX.

La qualité s'inscrit dans le quotidien de travail majoritairement par le concours de formations ou d'informations ou encore en participant à des groupes de travail et en utilisant des outils qualité (voir figure ci-dessous) :

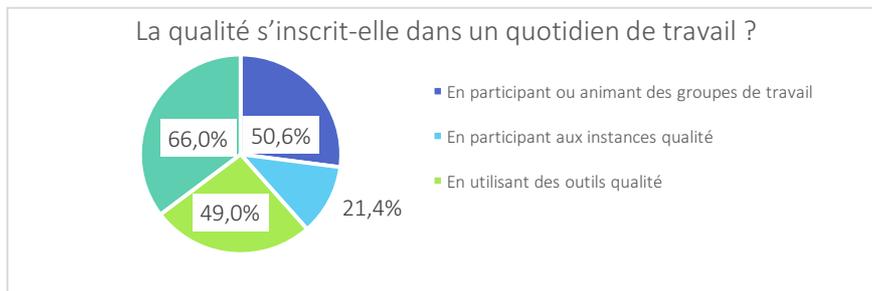


FIGURE 30 : INSCRIPTION DE LA QUALITE DANS LE QUOTIDIEN

Pour autant, les réponses concernant l'information et la communication institutionnelle sur la démarche qualité, les outils et méthodologies ou encore l'état d'avancement des procédures de certification, sont mitigées. Car si les formations ou informations contribuent à inscrire la qualité dans un quotidien de travail, un tiers des répondants estime que ces communications sont insuffisantes. Pour un tiers la communication institutionnelle est insuffisante (33% des répondants), il n'existe pas suffisamment d'informations sur les démarches qualité en cours ou sur la qualité en général (27,7%).

#### V.1.1.4 Vision négative de la qualité

Si la qualité fait partie du quotidien de travail, elle est encore perçue par plus d'un tiers des répondants (37,5%) comme une surcharge de travail. Pour autant, 88,8% des personnes interrogées s'opposent à l'idée que la qualité est un frein organisationnel (voir verbatim ci-dessous extrait des entretiens menés auprès des cadres supérieurs).

Extrait entretien N°3 :

« La démarche qualité nous permet d'avoir une vision systémique. Je pense que la taille de l'établissement n'a pas forcément un impact. Finalement un pôle est une représentation réduite d'une grande organisation. »

#### V.1.2 Culture qualité embryonnaire

Les méthodologies et les exigences des procédures de certifications ont fortement évoluées depuis 2000, sans pour autant prendre en compte le niveau de maturité des établissements de santé<sup>344</sup>. « Les exigences réglementaires et méthodologiques ont été imposées à des établissements tels que le CHRUX alors que son niveau d'appropriation de la qualité n'était pas suffisamment développé » nous rapporte l'ingénieur qualité interrogé. De fait, l'établissement a été certifié avec sursis<sup>345</sup> en septembre 2012, les experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) ont fait état « d'une culture qualité peu développée au CHRUX »<sup>346</sup> :

« La visite des experts visiteurs de la HAS en septembre 2012 n'a pas permis de mettre en évidence la pérennité de la structuration de la démarche qualité telle que décrite dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins du fait du caractère alors trop récent de cette dernière. »<sup>347</sup>

<sup>344</sup> Voir étude exploratoire traitée précédemment.

<sup>345</sup> L'établissement n'est pas certifié (d'où la dénomination « décision de surseoir »). Il ne le sera que s'il démontre au cours d'une visite de suivi réalisée de 3 à 12 mois après la visite initiale qu'il a significativement amélioré les points de dysfonctionnement constatés (source : HAS).

<sup>346</sup> Source : Rapport de certification V2010 du CHRUX - juin 2013.

<sup>347</sup> Source : Direction Qualité - Extrait de la fiche de suivi de la procédure de certification du CHRUX, p.1.

En outre, une réserve<sup>348</sup> a été émise sur le critère 8.f du manuel de certification HAS : « gestion des événements indésirables »<sup>349</sup>. Des points critiques ont été soulevés tels que le manque de coordination et d'uniformisation de la gestion des risques, une analyse des événements indésirables et un suivi des actions mises en œuvre à améliorer :

- \* « Le système de déclaration des événements indésirables défini au niveau institutionnel n'est pas unique et ne permet pas de vision coordonnée et globale des événements indésirables ;
- \* La formation des professionnels à la notification des événements indésirables est trop ancienne et pas assez importante car elle ne porte que sur les nouveaux arrivants ;
- \* Insuffisance de déploiement de la méthode d'analyse des causes profondes choisie au niveau de l'établissement dans le traitement quotidien des événements indésirables graves et/ou récurrents ;
- \* Insuffisance de concertation dans la mise en œuvre des actions correctives identifiées suite à l'analyse des événements indésirables ;
- \* Le rapport souligne le caractère trop récent de la réorganisation du traitement des événements indésirables qui doit permettre le retour des gestionnaires de risques aux instances sur les actions correctives proposées et mises en œuvre, mais dont la preuve n'a pu être apportée pendant la visite ;
- \* Absence de dispositif global de suivi de l'efficacité des mesures correctrices au niveau de l'établissement au moment de la visite. »<sup>350</sup>

L'établissement fait lui-même part « d'une culture individuelle »<sup>351</sup> qui ne permet pas une vision collaborative et transversale de la démarche qualité et gestion des risques. Ces éléments ont largement contribué à l'évolution de l'outil ainsi que nous le traiterons.

Les cadres supérieurs interrogés sur la notion d'ancrage culturel de la font état d'une qualité non intégrée culturellement. Ils estiment en effet que trop souvent, les démarches qualité ne tiennent pas compte de l'organisation et du contexte réel. Ces propos sont illustrés dans les verbatim ci-dessous <sup>352</sup>:

### Non prise en compte de l'organisation

Extrait entretien N°11 :

« Ce qui est délétaire c'est qu'il n'y a pas de retour sur investissement. Par exemple suite à la dernière visite de certification il y a eu des constats et donc des améliorations à mettre en place. Chacun travaillait de son côté et l'on apprend par la suite que le service hygiène a décidé de mettre en place des protocoles sans que nous soyons avertis sur le terrain de la mise en place de ces procédures ! C'est un des nombreux exemples ! On a perdu tout bon sens ! Nous avons appris que ces protocoles existaient par un infirmier qui par hasard a trouvé le protocole dans MEDOC [logiciel de gestion documentaire] !!! »

Pour autant, la perception de la nécessité réglementaire de mise en œuvre et de l'apport positif de la qualité est nettement exprimée par les cadres interrogés (pour près de 40% des personnes interrogées) :

### L'obligation réglementaire de la mise en œuvre de la qualité peut être positive

Extrait entretien N°1 :

« Il y a eu toute une campagne législative peut-être qu'il a fallu attendre que ça vienne du dessus pour que cela soit diffusé, même si chacun avait une notion individuelle de la qualité. Maintenant c'est plus cadré chacun doit aller dans le même sens. C'est l'accompagnement de la qualité qui important, de prendre les outils de la qualité comme des guides, mais de les adapter au cas par cas. On ne peut pas généraliser la qualité n'est pas un calque. On doit adapter un contexte, un événement ou une ressource en place »

Extrait entretien N°2 :

« Je ne suis pas sûr que la démarche qualité perdurerait dans le temps si on n'était pas forcé légalement de la mettre en place. L'obligation réglementaire un côté positif puisque qu'elle nous oblige à travailler mieux. »

<sup>348</sup> Lorsqu'une réserve est émise par la HAS, 3 à 12 mois sont laissés à l'établissement pour produire un rapport de suivi sur les sujets concernés et apporter la preuve qu'il s'est amélioré sur ces points.

<sup>349</sup> Source : Manuel de Certification des Etablissements de Santé V2010 - HAS, Edition de janvier 2014, p.40.

<sup>350</sup> Source Direction Qualité : Extrait de la fiche de suivi de la procédure de certification du CHRUX Critère 8.f : Gestion des événements indésirables p.10.

<sup>351</sup> Source : PowerPoint de présentation à l'Assemblée Générale des cadres « préparation de la visite de suivi » du 22 mai 2014.

<sup>352</sup> En complément, voir annexe 17 : Verbatim : extrait des entretiens réalisés au CHRUX.

## V.2 Perception positive de la qualité par les managers

L'utilisation de l'outil de gestion pour les managers interrogés est positive. Cette catégorie professionnelle a répondu à des questions spécifiques qui n'ont pas été posées au reste de l'échantillon. En effet, il s'agissait de recueillir l'avis des personnels encadrants en charge du déploiement de la démarche qualité dans cet établissement<sup>353</sup>.

### V.2.1 Outil perçu comme un levier d'intégration de la démarche qualité

Pour les managers, la mise en œuvre d'un outil de gestion des événements indésirables est un levier d'intégration de la démarche qualité sur le terrain pour 52,2% des personnes interrogées. Il facilite (pour 40,1% des répondants), les échanges autour de la notion de qualité. Cependant, si l'outil de déclaration est perçu majoritairement<sup>354</sup> (44,6% des répondants) comme une aide au traitement des problématiques en lien avec la qualité et la gestion des risques, la majorité des managers interrogés (43%) ne pense pas que l'outil est un levier de motivation des équipes (voir figure ci-dessous) :

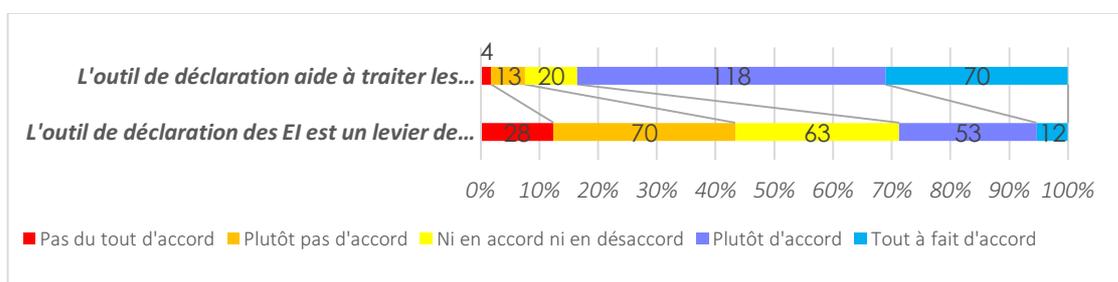


FIGURE 31 : PERCEPTIONS MANAGÉRIALES DE L'OUTIL (N°2)

Il est vrai que pour 43,4% des personnes interrogées, l'utilisation de l'outil est considérée comme une charge de travail supplémentaire même si 72% de ces personnes ne pensent pas que l'outil « ne sert à rien ».

### V.2.2 Impacts managériaux de l'utilisation de l'outil<sup>355</sup>

#### V.2.2.1 L'outil envisagé comme soutien managérial

De façon globale à 67,7%, les managers estiment que l'outil de déclaration des événements indésirables est un outil d'aide managérial (voir figure ci-après). En effet, 84% d'entre eux pensent que l'utilisation de cet outil permet de communiquer sur la qualité et la gestion des risques ; 58,8% pensent que son utilisation permet d'argumenter des demandes de ressources supplémentaires. De façon moins marquée (44,2% des répondants) l'outil est un moyen pour les managers de contrôler les pratiques. Il n'est cependant pas un moyen de déléguer certaines tâches (42,9%).

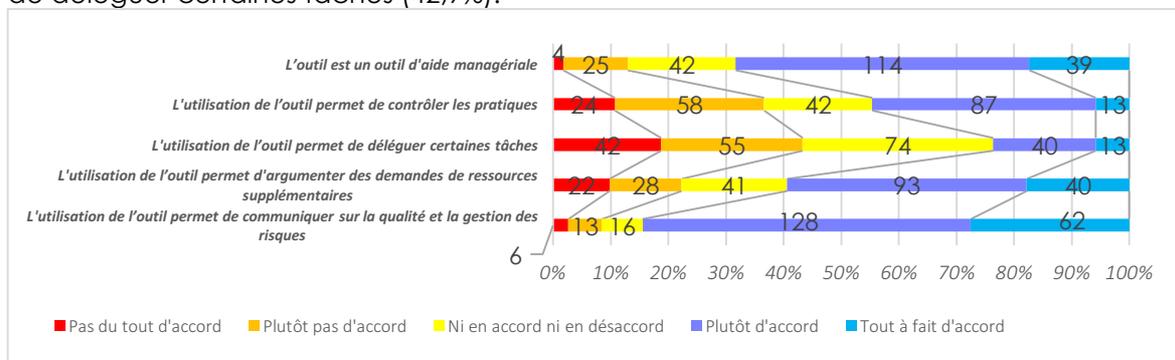


FIGURE 32 : IMPACTS MANAGÉRIAUX DE L'UTILISATION DE L'OUTIL

<sup>353</sup> Soit 226 cadres (53,68 % des répondants).

<sup>354</sup> Question posée à l'ensemble de l'échantillon cadres compris soit 421 personnes.

<sup>355</sup> Questions soumises uniquement aux managers, soit 226 cadres c'est-à-dire 53,68% de l'échantillon global.

### V.2.2.2 L'outil envisagé comme aide à l'amélioration des pratiques des professionnels

L'intérêt de l'outil pour la fonction managériale est confirmé par les réponses suivantes : 77% des managers estiment que l'outil est un moyen d'accompagner les agents dans l'amélioration de leurs pratiques et le développement de leurs compétences. Il permet également pour 56% des répondants de décloisonner les pratiques entre les différentes fonctions de l'équipe où les différents services. Pour un tiers seulement des managers interrogés (33,6% contre 42%) l'évaluation annuelle des agents est alimentée par l'observation de l'utilisation de l'outil.

## V.3 Une organisation de la qualité et gestion des risques perçue comme complexe

La perception de la notion de qualité par les professionnels est mitigée, les préceptes qualité sont intégrés, cependant l'intégration réelle dans les pratiques professionnelles et managériales est encore entravée par ajustements mutuels qui ne sont pas toujours en corrélation avec les besoins des utilisateurs.

La lourdeur de du système de gestion des risques au CHRUX notamment interfère sur la pertinence du suivi et de la communication descendante et ascendante des informations. Le positionnement stratégique de l'établissement est constitué de délégations autour des responsabilités concernant le domaine de la qualité et de la gestion des risques. En outre, la taille de l'établissement et la multiplicité des domaines investigués confortent ce sentiment. Les interfaces entre les différentes sous-commissions traitant de la gestion des risques sont peu développées, la coordination est complexe.

Pour autant, la réflexion de l'organisation a évolué, elle est centrée sur une approche processus permettant une vision systémique et complète des risques reliée aux types d'activités. La Haute Autorité de Santé préconise cette approche pour la certification V2014, mais cela nécessite un niveau de maturité de l'établissement et l'intégration d'une culture qualité à tous les niveaux de l'organisation.

## V.4 La dualité du structurel

La question de la structure corrélée, selon les théories fonctionnalistes prend un certain sens au regard de la taille de l'organisation étudiée. La contrainte symbolisée par les règles et principes d'organisation que Giddens nomme « *le structurel* » sont d'autant plus prégnants que la configuration organisationnelle du CHRUX de type bureaucratie professionnelle s'appuie sur un centre opérationnel marqué et dont la coordination doit reposer sur une parfaite standardisation des compétences. Or, « *La structure est à la fois le moyen et le résultat de la conduite qu'elle organise récursivement.* » (ROJOT, 1998, p. 53) ce qui implique une participation des acteurs à la construction de la structure. Les activités sont sans cessent recréées par les acteurs.

La « *dualité du structurel* » au sens de Giddens réfute la notion d'un dualisme qui donnerait la primauté tantôt aux utilisateurs et tantôt à l'organisation. Il existe effectivement au CHRUX un caractère à la fois contraignant et habilitant de la structure (GIDDENS, 2012, p. 228). Ce point de vue nous conforte dans l'idée d'une étude contextualisée de l'outil et non pas uniquement dans une étude spécifique de l'usage de l'outil. Effectivement, l'enquête menée auprès des professionnels sur la perception de la notion de qualité et l'étude de la structuration institutionnelle de la qualité et de la gestion des risques nous apportent un éclairage plus dense sur le processus d'adoption de l'outil.

## **VI DIMENSION STRUCTURELLE**

La dimension structurelle de l'outil a pour objet d'explicitier l'outil dans son usage (voir tableau ci-dessous). L'objet de cet angle de vue est d'analyser l'outil tel qu'il a été conçu par les concepteurs et les dirigeants et tel qu'il est vécu par les utilisateurs.

Dimension	Etape d'implantation	Acteurs	Déterminants de l'outil de gestion
<b>Dimension structurelle</b>	<b>Usage</b>	Concepteurs	Qu'est l'outil ? Son histoire ?
		Concepteurs/dirigeants	Comment est-il structuré, localisé ?
		Acteurs	Quelle est sa part de matérialité ?
		Acteurs	Utilisateurs ? A quoi ou à qui s'applique-t-il (à des personnes, des ressources, des actions, des résultats ...) ?

TABLEAU 41 : PRINCIPES D'ETUDE DE L'OUTIL DE GESTION (OUTIL DE DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES) - PARTIE DIMENSION STRUCTURELLE

### VI.1 Histoire de l'outil

#### VI.1.1 Eléments précurseurs : les discours normatifs externes

##### VI.1.1.1 Les réglementations et recommandations

La gestion des risques à l'hôpital est une nécessité ainsi que le stipule GOGUEY (2001) :

*« Hôpital lieu de soulagement des maux voire de guérison des affections mais aussi hôpital lieu de tous les dangers où des patients encourent trop souvent des risques au-delà de ceux qui sont tolérables, c'est à dire au-delà de ceux générés par l'évolution de leur propre maladie ou par les soins appropriés de celle-ci. PRIMUM NON NOCERE est la règle humaniste fondamentale qui devrait guider chacun des acteurs d'un établissement de santé quel qu'il soit (directeur, administratif, médecin, soignant, etc....). »*

Les recommandations en matière de sécurité et de gestion des risques intègrent une vision organisationnelle, culturelle et opérationnelle. Ainsi la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) préconisait en mars 2004 (DHOS, 2004, p. 5) une triple approche :

**« Organisationnelle :**

- . Structure de gestion des risques et gestionnaires de risque formés.
- . Management par objectifs : bilan, plan d'action.
- . Apprentissage organisationnel.

**Culturelle :**

- . Culture non punitive.
- . Approche systémique.
- . Leadership : projet d'établissement, Contrat Pluriannuel d'objectif et de Moyen (CPOM).
- . Signalement des événements indésirables et retour d'information aux notifiants.

**Opérationnelle :**

- . Système d'information (sources de risque, conduite à tenir).
- . Méthodes (a posteriori, a priori).
- . Interface, synergie qualité, vigilance ...»

Cette recommandation était d'ailleurs l'élément introductif du cahier des charges concernant l'appel d'offre faite par le CHRUX pour acquérir un outil informatisé de gestion des événements indésirables.

### VI.1.1.2 Les résultats d'études nationales

D'autre part, des résultats d'enquêtes nationales ont également contribué à développer des outils de gestion des événements indésirables. Ainsi, une enquête nationale ENEIS<sup>356</sup> (2009) a fait état d'un nombre très important d'Événements Indésirables Graves (EIG) déclarés par an : 275 000 à 395 000, soit 6,2 EIG pour 1000 jours d'hospitalisation (9,2 en chirurgie, 4,7 en médecine). Il en résulte un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits, un tiers d'entre eux étant considéré comme évitable.

### VI.1.1.3 Les procédures de certification

Outre, la réglementation concernant la gestion des risques<sup>357</sup>, les procédures de certifications ont, de fait, contribué à la mise en œuvre d'un système de déclaration informatique des événements indésirables au CHRUX. Ainsi, la Haute Autorité de Santé stipule que :

*« en établissement de santé, il est recommandé au professionnel de santé de signaler tout événement indésirable à l'instance de gestion des risques, ou cellule équivalente chargée de la qualité et de la sécurité des soins. Cette instance transmet le cas échéant la déclaration à l'autorité compétente et organise les actions d'amélioration au sein de l'établissement de santé. Restent à définir les règles d'anonymisation et de confidentialité, en fonction de la gravité des conséquences sur le patient ; elles sont garanties par exemple dans le dispositif d'accréditation ». (HAS, 2011)*

En outre, le rapport de certification qui faisait suite à la visite de certification de novembre et décembre 2004 mettait en évidence des insuffisances au CHRUX par rapport à la gestion des événements indésirables, en particulier au travers de deux réserves :

- \* « Structurer la biovigilance et la réactovigilance, mettre en œuvre la coordination des vigilances en assurant l'information et la formation des professionnels et évaluer leur fonctionnement ;
- \* « Mettre en place et évaluer une politique qualité avec en particulier un programme de gestion de la qualité, un programme de prévention des risques et une gestion documentaire »<sup>358</sup>.

En effet, les experts visiteurs ont constaté que « la connaissance des procédures de gestion des risques est hétérogène et le plus souvent partielle »<sup>359</sup>. Le constat était alors fait d'un fonctionnement peu organisé de la gestion des risques et d'un mode de recueil des événements indésirables encore souvent manuel, et non coordonné. Le recueil des événements indésirables était limité aux différentes législations en vigueur (par exemple concernant les accidents du travail, la sécurité incendie etc. ...) sans lien entre eux, ce qui ne permettait pas une gestion et une analyse globale des risques.

<sup>356</sup> ENEIS2 : Seconde Enquête nationale sur les Événements Indésirables associés aux Soins publiée le 18 juin 2010 (destinée à évaluer l'importance des événements indésirables graves rencontrés dans les établissements de santé.) <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies,6507.html> consulté le 14 juillet 2015.

<sup>357</sup> Décrets relatifs aux CME des Etablissements de Santé publics et privés (2010) ; Décret relatif à la lutte contre les Événements Indésirables (EI) associés aux soins (2010) ; Circulaire d'application (2011) ; Arrêté relatif au système de management de la prise en charge médicamenteuse (2011).

<sup>358</sup> Source : Extrait du deuxième rapport de certification HAS du CHRUX p.127.

<sup>359</sup> Source : Ibid. p. 128.

## VI.1.2 Eléments précurseurs : le contexte interne

En 2005, l'outil informatique de déclaration (GRANIT) n'était pas encore mis en œuvre. Une version papier existait, mais elle était limitée au secteur enfant. Le dispositif de gestion des événements indésirables était donc peu développé et non pertinent. Il existait d'après l'ingénieur qualité interrogé, une réelle sous-notification des événements indésirables : « les causes de cette sous-notification relevaient de la complexité des systèmes, des doutes sur l'utilité, mais aussi de la peur d'être impliqué ou puni ou encore de provoquer un litige ».

Bien que la gestion des risques et des vigilances présentait des points communs (recueil, analyse, traitement, mesures correctives, suivi, information, ...), elle reposait sur une hétérogénéité des procédures (modalités de notification, documents à renseigner, aspects réglementaires, structures de traitement, ...) et le plus souvent sur une expertise mono-compétente.

De nombreuses raisons ont incité les instances du CHRUX à prendre la décision de mettre en place un dispositif informatisé de gestion des événements indésirables :

- \* **Simplification** de la notification par les professionnels, le travail des gestionnaires de risque/vigilants et l'analyse des données ;
- \* **Coordination** des mesures correctives proposées ;
- \* **Capacité de mieux répondre aux obligations légales**, certains événements indésirables devant obligatoirement être recensés et transmis aux autorités de tutelles ;
- \* **Nécessité de recenser les autres événements indésirables**, dans une perspective de qualité et d'optimisation des résultats, permettant d'améliorer la sécurité et de gérer la non qualité (réduction des coûts induits), de structurer une prise en charge globale des problèmes signalés, de les analyser, pour à terme faciliter le quotidien et assurer au mieux la sécurité des pratiques ; de constituer une base de données relative aux événements indésirables ; d'assurer la traçabilité des actions relatives aux signalements ;
- \* **Réponse à de véritables besoins exprimés par les usagers**, liés à une perception plus aiguë des risques sanitaires, une plus grande exigence sociale de sécurité.

Ainsi, l'organisation de la gestion des risques voulait s'appuyer sur :

**La transversalité** des organes chargés de la gestion des risques afin de favoriser la coordination du recensement des événements indésirables, des décisions et des actions.

**La gestion de proximité** des différents risques, au sein de chaque pôle et de chaque secteur d'activité.

**La réactivité** par la gestion des alertes descendantes et ascendantes.

**L'émergence d'une culture qualité et sécurité**, dans tous les secteurs d'activités du CHRUX, chaque professionnel devenant acteur de la démarche.<sup>360</sup>

Le besoin exprimé d'un outil informatisé de déclaration des événements indésirables avait ainsi pour ambition d'agir au plus près des situations à risques, d'assurer une cohérence dans le traitement des événements indésirables et enfin d'assurer l'amélioration de la démarche transversale de gestion des risques et vigilances.

## VI.2 Structuration et matérialité de l'outil

### VI.2.1 Point d'ancrage médical

Le point de départ de la création de l'outil est médical (même si le promoteur était la Direction qualité du CHRUX). En effet, outre les dimensions médicales de gestion des risques, un médecin coordonnateur des vigilances et techniquement compétent a été l'initiateur du projet. L'outil a été construit avec un développeur, la société ENNOV qui était

<sup>360</sup> Source : Cahier des charges du logiciel GRANIT version finale du 9 décembre 2005, p.5.

le support technique, mais en collaboration avec le corps médical. Ce choix devait permettre de réduire les coûts de l'achat d'un logiciel et de favoriser un développement interne de l'outil facilitant de fait les mises à jour. Il existait un comité technique du nom de l'outil : « GRANIT » piloté par ce médecin. Le comité comportait également un membre du service informatique et des membres de la Direction qualité. Cette instance a travaillé sur la création et sur le développement de l'outil GRANIT en 2009. Le cahier des charges a été établi initialement en 2005 (il existe 15 versions de ce cahier des charges).

Le tableau ci-dessous énumère les principes fondamentaux définis par le CHRUX pour la mise en place de l'outil de déclaration (extrait du projet d'appel d'offre de l'outil réalisé en 2005) :

<i>Faciliter la notification des EI par un maximum de professionnels du CHRUX</i>	<i>Déclaration par le biais de l'Intranet. Simplicité de la déclaration. Maintien des circuits téléphonique et papier avec saisie dans la base par le gestionnaire de risque.</i>
<i>Responsabiliser les déclarants</i>	<i>Accusé de réception. Information en retour sur le traitement du signalement. Absence de validation hiérarchique.</i>
<i>Déconcentrer la gestion de la qualité et des risques</i>	<i>Le signalement se fait directement sur le terrain. L'adressage premier vers le gestionnaire de risque est privilégié. Les compétences du management sont respectées.</i>
<i>Faciliter le travail du gestionnaire de risque</i>	<i>Automatiser certaines tâches. Faciliter le suivi des échéances. Faciliter une vision globale et l'analyse de l'activité.</i>
<i>Renforcer la pertinence de la gestion des risques</i>	<i>Acquérir une vision globale des risques au CHRUX, tous risques confondus. Disposer d'outils d'aide au pilotage et support de la décision. Fonder les décisions sur des échelles communes.</i>

TABEAU 42 : PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA MISE EN PLACE DE L'OUTIL DE DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES AU CHRUX.

Le recours à un outil informatique était indispensable pour plusieurs raisons :

**Le champ d'activité de soin vaste**, dépassant le cadre des seules vigilances, et le nombre de données à traiter conséquent, rendant une exploitation manuelle impossible.

**Le recours à un outil informatique permettait de fiabiliser** le recueil des données et la circulation de l'information du déclarant à la personne responsable du traitement de l'événement.

**L'outil informatique facilitait, en le simplifiant, l'acte de notifier** un événement par des utilisateurs qui ne connaissaient pas forcément l'ensemble du processus de traitement, en permettant un accompagnement (propositions de type d'événement, guidage dans les éléments à indiquer selon le type d'événement, mise à disposition d'informations contextuelles).

**L'accès par l'intermédiaire de l'Intranet facilitait l'acte de** notifier un événement par l'ensemble des professionnels, sans recourir à des accès spécifiques.

**L'outil facilitait le traitement de l'événement lui-même**, avec l'accès à des processus type "workflow", qui permettait le respect des étapes et compétences des interlocuteurs.

**Il facilitait aussi la coordination des vigilances** en homogénéisant les modes de déclarations et de traitement.

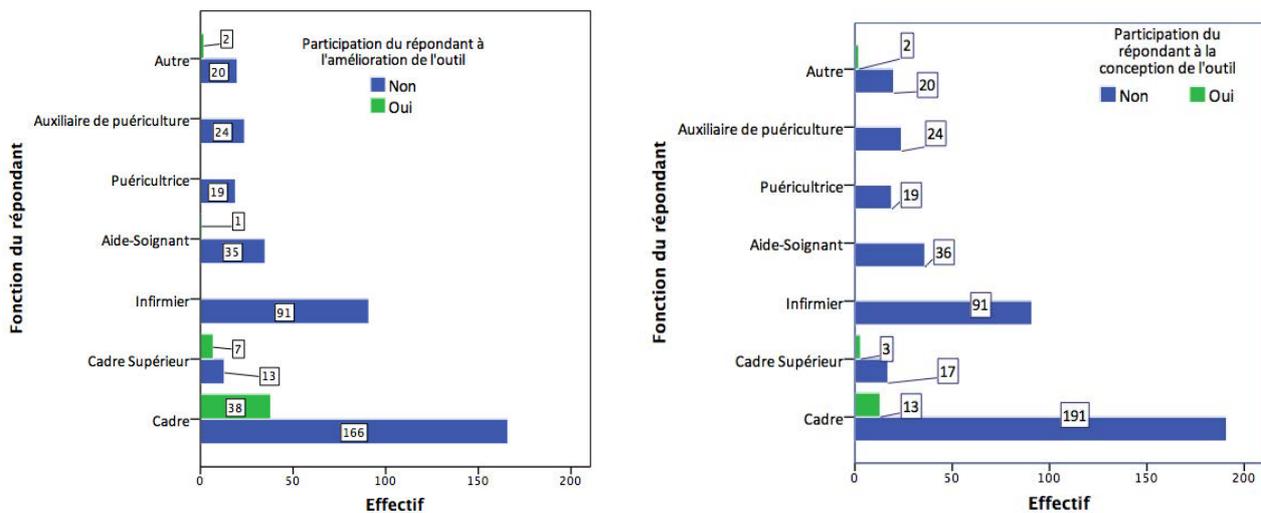
**Il permettait d'intégrer le pilotage de l'activité** (quantification, délai de traitement) et la production d'analyses statistiques.

L'outil avait ainsi pour vocation de devenir : « un outil de gestion intégré au quotidien de l'activité en facilitant la déconcentration de cette activité au niveau des pôles » ainsi que le stipulait le Directeur qualité de l'époque.

Ces différents éléments, réglementaires et contextuels, ont ainsi été précurseurs du choix de la mise en place d'un outil de déclaration des événements indésirables. L'outil GRANIT a été déployé le 18 novembre 2009.

### VI.2.2 Participation des professionnels à la conception ou à l'amélioration de l'outil de l'outil

La conception de l'outil a été réalisée sans participation des utilisateurs, ni dans sa conception ni dans son amélioration, comme nous le confirme les résultats de la recherche quantitative (voir figures ci-dessous). En effet, 87,4% des répondants n'ont pas participé à sa conception ou à son amélioration (94,5%). De façon générale, lorsque l'utilisateur a participé à la conception ou à l'amélioration de l'outil, il s'agit de l'encadrement.



FIGURES 33 : REPARTITION SELON LES FONCTIONS DES PERSONNES AYANT PARTICIPEES A LA CONCEPTION OU A L'AMELIORATION DE L'OUTIL

### VI.2.3 La technique et le social enchevêtrés

La réflexion sur la conception de l'outil du CHRUX est une réflexion basée en première intention sur une compétence, en l'occurrence médicale. Cette intention d'intégrer dans la conception la compétence centrale d'un établissement de santé, à savoir le corps médical, était sans doute pertinente. Cependant, la spécificité de la fonction médicale n'était pas formellement en phase avec la pratique réelle de terrain.

Pour autant, l'outil intègre une part du social, car il concerne de premier chef les acteurs de l'organisation qui sont les utilisateurs. L'outil est donc mixte puisqu'il intègre une part instrumentale, un substrat technique mais il est également porteur d'une médiation de par son utilisation (HATCHUEL, 2005). Giddens parlerait « d'objectivisme » c'est-à-dire d'une conception de l'organisation qui mettrait l'individu au second plan :

*« Par objectivisme, je désigne cette manière de concevoir la théorie sociale selon laquelle l'objet social (la "société") a en quelque sorte la priorité sur l'acteur individuel et dans laquelle les institutions sociales sont considérées comme l'enjeu central de l'analyse sociologique. » (GIDDENS, "Social Theory and Modern Sociology", 1987, p. 59)*

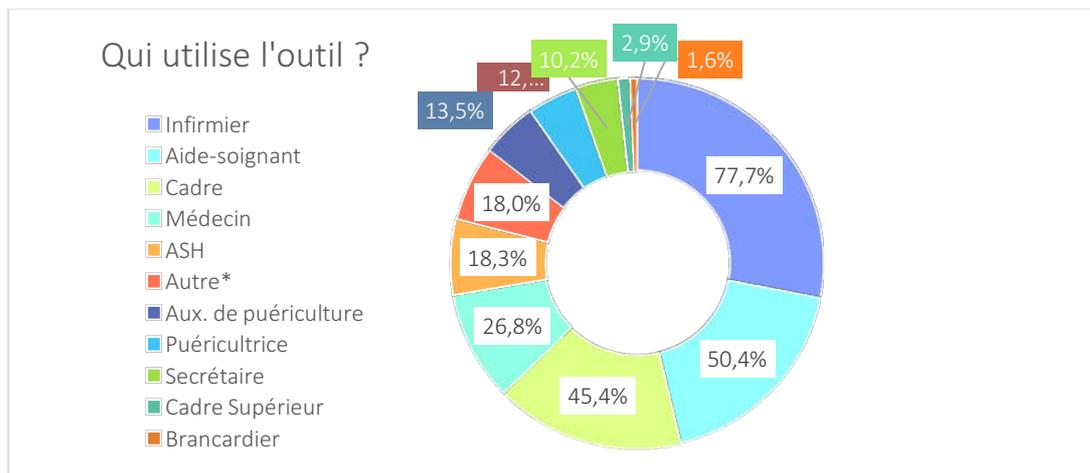
Or, l'usage ou le mésusage de l'outil ainsi que nous le verrons témoignent du point de rencontre entre les utilisateurs et le structurel au sens de Giddens. En effet, les activités récursives (l'utilisation de l'outil) participent au processus de structuration. L'utilisateur est aussi un « actant » détenant un rôle actif sur la structure elle-même.

### VI.3 Les utilisateurs

Les professionnels de terrain concernés par l'utilisation de l'outil, sont tous les professionnels du CHRUX. Les catégories professionnelles les plus concernées sont le personnel soignant et éducatif qui est la catégorie professionnelle la plus représentative de l'organisation étudiée et la plus proche du service rendu aux usagers (64% du personnel non médical).

Les utilisateurs de l'outil<sup>361</sup> sont ainsi des personnes qui travaillent au plus près de la prise en charge des patients : infirmiers, aides-soignants, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, manageurs (cadres et cadres supérieurs). 85 % des répondants sont des utilisateurs réguliers de l'outil (14% déclarent ne pas être utilisateurs). Le pourcentage de non utilisateur est sensiblement le même selon la catégorie de personnel interrogée.

Les catégories de professionnelles les plus concernées par l'utilisation de l'outil, ainsi que présenté dans le graphique ci-dessous sont en majorité les infirmiers, suivis des aides-soignants et des cadres de santé. Les médecins représentent 28,8%. A contrario les cadres supérieurs de santé majoritairement formés à l'utilisation de l'outil ne sont que 12% à l'utiliser.



\*La fonction autre regroupe dans l'ordre croissant de déclaration : les techniciens de laboratoire, les manipulateurs en électroradiologie et les sages-femmes

FIGURE 34 : FONCTION DES UTILISATEURS DE L'OUTIL

L'expérience des utilisateurs concernant l'utilisation de l'outil est variée : 37,5% des personnes interrogées connaissent l'outil depuis moins de 5 ans, 30,8% le connaissent depuis plus de 10 ans et 21,8% ont une expérience d'utilisation allant de 5 à 10 ans.

Paradoxalement la corrélation entre l'expérience professionnelle du répondant et sa connaissance de l'outil n'est pas significative (voir figure ci-dessous). Certains professionnels ont moins de 5 ans d'expérience dans leur fonction, mais ont connu l'outil bien avant, en tant que stagiaire ou lorsqu'ils étaient aides-soignants, par exemple, et sont devenu infirmiers. A contrario, certains utilisateurs ayant une expérience professionnelle de 10 ans, voire de plus de 20 ans, disent connaître l'outil depuis moins de 5 ans.

Ainsi, l'utilisation de l'outil est disparate, néanmoins les jeunes professionnels semblent avoir une meilleure connaissance de l'outil.

<sup>361</sup> Voir annexe 4 : Résultats globaux de l'analyse quantitative.

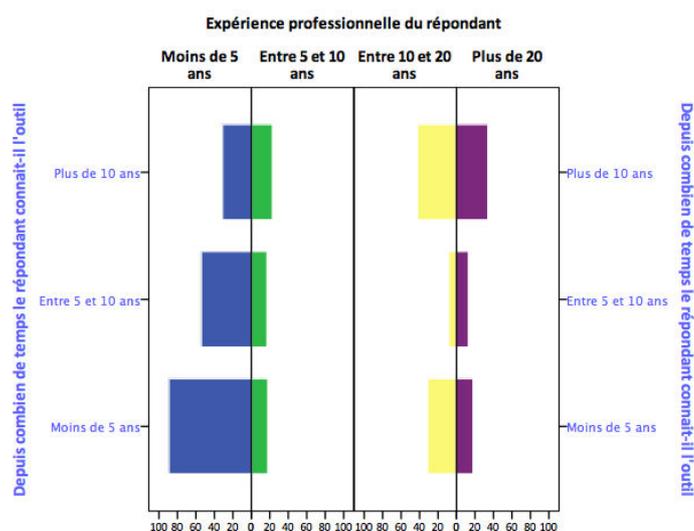


FIGURE 35 : CORRELATION EXERCICE PROFESSIONNEL DES REpondANTS ET CONNAISSANCE DE L'OUTIL

## VI.4 Nécessaire prise en compte des utilisateurs

Godener et Fornerino précisent que l'implication des utilisateurs à utiliser l'outil dépend de la perception qu'ils en ont (GODENER & FORNERINO, 2005). La non intégration de cette future interaction outil/utilisateur dans la phase conceptuelle est néfaste dans le processus de développement de l'outil. En effet, la prise en compte des attentes, des réalités de travail dès la conception permet d'ancrer une collaboration dans la mise en œuvre.

Cette collaboration concepteur/utilisateur est un processus itératif entraînant des « prescriptions réciproques » (HATCHUEL, 1994) permettant un renforcement mutuel entre l'intention du concepteur et l'usage. Cela est d'autant plus important que l'on sait qu'il existe entre la phase conceptuelle à distance et l'usage une « flexibilité interprétative et instrumentale » (DE VAUJANY, 2006 p.116).

En outre, l'outil fait référence à la notion « d'instrument »<sup>362</sup> et donc d'actionnabilité par le comportement, les compétences, les connaissances des utilisateurs (GILBERT, 1998). Il existe une mise en acte de l'outil par l'utilisateur. Il est donc fondamental de considérer la participation des acteurs dans le processus de mise en œuvre de l'outil.

Malheureusement, la complexité de l'outil dès la phase conceptuelle, ainsi que la non prise en compte des utilisateurs dans cette phase primordiale, ont conduit à des difficultés techniques et organisationnelles d'usage. La réflexion sur la prise en compte des utilisateurs est d'autant plus fondamentale que les outils de gestion créent un système de significations (issu de l'interprétation par l'utilisateur) donnant socialement un sens à l'organisation. Selon Giddens, ce sont bien les utilisateurs et les actions individuelles et collectives qui participent au processus de routinisation de l'outil (GIDDENS, 2012, pp. 70-73).

## VI.5 Difficultés techniques d'utilisation de l'outil

L'outil de déclaration n'a pas eu l'essor escompté, bien au contraire, son image a été fortement négative au départ. L'outil GRANIT était d'ailleurs très impopulaire à ses débuts. Les concepteurs avaient une vision très technique de l'outil. Ceci s'explique par leurs compétences spécifiques : médicales et informatiques.

<sup>362</sup> Gilbert (1998) préfère cette appellation à celle d'outil qui renverrait à une vision plus passive de l'usage.

### VI.5.1 Outil trop exhaustif

L'outil à son origine était très exhaustif dans son contenu et ses possibilités de déclaration. Pour exemple, chaque type de risque était identifié par un formulaire spécifique. Or, techniquement si une modification devait être réalisée sur un type de risque, toutes les fiches spécifiques afférentes devaient elles aussi être modifiées. Il était alors très difficile techniquement de modifier l'outil. Une étude du service qualité a d'ailleurs démontré la sous-utilisation de nombreux formulaires spécifiques. La simplification de l'outil a de fait été complexe car chaque responsable de domaine voulait préserver « sa » spécificité...

Ce point de vue est exprimé par les cadres supérieurs interrogés comme le montre le verbatim suivant :

*Extrait entretien N°12 :*

*« La phase de définition de l'outil était importante, mais il me semblait que si on voulait que les gens déclarent, il fallait que ce soit simple dans l'utilisation et dans la durée de déclaration. Il me semblait aussi important déjà de bien définir ce qu'était un événement indésirable. Malheureusement la construction de cet outil était complexe. Le concepteur, le médecin à l'origine de ce travail était déjà une personnalité complexe, un médecin qui à "complexifié" l'outil. Nous n'avions pas vraiment droit au chapitre. Ils ont fait quelque chose de compliqué parce qu'ils ont voulu que ce soit un outil de gestion à eux, eux "les vigilants".*

*Avant la mise en place de l'outil nous avions des fiches papier de signalement. C'était la direction des soins qui avait mis ça en place. L'outil de déclaration informatique est tombé sur le terrain sans réelle compréhension. De plus l'outil était assez compliqué à utiliser. Pour les premières déclarations il y avait souvent des "bug" informatiques, il fallait recommencer et même avec la meilleure volonté c'était difficile d'arriver au bout. Lors des premières déclarations on perdait tout, il fallait recommencer, réécrire, c'était un peu compliqué. Et avec la meilleure volonté possible, il fallait tenter plusieurs fois avant d'être vraiment au clair sur la méthodologie. À l'heure actuelle, il faut encore accompagner les agents pour qu'ils utilisent l'outil. Exemple sur un événement indésirable grave : j'ai accompagné l'infirmière pour pouvoir déclarer cet événement sur l'outil GRANIT. En voulant notifier l'événement, nous nous sommes rendu compte que c'était impossible car il était techniquement impossible d'accéder à l'outil parce que celui-ci était en maintenance sans que nous en soyons avertis ! Donc j'ai passé mon temps à attendre alors que cela aurait été simple de faire une déclaration. Nous avons dû faire une déclaration papier c'est vraiment revenir en arrière ! »*

### VI.5.2 Complexité technique

La complexité technique de l'outil ne permettait pas une utilisation facile. Sans préjuger des contraintes et des obligations respectives des utilisateurs du système d'information hospitalier et des obligations de confidentialité et de réserve qui s'imposent aux professionnels, des contraintes liées à l'utilisation de l'outil informatique ont été mises en évidence. En effet, l'utilisation de l'outil obligeait chaque notifiant à s'identifier et à authentifier sa connexion par un mot de passe strictement personnel, jamais partagé avec un tiers, même un responsable hiérarchique puis à fournir, à la première connexion au système une adresse mail valide ou par défaut une adresse personnelle (aucune adresse générique n'étant autorisée). Or, tous les utilisateurs ne disposaient pas d'adresse mail (ex : les Agents de Service Hospitalier).

De nombreux exemples pourraient illustrer la difficulté d'utilisation de l'outil lors de sa mise en œuvre. Nous présentons ci-dessous quelques exemples recueillis auprès de l'ingénieur qualité interrogé :

**Exemple 1 :** *L'outil a été construit pour que le nom du patient puisse être recherché automatiquement sur la base de données centrale d'admission des patients afin d'éviter les erreurs. Or, il fallait rentrer le nom en majuscules dans le logiciel. « L'infirmière lambda qui utilisait l'outil inscrivait le nom parfois en majuscules parfois en minuscules. Cette catégorie professionnelle n'a pas le temps de se poser la question d'entrer en majuscules ou en minuscule un nom dans l'outil ! » C'est clairement un exemple de frein technique de l'outil.*

**Exemple 2 :** *Lors de la déclaration, les choix des critères spécifiant le risque étaient peu explicites, ce qui décourageait les personnels qui souhaitaient l'utiliser.*

**Exemple 3 :** Lors de la notification, au moment de quitter une page du logiciel, celui-ci indiquait que la validation de la déclaration était impossible parce que tous les champs n'étaient pas remplis. Or, aucune information ne stipulait quels étaient les champs devant être remplis obligatoirement.

**Exemple 4 :** Lorsqu'un événement indésirable concernant une chute de patient était déclaré, il fallait exhaustivement cocher l'ensemble des types de chute (chute de sa hauteur, chute liée au sol, etc.). Ainsi, l'exhaustivité devenait un frein, car si les types de chute n'étaient pas cochés la déclaration ne pouvait se faire.

La complexité technique de l'outil ainsi que la multiplicité des critères à remplir pour une déclaration ont été délétère pour le développement de cet outil de gestion.

### VI.5.2.1 Manque d'accompagnement technique

D'autre part, il n'y avait pas d'aide technique du type « *HOTLINE* » qui aurait pu permettre une amélioration rapide de l'outil. Pour autant, un comité de pilotage technique existait afin de développer et de suivre l'outil GRANIT à la demande de la Cellule d'Analyse des Evènements Indésirables. Il avait pour mission de prendre connaissance des dysfonctionnements signalés par les utilisateurs de l'outil et de proposer des actions d'amélioration. Or, ce comité n'a pas été très réactif lors de la mise en œuvre de l'outil.

### VI.5.2.2 Manque de communication ascendante

Enfin, les dysfonctionnements liés à l'utilisation de l'outil n'étaient pas souvent transmis à la Direction qualité. Les problèmes techniques étaient donc peu connus et non traités.

La complexité technique de l'outil est largement verbalisée par les cadres supérieurs interrogés<sup>363</sup> ainsi que le montre le verbatim suivant :

#### **La complexité des outils de gestion est source de difficultés d'implantation**

Extrait entretien N°13 :

« Il y a eu des versions différentes, avec des choses qu'on nous avait promis. Exemple : lorsqu'un agent faisait une déclaration, systématiquement le cadre serait prévenu, cela n'a jamais été mis en place. Il y a eu des évolutions techniques, mais on découvrait ces évolutions au moment d'utilisation. On ne sait pas comment utiliser l'outil parce qu'il y a toujours des problèmes techniques, si en plus il y a des modifications sans qu'on soit au courant cela n'aide pas dans l'adhésion de cet outil ! Il n'y a aucun accompagnement sur l'utilisation.

Aujourd'hui, l'outil n'est pas plus facile mais ce sont les gens qui s'y sont habitués. De guerre lasse ils ont fait ce qu'il fallait faire... Le problème c'est l'outil et la partie informatique, son accessibilité, sa technicité mais en plus il y a eu un problème de sensibilisation sur l'outil pour certaines catégories professionnelles. Cela n'aide pas dans l'appropriation ! »

Extrait 2 entretien N°15 :

« Initialement, je me suis dit « c'est très bien, il va falloir qu'on s'y mette » et je ne suis pas allergique à l'informatique donc j'attendais aussi d'avoir des retours, des tableaux de bord. Au départ j'étais partant à fond ! [SIC] Et j'ai rapidement déchanté... J'ai tenu bon jusqu'au bout ! j'ai toujours déclaré, même s'il fallait faire 36 000 déclarations partout, des GRANIT, des déclarations d'accident, des rapports à la direction etc. C'était complexe, mais je suis de nature à persévérer. »

Extrait entretien N°16 :

« L'outil en lui-même était compliqué, pas assez bien explicité. Comment voulez-vous que les équipes soient au clair si nous ne l'étions pas. Donc je n'ai pas accroché tout de suite, d'emblée c'était comme quelque chose qui vous passait à côté ! [SIC] »

Extrait entretien N°20 :

« Malheureusement l'outil était une vraie usine à gaz [SIC], on ne savait jamais si on avait envoyé la notification, pour le remplir c'était compliqué, il n'y avait rien d'ergonomique dans l'utilisation de cet outil ! Il y avait des boutons "sauvegarder", "envoyer", c'était équivoque. Il y a d'ailleurs un pourcentage de déclarations qui n'était jamais envoyé. Il faut dire que l'outil a été construit par des personnes qui n'ont pas forcément rendu l'outil accessible terrain. La faute en incombe également à la direction et pas uniquement concepteur. Trop de méthodes tue la démarche ! »

<sup>363</sup> Voir en complément l'annexe 17 : Verbatim : extrait des entretiens réalisés au CHRUX.

## VI.6 Difficultés organisationnelles

### VI.6.1 Manque d'accompagnement sur le terrain

Lors de sa mise en place, l'outil n'a pas bénéficié d'un accompagnement Institutionnel fort, il n'était pas assez soutenu structurellement. Même si des formations ont été mises en place, l'outil n'a pas été assez accompagné. En effet, l'outil était porté par des techniciens, des professionnels reconnus dans leur domaine de compétence, mais ces domaines étaient très spécifiques. De fait, le discours d'accompagnement était sans doute trop technique pour la compréhension des utilisateurs de terrain.

Lors de la conception de l'outil, il n'avait pas été envisagé d'enquêter sur les modalités d'implantation de l'outil. Pour autant, une Assemblée Générale (AG) des gestionnaires de risque a été créée en 2005. Cette AG est l'ancêtre du réseau de gestionnaires de risque actuel. Malheureusement cette instance n'était pas très opérationnelle. Les professionnels de terrain n'ont pas été intégrés à ce projet ce qui explique que leur adhésion a été difficile. En fait ce sont les directeurs qui ont été intégrés à ce projet.

#### VI.6.1.1 Difficultés confirmées par le discours des personnes interrogées

L'analyse issue des données secondaires a largement été confirmée par le discours des cadres supérieurs interrogés (voir la figure ci-dessous). Dix-huit sur vingt-trois cadres interrogés, estiment que l'outil n'a pas été suffisamment accompagné sur le terrain (items en rouges dans la figure ci-dessous). Huit cadres estiment que la technicité de l'outil a été un frein dans son déploiement et son appropriation (items en bleu dans la figure ci-dessous).

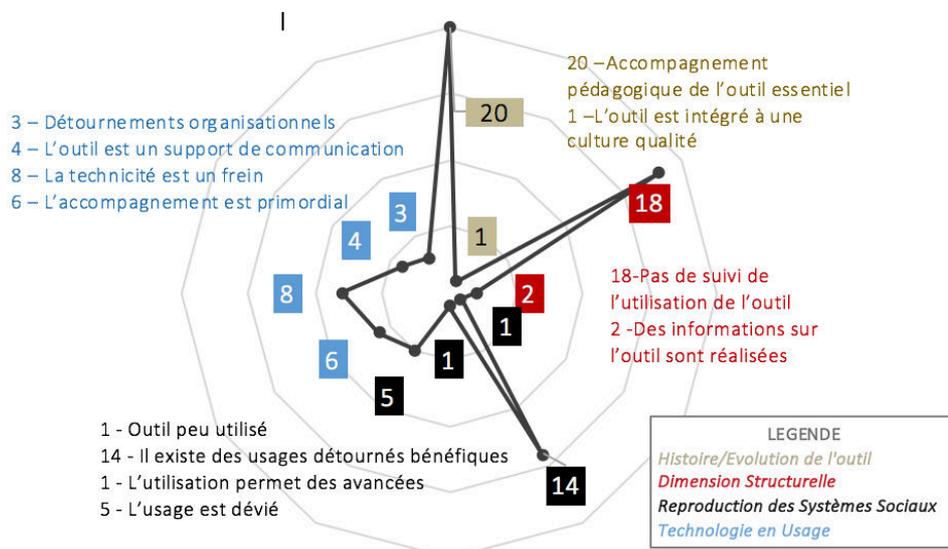


FIGURE 36 : CATEGORISATION DES ENTRETIENS SUR LA DIMENSION « THEORIE DE LA STRUCTURATION »

Les cadres interviewés expriment, dans une grande majorité, que l'accompagnement pédagogique (items en brun et rouge dans le tableau ci-dessus) de l'outil est nécessaire (20 répondants sur 23), mais que dans les faits, cet accompagnement n'a pas été pertinent (18 répondants sur 23).

Les verbatim suivants expriment ce point de vue<sup>364</sup> :

**PEDAGOGIE NECESSAIRE**

Extrait entretien N°4 :

« J'ai été formé à l'outil. C'était des formations en amphithéâtre de façon plénière avec le concepteur de l'outil, un médecin. La difficulté est que ce médecin n'était pas du tout pédagogue. Donc il était difficile d'être formé correctement. Il fallait se débrouiller tout seul. Il n'y avait qu'une seule session de formation. Ce n'était ni fait ni à faire [SIC]. Cette personne était très brillante mais incapable de se mettre à la portée de l'utilisateur !! »

Extrait entretien N°12 :

« Les formations que nous avons à ce moment-là était réalisée par des médecins a été très peu accessibles et compréhensibles par le terrain. Il y a eu un certain nombre de formations, mais insuffisamment c'est pourquoi nous devons encore à l'heure actuelle accompagner les agents. »

**VI.6.1.2 L'analyse quantitative corrobore le manque d'accompagnement**

Si la moitié des répondants est formée à l'utilisation de l'outil par l'institution (50,83%), un quart d'entre eux se forment de façon informelle sur leur lieu de travail (40,38%) parfois avec l'aide des pairs (38,71%) et 40% se forment eux-mêmes (Voir figure ci-dessous) :

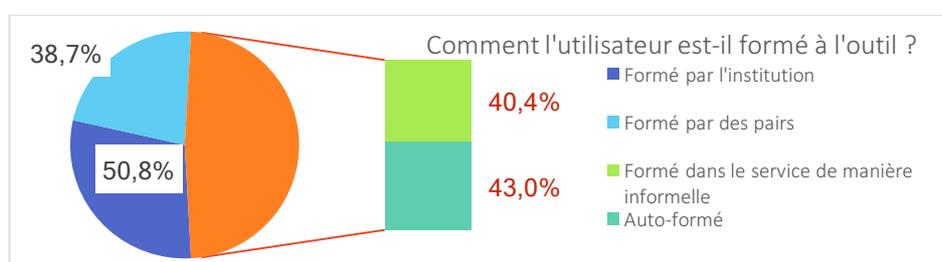


FIGURE 37 : MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT A L'UTILISATION DE L'OUTIL

La répartition des catégories de professionnels formées par l'institution n'est pas significative (voir figure ci-après), chaque catégorie est formée globalement à 50 %. Deux catégories se distinguent cependant :

- \* Les cadres supérieurs de santé sont formés à 80%. Le positionnement hiérarchique ainsi que les responsabilités afférentes au poste peuvent expliquer la nécessité d'une formation systématique.
- \* Les puéricultrices ne sont formées qu'à 20%. On peut supposer qu'elles ont été formées précédemment en tant qu'infirmières avant leur nouvelle fonction.

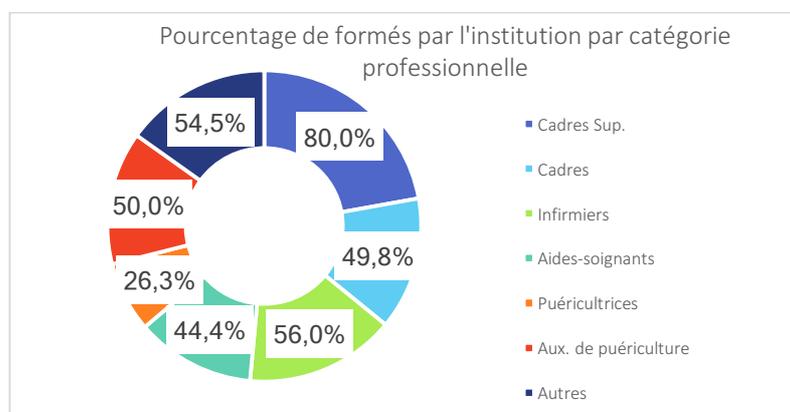


FIGURE 38 : REPARTITION DES CATEGORIES DE PROFESSIONNELS FORMEES

<sup>364</sup> Voir en complément, Annexe 17 : Verbatim : extrait des entretiens réalisés au CHRUX.

## VI.6.2 Peu de communication

L'aspect communication a été négligé lors de l'implantation de l'outil. Le discours officiel et la communication institutionnelle autour de la mise en œuvre de l'outil et de son introduction sur le terrain n'ont pas été très développés. Le contenu de cette communication portée par le médecin créateur de l'outil était très technique. Cette communication a été réalisée en séance plénière en amphithéâtre auprès des médecins et des cadres. Aucune interaction avec les personnels présents n'a été réalisée, de ce fait la communication n'a pas forcément atteint sa cible, qui était la mise en œuvre d'un outil de gestion des risques dans un établissement dont la taille et les activités très variées sont porteuses de risque. En effet, les risques en établissement de santé correspondent : « *aux événements susceptibles d'aboutir à une rupture de la continuité des soins, avec une dégradation plus ou moins importante de la qualité de soins* » (DURIEUX, 1998). Ils doivent donc être considérés comme un axe stratégique de l'amélioration de la qualité des soins.

En outre, la procédure de gestion des événements indésirables n'a pas été formalisée en première intention. La procédure, diffusée sur le terrain (en 2012 seulement) n'a pas été accompagnée de manière spécifique. Pour autant, elle a été diffusée dans toutes les instances de l'établissement<sup>365</sup>.

## VI.6.3 Une institutionnalisation défailante

Un bilan global sur la gestion des événements indésirables a été réalisé par la Direction qualité en 2012.

**Un premier bilan** concernait les gestionnaires de risque. Un questionnaire distribué auprès des gestionnaires de risque les interrogeait sur plusieurs thématiques. Les résultats de cette enquête ont montré que certains gestionnaires de risque déclarés dans la base de l'outil n'étaient pas informés de leur affectation en tant que gestionnaire de risque.

**Un second bilan** a été réalisé sur la base de statistiques de déclarations (type de déclarations et catégorie de déclarant). Les résultats ont démontré un manque de formation et d'accompagnement des personnels utilisateurs. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, les formations à l'outil étaient peu adaptées au terrain, elles étaient réalisées en séance plénière sans démonstration de l'utilisation de l'outil. Une des conséquences de ce manque de formation (décrite par l'ingénieur qualité interrogé) a été une sur-déclaration d'événements qui n'étaient pas de réels événements indésirables entraînant malheureusement une surcharge de travail pour les gestionnaires de risque.

L'expression des utilisateurs est souvent positive en ce qui concerne l'utilité et le sens porté par l'outil. Cependant, l'implantation d'un outil de gestion de ce type nécessite un accompagnement, mais également un temps d'adaptation de l'organisation et des utilisateurs. C'est ce qu'ont exprimés les cadres supérieurs interrogés (voir extraits de *verbatim* ci-dessous) :

*Extrait entretien N°14 :*

*« Il y a encore des choses à faire parce que je pense que tous les gestionnaires des risques ne gèrent pas forcément. Car si un événement est mal orienté par le gestionnaire de risques, soit le gestionnaire de risque réoriente ou alors il répond que ce n'est pas son problème : il clôture. Du moment que la déclaration est clôturée, on se retrouve face à des événements indésirables parfois graves mais sur lesquels on peut plus revenir car l'incident est clôturé. Donc nous avons un gros travail de supervision de ces incidents ne sont pas forcément traités. »*

*Extrait entretien N°15 :*

*« C'est un outil qui est lourd et qui mon sens s'il avait été amené autrement auraient peut-être pu faciliter le travail de tout le monde. Si en 10 clics on peut déclarer une chute et qu'ensuite il y a quelque chose qui se fait automatiquement, ça simplifierait les choses. »*

<sup>365</sup> Elle était en cours d'actualisation en 2015.

### VI.6.4 Non prise en compte du contexte organisationnel

La mise en œuvre d'un outil de gestion est souvent corrélée à une nécessité réglementaire de mise en œuvre, à une préoccupation financière ou encore à un souhait d'augmentation de la performance organisationnelle. Or, si l'outil est légitime dans fondement, la prise en compte du contexte organisationnel et notamment l'existence d'autres outils de gestion peut être négligée. Le *verbatim* suivant met en avant l'existence d'outils ou de circuits « parasites » entravant l'implantation de l'outil en question.

*Extrait entretien N°4 :*

*« Il existe aussi de nombreux systèmes parallèles de gestion des dysfonctionnements : GRANIT [Outil informatique de déclaration d'événements indésirables], les déclarations logistiques sur COSWIN [Outil informatique de demandes logistiques], les déclarations en lien avec l'informatique, avec le centre de services etc.... Je donne un exemple : nous avons un problème de générateur sur un appareil de dialyse, que faire ? Une déclaration sur GRANIT ? Une déclaration de matériovigilance ? ... À force on ne sait plus !*

*Qu'il y ait des règles « cadrantes » [SIC] c'est bien, mais on ne travaille pas dans le nucléaire ! Si on ne nous laisse pas de marge de manœuvre, la qualité ne va pas dans le bon sens. »*

*Extrait entretien N°5 :*

*« Maintenant, nous sommes submergés de nouveaux outils de gestion, de logiciels, etc. On veut de plus en plus borner les choses, le temps occupé à utiliser ces outils c'est le temps que l'agent ne passera pas dans sa pratique quotidienne. Bien sûr il faut entendre l'évolution mais ça plus ça et plus ça... c'est compliqué ! Alors si en plus il faut parler de qualité, c'est difficile ! »*

### VI.6.5 Appropriation contextuellement située

La place des acteurs est fondamentale dans le processus d'appropriation de l'outil tout autant que le lien qui existe entre les activités et les pratiques institutionnalisées.

En effet, l'utilisation de l'outil permet la reproduction des pratiques institutionnalisées. Les utilisations de l'outil répondent d'une rationalisation de l'action, d'un contrôle réflexif sur l'action par la compréhension du contexte, voire des conséquences non intentionnelles de l'utilisation qui participent de manière itérative à la reproduction du système social ainsi que le conçoit Giddens (GIDDENS, 2012).

C'est pourquoi le manque de pédagogie et d'accompagnement d'un outil de gestion de la qualité est préjudiciable à l'enjeu même de la mise en place de cet outil. La phase d'appropriation de l'outil peut alors être impactée ainsi que le montre la dimension processuelle de l'outil.

**VII DIMENSION PROCESSUELLE**

La dimension processuelle de l’outil a pour objet d’expliciter les modalités d’appropriation de l’outil par les acteurs de terrain ainsi que son cycle de vie (voir tableau ci-dessous) :

Dimension	Etape d’implantation	Acteurs	Déterminants de l’outil de gestion
<b>Dimension processuelle</b>	<b>Appropriation in situ</b>	Acteurs/managers	Modalités d’utilisation ? Comment l’outil vit-il ?
		Acteurs/managers	Repérage des acteurs dans leur rapport à l’outil ? Comment se met-il en place ?
		Acteurs	Comment est-il utilisé en situation ?
		Acteurs/dirigeants	L’outil s’inscrit-il dans un déterminisme social ou dans une appropriation ?
		Acteurs/concepteurs	Quelle est son « actualisation dans l’usage » ? <sup>366</sup>

TABLEAU 43 : PRINCIPES D’ETUDE DE L’OUTIL DE GESTION (OUTIL DE DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES) - PARTIE DIMENSION PROCESSUELLE

VII.1 Modalités d’utilisation de l’outil

VII.1.1 Fréquence d’utilisation

La fréquence d’utilisation de l’outil est conséquente (voir figure ci-dessous) puisqu’elle est majoritairement quotidienne (10,77%) ou hebdomadaire (36,67%).

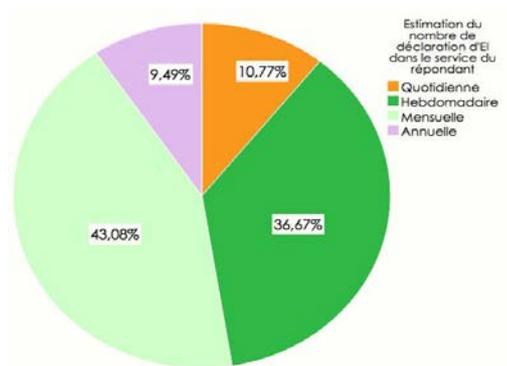


FIGURE 39 : ESTIMATION DU NOMBRE DE DECLARATIONS DANS LE SERVICE DU REpondant.

Le niveau d’incitation par les cadres afin que les professionnels utilisent l’outil est de l’ordre de 60%. Près de 40% des professionnels utilisent l’outil de façon régulière sans incitation.

<sup>366</sup> CHIAPELLO & GILBERT, 2013, p. 35.

## VII.2 Perception de l'outil par les utilisateurs dans son usage

### VII.2.1 Outil facile d'utilisation mais peu accompagné

Contrairement à l'expression des cadres supérieurs lors des entretiens, les personnels de terrain répondant à l'enquête quantitative estiment que l'outil est facile d'utilisation (65,7% des répondants), que la procédure institutionnelle de déclaration des événements indésirables est explicite (67,2%).

Par contre, concernant les formations institutionnelles seuls 42% des répondants les trouvent suffisantes et seulement 35% des répondants font état d'une bonne lisibilité du traitement des événements indésirables après déclaration.

### VII.2.2 Intégration mitigée de l'outil dans les pratiques professionnelles

Si l'outil est considéré comme une aide à la compréhension des pratiques professionnelles pour 48,7% des répondants, seul un tiers estime que l'outil facilite les échanges professionnels. D'ailleurs seulement 33,5 % des répondants pensent que l'outil est ancré dans les pratiques quotidiennes (contre 41,3%).

### VII.2.3 Perception plutôt positive de l'outil par les utilisateurs

Seul 26,8% des répondants (contre 42,7%) trouvent que l'utilisation de l'outil est contraignante (voir figure ci-dessous), 40,3% estiment que l'outil n'est pas un moyen de pression entre les professionnels et 52% ne pense pas que l'outil est un moyen de délation.

Pour autant, les avis sont partagés (33% de oui et autant de non) lorsqu'on leur demande si l'outil est source de conflit entre service ou entre professionnels. Une certitude : 56% des répondants pensent que l'outil n'est pas assez utilisé.

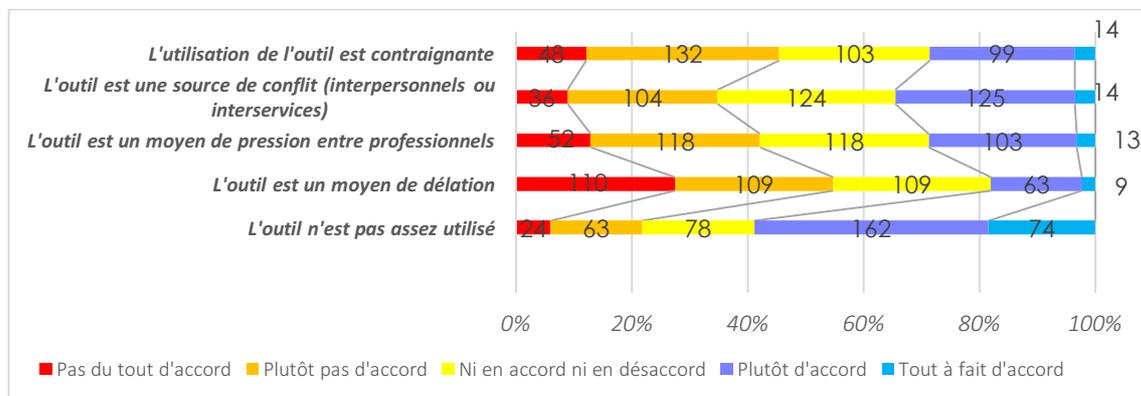


FIGURE 40 : PERCEPTION NEGATIVE DE L'OUTIL DANS SON USAGE

### VII.2.4 Déterminisme social ou appropriation ?

La dynamique d'usage n'est pas prévisible, elle n'est pas déterminée dans l'outil au stade conceptuel. Le facteur humain est essentiel. L'idée sous-tendue lors de la conception de l'outil n'est pas toujours en corrélation avec la réalité. Il faut distinguer ainsi que le précise Perriault (1989) « l'usage conforme » préconisé lors de la conception de « l'usage réel » souvent détourné par l'utilisateur pour son propre intérêt ou pour l'intérêt de l'évolution de l'outil tel que nous le verrons ci-dessous. En effet, les modifications sont imprévisibles car l'appropriation est souvent non conforme à l'esprit de la technologie (DESANCTIS & POOLE, 1994).

Ainsi l'observation de l'acteur lors de l'usage au plus près de l'activité, dans les routines de travail, dans les micro-pratiques (DE CERTEAU, 1990) est une ressource importante pour comprendre les interstices créateurs de valeur et de performance de l'outil.

Notre étude nous a permis d'observer les différents types d'usage par les utilisateurs. Ainsi, la perception de l'outil dans son usage quotidien très positive puisque, pour 44% des répondants, l'outil est intégré aux pratiques quotidiennes. Son utilisation est d'ailleurs un levier de compréhension des difficultés réelles de pratiques pour 71% des répondants. Mais comme souligné précédemment, il existe une sous-utilisation de l'outil pour 42,7% des répondants et dont il faut tenir compte dans l'interprétation de ces résultats. Ce sont les différents types d'appropriation qui nous permettront de comprendre le rapport des utilisateurs dans l'usage et de comprendre que par-delà la structure, qui est un élément essentiel de compréhension du système social au sens de Giddens, la part des utilisateurs est essentielle dans les processus de compréhension de l'appropriation des outils de gestion.

### VII.3 Appropriations imprévues de l'outil

#### VII.3.1 Un outil source d'innovations et de décloisonnements

Pour 20,19% des répondants, l'utilisation de l'outil a été source d'innovations. Les innovations apportées par l'outil de déclaration d'événements indésirables<sup>367</sup> sont majoritairement des apports organisationnels (52 réponses) :

- \* « Mise en place de protocole sur un aléa thérapeutique (extravasation de perfusion chez un nouveau-né) »
- \* « Amélioration des conditions de travail »
- \* « Mise en place de quick audit interne et institutionnel en lien avec les EI récurrent » ...

La mise en place de ce type d'outil de gestion apporte également selon les personnes interrogées (45 réponses) un décloisonnement entre les services, une meilleure communication et une compréhension des enjeux qualité :

- \* « Permet de « dédiaboliser » l'outil GRANIT et de ne plus le voir comme un moyen de délation mais comme un moyen d'améliorer les pratiques professionnelles. »
- \* « Améliore communications inter services et organisation de groupes de travail communs autour d'un dysfonctionnement évoqué dans la déclaration d'un évènement indésirable. »
- \* « Permet une ouverture du dialogue avec d'autres corps de métiers pour des améliorations matérielles, « techniques » par exemple. »
- \* « Permet un recoupement et une vision plus élargie des pratiques de chacun par la visibilité des contraintes et possibilité des différents acteurs. »
- \* « Permet une recherche d'amélioration des pratiques professionnelles et organisationnelles inter service. »
- \* « Permet la mise en place de procédures de fonctionnement interprofessionnel pour éviter des évènements indésirables, des rencontres inter services pour améliorer la coordination ... »
- \* « Permet un lien entre besoins de formation et gestion d'événements indésirables tels que gestion de l'agressivité-violence. »

Les répondants (30 réponses) font également part d'une amélioration des processus opérationnels, de management, soutien ou de prise en charge :

- \* « Amélioration du parcours patient et du circuit du médicament. »
- \* « Permet d'améliorer la qualité de prise en charge des patients et une évolution des organisations et des pratiques. »
- \* « Mise en œuvre de groupes de travail sur les valeurs, amélioration des pratiques... »
- \* « Decloisonnement des services et analyse sur une logique de circuit patient. »
- \* « A permis d'adopter une certaine réflexivité sur les difficultés rencontrées par les agents. »

<sup>367</sup> Voir annexe 18 : Détail des réponses pour les questions ouvertes du questionnaire.

L'utilisation de l'outil de déclaration d'événement indésirable permet également l'acquisition de nouveaux matériels ou des évolutions techniques (18 réponses) :

- \* « Achat de mobilier ergonomique, sécurisation des rangements en hauteur... »
- \* « Changement des auto-piqueurs ; de tubulures à perfusion. »
- \* « A l'origine de la création d'ATI (atelier de technique d'irradiation) en radiothérapie. »

L'outil est ici traduit en termes d'améliorations organisationnelles possibles, voire de modification de pratiques. Il s'agit d'une réelle « innovation par l'usage » (PROULX, 2001) et donc d'une appropriation vectrice de créativité. La possibilité qu'a l'acteur de contourner, de modifier l'outil est pertinente dans le sens où elle lui laisse une certaine autonomie. Les différentes formes d'appropriation sont donc dans ces exemples signifiantes pour l'outil.

### VII.3.2 Un usage détourné de l'outil

L'utilisation de l'outil a aussi été l'occasion d'usages détournés. Ces usages détournés ont été rapportés par les cadres supérieurs interrogés (19 répondants sur 23) et représentés en noir dans la figure ci-après :

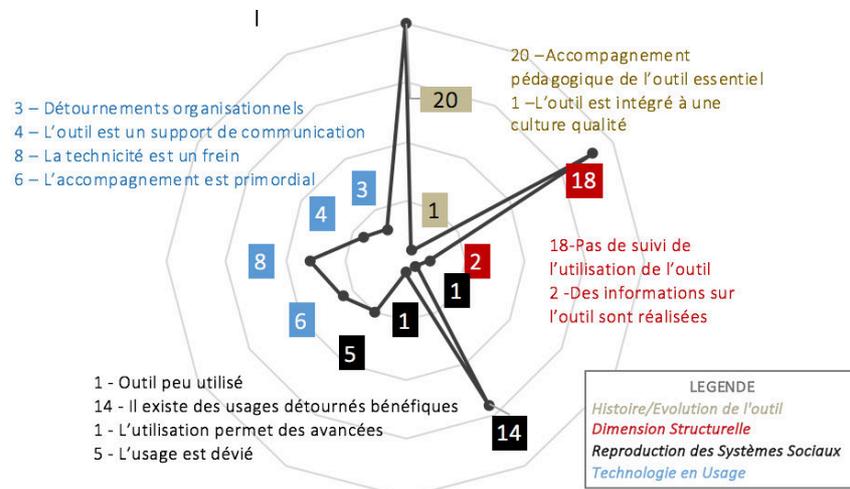


FIGURE 41 : CATEGORISATION DES ENTRETIENS SUR LA DIMENSION « THEORIE DE LA STRUCTURATION »

#### VII.3.2.1 Déviations de l'outil par les utilisateurs

L'outil a été détourné dans son usage par les professionnels de terrain. En effet, pour certains utilisateurs, l'outil était un moyen de faire valoir des revendications concernant l'insuffisance de moyens humains ou matériels. Certains répondants (37%) estiment ainsi que l'outil peut être détournée pour justifier d'autres demandes.

Parfois, la déclaration d'un événement indésirable pouvait aussi être le catalyseur de mésententes, voire de revendications entre professionnels ou catégories de professionnels. L'exemple d'un nombre conséquent de déclarations concernant des erreurs de prescription nous a été rapporté comme l'expression d'un mécontentement des personnels infirmiers face à certains prescripteurs médicaux qui refusaient l'utilisation de la prescription informatique...

#### VII.3.2.2 Détournement de l'outil par la hiérarchie

L'histoire de l'utilisation de l'outil a également été ponctuée par les différentes directions en place. Ainsi, la politique de développement d'une culture de déclaration non punitive n'a pas toujours été mise en œuvre. De fait, la charte de l'utilisation du système de notification

et de gestion des événements indésirables au CHRUX précise qu' « aucune déclaration n'est anonyme ». La non garantie de l'anonymat au déclarant ne favorise pas les déclarations.

La déclaration a parfois été interprétée par la hiérarchie comme la mise en avant de fautes individuelles nécessitant des sanctions. Nous avons pu relever des exemples de sanctions disciplinaires documentées, mais également des exemples de « pressions morales » par le corps médical notamment, qui ont pu contribuer à une interprétation de certaines déclarations comme une démonstration de non allégeance aux directives et positionnements médicaux :

**Exemple 1 :** cet exemple concerne l'analyse des causes profondes de certains événements déclarés et où l'analyse a dû être stoppée car des sanctions ont été portées à l'encontre des déclarants par la hiérarchie. Pourtant, la phase d'analyse nécessite une prise en compte factuelle des événements afin d'utiliser les erreurs comme levier d'amélioration.

**Exemple 2 :** faisant état de l'arrêt brutal des déclarations d'erreurs de prescription qui a été analysé comme la conséquence d'une pression médicale à l'encontre des professionnels paramédicaux.

Pour comprendre ce type d'événements, la Direction qualité surveille l'évolution des déclarations et pratique des « quick audit » sur le terrain afin de comprendre l'arrêt brutal d'un certains types de déclarations et de faciliter le dialogue. Dans cet esprit, l'établissement a diffusé une charte de non punition qui stipule que : « toute personne qui aura spontanément signalé sans délai un événement indésirable ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire et/ou administrative du fait de ce signalement. »

Plusieurs cadres supérieurs interrogés ont confirmé l'existence de détournement de l'outil par l'organisation (voir extraits de verbatim ci-dessous) :

Extrait entretien N°10 :

« Tout de suite cela [l'outil de déclaration d'événements indésirables] a été pris pour un ring. De plus, il y a eu de la part de la hiérarchie une vision punitive de l'erreur. Notamment par exemple concernant les erreurs médicamenteuses. Les personnels se faisaient sanctionner par la direction des soins sans qu'il y ait une réflexion sur les causes. L'outil était donc mal parti au départ. Parce que l'outil a été utilisé pour repérer les personnes qui faisaient des erreurs. Évidemment, cela a été complètement délétère en termes de motivation des personnels. »

Extrait entretien N°14 :

« Il y a eu effectivement un problème de respect d'anonymat qui n'a pas aidé dans la mise en œuvre de l'outil. On a vécu en direct des représailles. Notamment pour le médicament, quand l'infirmière se plaignait (sur une déclaration) que la patiente n'avait pas eu son médicament antidouleur, le médecin faisait des représailles. C'est allé jusqu'à des menaces et donc moralement c'était très difficile. J'ai des cadres qui m'ont déjà dit : « j'interdis aux infirmières de faire des GRANIT [Outil informatique de déclaration d'événements indésirables] et s'il y a un problème c'est moi qui le fais ! » Pour éviter les représailles sur les infirmiers. »

Extrait entretien N°19 :

« Parfois certaines personnes déclarent et on leur dit « tiens c'est votre service qui déclare le plus, ce n'est pas normal ! ». Résultat : les personnes ne déclarent plus car on leur dit « ce que vous déclarez ne devrait pas arriver ! » Comment voulez-vous que les gens s'approprient l'outil ! Il y a eu des maladresses managériales hiérarchiques qui n'ont pas favorisé l'implantation de l'outil. »

Ainsi, selon les Directions et les politiques en place l'outil a été plus ou moins détourné, voire utilisé à des fins différentes de son indication première. Pour nuancer ces propos, en 2015, il existait une augmentation des déclarations concernant des erreurs individuelles. Il s'agit là souvent d'un indicateur d'acculturation par le terrain et la hiérarchie. Cela nécessite une confiance réciproque concernant l'analyse des événements. Or, ces détournements par les utilisateurs ou par la hiérarchie sont contre-productifs (PERRIAULT, 1989 ; LACROIX, MIEGE, MOEGLIN, & TREMBALY, 1983 ; VITALIS, 1994 ; FLICHY, 2003) et ne servent pas l'intention première de l'outil qui est celle d'une organisation fiable, transparente et apprenante de la gestion des risques.

### VII.3.2.3 Détournements bénéfiques

Parallèlement les cadres supérieurs interrogés nous ont fait part d'effets secondaires bénéfiques à l'organisation laissant à penser que la finalité première de l'outil a été supplée par des utilisations secondaires bénéfiques pour l'organisation (voir extraits de verbatim ci-dessous)<sup>368</sup>

#### **Outil de gestion facilitateur**

Extrait entretien N°4 :

*« Il me semble que la qualité peut être un levier très utile, je m'explique : les déclarations d'événements indésirables vous permettent de mettre à jour des dysfonctionnements. L'analyse et le traitement de ces dysfonctionnements nous apportent des éléments que nous pouvons utiliser comme un levier de progression pour se positionner, mais aussi pour se protéger. »*

Extrait entretien N°5 :

*« Il faut dire aussi que les déclarations [d'événements Indésirables] permettent de favoriser le dialogue entre les services de soins et les services supports comme par exemple le brancardage. Pourquoi ? Parce que maintenant on se parle entre nous. Mais bien sûr tout cela dépend des liens qu'on a avec les personnes. Derrière l'outil il y a des hommes !! »*

Extrait entretien N°6 :

*« Lorsque « GRANIT » est arrivé, nous avons été fortement incités à rédiger et à mettre en œuvre des procédures. Cela nous a permis également d'acquérir des compétences et des connaissances. La qualité est un grand mot, mais derrière cela si l'on y met des actions, on se rend compte que c'est notre quotidien ! »*

### VII.3.3 Perspective socio-politique de l'appropriation de l'outil du CHRUX

Dans son approche concernant l'appropriation des outils de gestion, De Vaujany (2005) propose trois perspectives d'appropriation : une perspective rationnelle, une perspective socio-politique et une perspective psycho-cognitive. La perspective socio-politique trouve ses fondements théoriques dans l'approche de Bourdieu (2000), Giddens (1984) ou d'Archer (1995) pour la sociologie générale. De ce point de vue, l'appropriation est un « processus collectif social » (DE VAUJANY 2005). L'outil est réinterprété à travers les différentes interactions et dynamiques d'appropriations des acteurs. L'outil est un moyen de valorisation, de reconnaissance pour l'utilisateur, il est lui-même déterminant de l'action collective.

Les différents modes d'appropriation de l'outil au CHRUX traduisent la représentativité sociale des acteurs et les moyens de faire entendre leurs revendications ou réflexions. L'expression traduite dans son utilisation, tels que les mécontentements par rapport au corps médical, les demandes supplémentaires de matériels, voire de règlements de compte, est l'expression des préoccupations des acteurs de terrain et du climat social de l'organisation. La rationalité même de l'outil est transformée par l'interaction outil/utilisateur. Nous avons pu constater à travers cette analyse, que, les structures ne sont pas « encodées » dans la technologie, elles sont émergentes à travers la technologie « en usage (au sens de Giddens, 1984). Les modes d'appropriations de l'outil sont alors des indicateurs qui fournissent des données précieuses sur l'organisation, ses facteurs contextuels et culturels, voire son niveau de maturité possible dans l'intégration de la démarche qualité.

L'histoire d'un outil de gestion est faite de controverses, d'usages détournés, qu'ils soient bénéfiques ou non, mais il est également reconstruit par les concepteurs ou par les utilisateurs. C'est ce que nous nommons « l'actualisation de l'outil dans l'usage » et c'est ce que nous avons pu observer au CHRUX.

<sup>368</sup> Ibid.

## VII.4 Actualisation de l'outil dans l'usage

Suite aux difficultés rencontrées la Direction qualité a formalisé des axes d'amélioration<sup>369</sup> sur plusieurs domaines : la formation des notifiants ; l'information sur l'utilisation et l'intérêt de l'utilisation de l'outil, le type d'événement à déclarer ... ; la mise en place d'une aide technique.

### VII.4.1 Des formations plus spécifiques à l'outil

Des formations mieux adaptées ont été mises en place<sup>370</sup>, moins généralistes et plus spécifiques au terrain en accompagnant les personnels dans l'utilisation de l'outil. Des formations spécifiques ont également été proposées pour les gestionnaires de risque. Ainsi, la Direction qualité a réalisé un gros travail d'accompagnement pédagogique des professionnels de terrain afin de que les utilisateurs puissent participer à l'amélioration de l'outil en explicitant quelles étaient les difficultés techniques qu'ils rencontraient dans l'utilisation de l'outil.

Des fichiers pédagogiques ont été formalisés sur le site Intranet pour aider les professionnels (fiches : « comment déclarer » ; « que déclarer » ...) <sup>371</sup>. Il s'agit de tutoriels à disposition des professionnels. Il existe également des « formations aux outils de la qualité » (Médoc<sup>372</sup>, GRANIT...), qui sont des formations « flash » sur le terrain. Les contenus de ces formations sont téléchargeables et un diaporama d'information a été transmis à tous les cadres.

L'aspect formation a beaucoup été développé. Les professionnels, les cadres ont été formés par l'ingénieur qualité. A l'heure actuelle, ce sont des cadres dédiés, ayant une mission transversale sur la qualité, qui réalisent ces formations.

### VII.4.2 Des améliorations techniques

#### VII.4.2.1 Mise en place d'une cellule de veille technique

Une cellule de veille technique (voir figure ci-après) a été mise en place et a permis de prendre en compte les difficultés des déclarants et à améliorer régulièrement l'outil. Grâce à cela les problèmes techniques ont pu être quantifiés et ils ont pu être suivis d'actions d'amélioration immédiates.

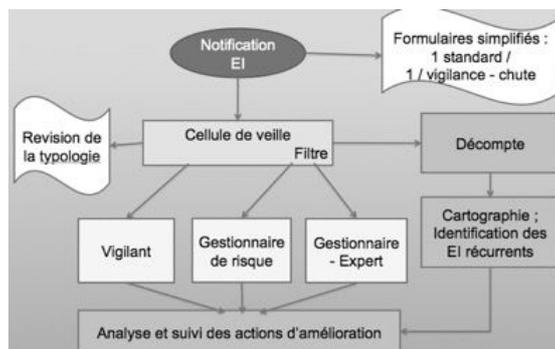


FIGURE 42 : EVOLUTION DE L'OUTIL GRANIT EN 2013 <sup>373</sup>

<sup>369</sup> Voir Annexe 19 : « Suivi travaux évolution GRANIT v6 mise en place le 28 octobre 2013 » représentant le détail des axes d'amélioration mis en œuvre par la Direction qualité.

<sup>369</sup> « Médoc » étant le site Intranet de gestion documentaire.

<sup>373</sup> Extrait du PowerPoint de présentation de la Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins du CHRUX présenté en CME le 27 juin 2013 et du PowerPoint de présentation à la réunion des gestionnaires de risque du 21 mai 2014.

De 2009 à 2013 le formulaire de déclaration est resté le même, en novembre 2013, une nouvelle version a été déployée. L'outil en est à sa sixième version.

VII.4.2.2 Simplification de l'outil

**Le logiciel a été retravaillé** par la Direction du Système d'Information grâce à une exploitation des données et à une redéfinition des besoins avec les gestionnaires de risque. Cela a permis une simplification de la notification. Depuis la version 6.2, il existe un suivi des demandes adressées à la cellule de veille concernant l'outil ainsi que présenté ci-dessous :

Nombre de Type		Total
Résolution	Type	
= problème résolu	Demandes d'améliorations	12
	Divers	45
	Dysfonctionnement (vide)	42
	Demandes d'extraction	10
	Paramétrage	6
<b>Total problème résolu</b>		<b>115</b>
= solution d'attente proposée	Demandes d'améliorations	3
	Dysfonctionnement	7
	Paramétrage	1
<b>Total solution d'attente proposée</b>		<b>11</b>
= solution en attente	Demandes d'améliorations	12
	Divers	1
	Dysfonctionnement	4
	Paramétrage	7
<b>Total solution en attente</b>		<b>24</b>
= (vide)	(vide)	
<b>Total (vide)</b>		
<b>Total général</b>		<b>150</b>

TABLEAU 44 : SUIVI DES DEMANDES GRANIT ADRESSEES A LA CELLULE DE VEILLE<sup>374</sup>

**Une aide écrite, sous forme de procédures et de modes opératoires** a été rendue disponible dans le portail Qualité Gestion des risques fin 2013 début 2014 (voir exemple en annexe<sup>375</sup> ). Une aide à la notification sous forme de séquences vidéo a été mise à disposition dans l'outil de notification lui-même et une aide téléphonique est accessible.

**Les thématiques de notification ont été revues**, puisqu'elles avaient été formalisées à partir d'un cahier des charges qui dataient de 2005. Effectivement, de nouveaux risques sont apparus avec les nouvelles activités (exemple : depuis janvier 2015 des éléments liés aux plaintes et réclamations des usagers.)

Au départ, l'outil a surtout été modifié pour faciliter la déclaration qui peut encore paraître complexe ainsi que le montre la « notice d'aide à l'utilisation de GRANIT » diffusée en janvier 2014 présentée en annexe<sup>376</sup>. Aujourd'hui, la Direction qualité travaille sur l'amélioration de l'outil pour les gestionnaires de risques. La fiche de mission des gestionnaires a été simplifiée. Les gestionnaires avaient en effet auparavant des missions trop importantes (de traitement, d'analyse, de statistiques, de gestion, de mise en place d'actions correctives, la mise en place de tableaux de bord de suivis...) sans pour autant bénéficier d'un temps dédié à leurs missions.

VII.4.2.3 Modifications organisationnelles

« La technique c'est bien, il faut de l'humain derrière ! » nous rapportait l'ingénieur qualité. Ainsi, au-delà de l'aspect technique, le CHRUX a procédé à certaines améliorations concernant l'organisation, le traitement et le suivi des événements indésirables :

- \* Formalisation de procédures.
- \* Mise en place des cellules de veille, d'analyse et suivi de la COVIRIS.
- \* Réactivité sur les événements indésirables graves (EIG).
- \* Formation des gestionnaires de risques et animation d'un réseau.
- \* Formalisation et analyse des tableaux de bord.

<sup>374</sup> Extrait du PowerPoint de présentation à la réunion des gestionnaires de risque du 21 mai 2014.

<sup>375</sup> Annexe 20 : Logigramme « Que devient ma notification d'événement indésirable ? ».

<sup>376</sup> Annexe 21 : « Notice d'aide à l'utilisation de GRANIT à destination des notifiants ».

### VII.4.2.3.1 [Le suivi des déclarations](#)

Un travail a été réalisé en 2014 sur l'amélioration des tableaux de bord de suivi des déclarations. En effet, auparavant, les services n'avaient pas de retour sur le suivi, le nombre, le type de déclarations, dans les différents services. Un comparatif avec l'année précédente est désormais proposé mensuellement.

### VII.4.2.3.2 [L'analyse des déclarations](#)

Dans la nouvelle version de GRANIT, un **rapport circonstancié type** a été intégré. Des sous-catégories d'événements indésirables ont été créées selon une méthodologie de type processus (ex : démarche processus concernant les médicaments : prescription, dispensation, administration).

Lors d'incidents graves, il existe une **méthodologie d'analyse de causes profondes (méthode ALARM)** qui préserve l'anonymat des déclarants. Cet anonymat n'était pas systématiquement respecté auparavant. Le service de réclamation et de relation avec les usagers est désormais intégré au système de déclaration d'événements indésirables. Une réflexion sur la démarche processus de gestion des risques est amorcée depuis 2015. Il existe une cartographie des risques par thématiques (Bloc opératoire...).

**Des relances automatiques** des gestionnaires de risques (à J21 et à J30) en cas de non réponse de la personne sollicitée ont été formalisées.

Mise en place, depuis 2012, d'un **rapport annuel des gestionnaires de risques** et des vigilants, visant à présenter aux instances de l'établissement une analyse la plus fine possible des événements indésirables ainsi que le suivi des actions correctives entreprises par chacun.

Il existe aujourd'hui **une mise à jour annuelle de l'outil** qui permet de montrer une certaine dynamique. En effet, l'amélioration de l'outil a entraîné une augmentation du nombre de déclarations. Entre 2013 et 2014, un pic de déclarations de l'ordre de 155 % a été observé.<sup>377</sup> D'un point de vue statistique, il est désormais possible de savoir quelles sont les déclarations qui n'ont pas été finalisées, mais aussi celles qui ont été traitées par les gestionnaires de risques. Il n'existe pas de statistiques sur l'efficacité des actions.

### VII.4.2.3.3 [Systématisation des formations](#)

La formation des professionnels à la déclaration des événements indésirables est en cours de déploiement sur la base d'un plan prévisionnel annuel, d'un programme et de supports de formation établis. Ainsi, il existe des formations « *Itinéraire qualité* » réalisées par les cadres en charge de la qualité auprès des professionnels et téléchargeables sur le site Intranet du CHRUX<sup>378</sup>. Des interventions ponctuelles sont faites aux différentes catégories de personnel. Ces formations permettent également de communiquer en général sur l'outil.

---

<sup>377</sup> Ces chiffres sont à relativiser par la mise en place d'un nouveau dossier patient informatisé qui a entraîné beaucoup de déclarations.

<sup>378</sup> Ces itinéraires qualité comporte différents Powerpoint de formation : « La politique qualité au CHRUX, que puis-je en attendre, que dois-je faire ? » ; « Les événements indésirables à l'hôpital, pourquoi les déclarer ? » ; « Qu'est-ce que la certification HAS ? la certification au CHRUX, Quels sont les enjeux ? » ; « Comment annoncer au patient un dommage lié aux soins » ; « L'identitovigilance au CHRUX ».

VII.4.3 Bilan des améliorations opérées

De nombreuses améliorations de l'outil ont été apportées elles sont résumées dans la figure suivante :

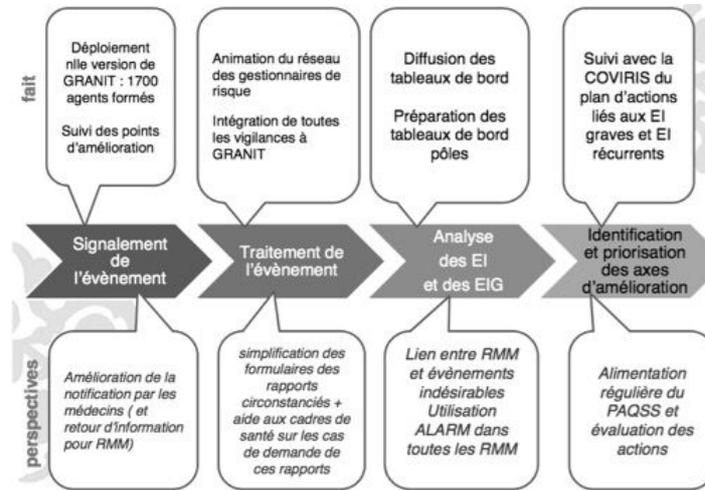


FIGURE 43 : PRESENTATION DES DIFFERENTES EVOLUTIONS DE L'OUTIL GRANIT EN 2013<sup>379</sup>

Les évolutions techniques et organisationnelles ont contribué à une amélioration du nombre de déclarations<sup>380</sup> même s'il reste toujours des améliorations à mener dans le cadre du traitement des événements indésirable ainsi que le montre la figure suivante :

NOMBRE DE NOTIFICATION	NOMBRE DE NOTIFICATION	EVOLUTION DES DONNEES			Cumul 2014		Cumul 2013	
					Nb	%	Nb	%
953	261	692	265,13%	Non transmises par les notifiants	79	8,3%	20	7,7%
				Non traitées par les gestionnaires	261	27,4%	10	3,8%
				Traitées par les gestionnaires	613	64,3%	231	88,5%

FIGURE 44 : TABLEAU DE BORD DE SUIVI DES EVENEMENTS INDESIRABLES<sup>381</sup>

VII.4.3.1 Bilan du déploiement de la nouvelle version

Un bilan du déploiement de la nouvelle version V6 de l'outil GRANIT a été réalisé en janvier 2014<sup>382</sup> par le biais d'un questionnaire de satisfaction. Ce bilan a été réalisé auprès des professionnels notifiant et auprès des gestionnaires de risque (437 personnes concernées). Il montre une augmentation de 63% des notifications et une perception par les utilisateurs d'un outil plus simple. En mars 2014, le nombre de notifications était en forte augmentation par rapport aux chiffres de janvier 2013 (261 notifications en 2013 contre 953 en 2014).

Fin Avril 2014, 1675 professionnels ont été formés à l'outil. Les formations apportent un gain de temps dans l'utilisation de l'outil, il existe plus de 1600 professionnels formés, 50 gestionnaires formés à la nouvelle version de l'outil. 33 % des personnels formés sont des infirmiers (cette catégorie représente la plus grande masse salariale).

<sup>379</sup> Ibid.

<sup>380</sup> Voir Annexe 22 : « Tableaux de bord des notifications GRANIT 2012, 2013, 2014 ».

<sup>381</sup> Présenté en Assemblée Générale des cadres au CHRUX le 22 mai 2014.

<sup>382</sup> Source : « Enquête de satisfaction formation GRANIT – Mai 2014 ».

Des efforts concernant la communication ont été réalisés depuis 2013, notamment par la publication d'informations sur l'Intranet du CHRUX rubrique : « *Info du jour* », dont la synthèse est présentée en annexe.<sup>383</sup>

*VII.4.3.2 Impact culturel*

L'ensemble des actions mises en œuvre par la Direction qualité a pour but de développer une culture qualité commune notamment grâce au développement programmé de la formation<sup>384</sup> à l'utilisation de l'outil pour les professionnels, mais également pour les équipes des directions fonctionnelles ou pour les nouveaux arrivants.

*VII.4.3.3 Impacts sur l'usage*

Les actions d'amélioration<sup>385</sup> ont contribué à la formalisation de règles de fonctionnement et d'organisation notamment. La simplification du logiciel de notification et la mise en place d'un programme de formation des notifiants ayant permis la formation de plus de 1700 professionnels ont conduit à une augmentation de plus de 50 % des notifications en un an. Le rythme est encore plus soutenu sur 2014. Cette évolution a permis de parachever la centralisation du suivi de toutes les notifications produites au sein de l'établissement.

Une nette amélioration de la phase d'analyse des événements indésirables a pu être constatée. En effet, la réalisation d'une analyse des causes profondes à chaud dès la notification de l'évènement est acceptée et appréciée par les équipes. Des guides d'accompagnement des équipes à l'information du patient sur les dommages liés aux soins sont proposés et facilite la compréhension de l'intérêt de l'outil de déclaration.

*VII.4.3.4 Impact sur l'appropriation et le rapport des utilisateurs à l'outil*

Les résultats de l'enquête quantitative ont permis de confirmer le ressenti de l'évolution de l'outil sur les différents points abordés précédemment puisque 55,3% des répondants témoignent d'une évolution de l'outil (voir figure ci-après).

L'ensemble des réponses font état d'au moins une modification de l'outil (un déclarant précise qu'il y a déjà eu 13 modifications.) En majorité il s'agit de simplification de l'outil dans son utilisation (119 réponses dans ce sens). Beaucoup d'évolutions techniques sont rapportées (85 réponses), elles concernent l'ergonomie, la convivialité du logiciel de déclaration et la diminution du temps nécessaire pour une déclaration. Le reste des évolutions rapportées concernent des évolutions de fond sur le contenu des items à cocher (23 réponses) et sur l'amélioration dans le suivi de l'évènement déclaré (23 réponses).

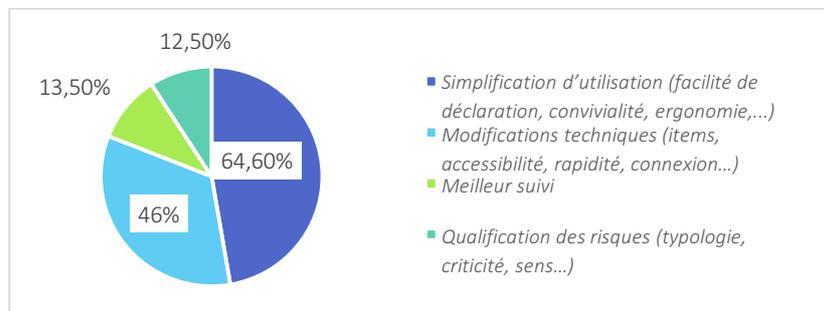


FIGURE 45 : TYPE D'EVOLUTION DE L'OUTIL OBSERVE

<sup>383</sup> Voir annexe 23 : « *Infos du Jour autour de GRANIT sur la période octobre 2013 – avril 2014* ».

<sup>384</sup> Source : PowerPoint de présentation à l'Assemblée générale des cadres du 22 mai 2014 « *préparation de la visite de suivi* ».

<sup>385</sup> Constats d'évolution réalisés fin 2014. Source : entretien avec l'ingénieur qualité du CHRUX.

#### VII.4.4 Difficultés résiduelles

Il existe cependant des difficultés résiduelles.

##### \* *Concernant les professionnels notifiants*

Les déclarants sont encore peu informés sur la suite donnée aux déclarations qu'ils ont faites. Cela pour deux raisons :

1. Le déclarant peut déclarer un événement indésirable grâce à son adresse mail personnelle. Dans ce cas, il existe des difficultés techniques pour que le déclarant ait un retour sur le suivi de l'événement indésirable qu'il a notifié.
2. Le déclarant doit se connecter pour connaître le suivi de sa notification. Cette étape est souvent négligée, pour autant le travail d'analyse de l'événement indésirable a pu être réalisé.

Ainsi, certains déclarants peuvent penser qu'il n'y a pas d'analyse des déclarations, car ils ne savent pas qu'il faut aller regarder sur le logiciel pour connaître le suivi de la déclaration.

Certaines remarques des professionnels interrogés<sup>386</sup> sur l'utilisation de GRANIT illustrent ces propos :

*« J'ai fait une déclaration sur GRANIT il y a quelques mois. A ce jour je n'ai eu AUCUNE réponse. La formation est une chose mais la crédibilité de l'efficacité de GRANIT reste à démontrer... »*

*« Insister sur le fait que déclarer un événement permet une progression des pratiques et non une sanction. »*

*« Il faudrait donner ou mettre sur l'intranet un document résumant la démarche à suivre car la survenue d'événements indésirables n'arrive pas tous les jours fort heureusement et lorsque cela arrive cela peut prendre du temps à se souvenir des différentes étapes. »*

##### \* *Concernant l'outil*

Quelques difficultés persistent, c'est pourquoi l'établissement s'est engagé à poursuivre l'évolution technique de l'outil par les actions suivantes<sup>387</sup> :

- . Supprimer les mails automatiques GRANIT par des mails plus parlants à destination des notifiants et gestionnaires de risques ;
- . Modification technique des boutons « enregistrer et terminer » ;
- . Relance automatique des gestionnaires de risque ;
- . Rendre possible l'accès aux fiches de notifications en lecture seule ;
- . Implémenter dans l'outil des fiches spécifiques comme les chutes.

##### \* *Concernant l'organisation*

Actuellement, il existe d'autres outils de gestion traitant de la démarche qualité au même titre que l'outil GRANIT. Ainsi, par exemple, le CHRUX dispose d'un logiciel de traitement des dysfonctionnements logistiques (COSWIN), il existe également un système de gestion des dysfonctionnements informatiques (Centre de services). Un extrait d'un document à valeur pédagogique « Que déclarer dans GRANIT ? » diffusé en novembre 2014 illustre ces propos :

*« Tout événement indésirable est à déclarer sauf les incidents informatiques ponctuels (contacter le centre de service informatique), les accidents du travail (doivent faire l'objet d'une déclaration avec le formulaire spécifique à la DRH) et les problèmes ponctuels relevant des services techniques (faire une déclaration d'un incident dans COSWIN). »*

Ces circuits parallèles ne permettent pas une lisibilité globale de la gestion des dysfonctionnements sur l'établissement. Il existe des confusions de la part des déclarants concernant le bon outil à utiliser en fonction du type de déclaration à faire. Les passerelles entre ces différents outils sont difficiles car il est impossible techniquement d'intégrer ces autres logiciels à l'outil de déclaration.

<sup>386</sup> Source : « Enquête de satisfaction formation GRANIT - Mai 2014 ».

<sup>387</sup> Extrait du bilan 2013 de la gestion des événements indésirables au CHRUX.

### VII.4.5 Les controverses

En 2010, la Direction qualité s'est interrogée sur l'intérêt de changer de logiciel de déclaration des événements indésirables. Or, après analyse, les difficultés rencontrées étaient moins d'ordre techniques que liées à une mauvaise utilisation. Ainsi, les problématiques rencontrées ne sont pas liées à l'outil, mais à l'appropriation de cet outil par les utilisateurs. L'ingénieur qualité fait partie d'un réseau national de responsables qualité et a eu l'occasion d'échanger avec ses collègues sur ce sujet. Les outils de déclaration d'événements indésirables sont souvent différents, pour autant les difficultés restent les mêmes. Il semble que les problèmes d'utilisation soient plutôt liés à l'organisation mise en œuvre autour de l'outil et non à l'outil lui-même.

D'autre part si la mise en œuvre de l'outil GRANIT a connu des difficultés dans son déploiement technique en 2009, c'est parce que l'outil a été développé en interne au fil de l'eau. Il y a eu de nombreux référents techniques qui ne portaient pas le même discours. La culture de déclaration des événements indésirables était également peu développée au CHRUX, cela n'a pas favorisé l'intégration de l'outil. Les coûts financiers d'évolution de l'outil<sup>388</sup> sont également un frein. Ainsi, pour exemple une simple modification de l'intitulé des boutons « Enregistrer » et « Enregistrer et terminer » a été évaluée à 5000€ HT.

### VII.4.6 Considérer l'outil comme réducteur de complexité

Selon Berry l'outil de gestion est un moyen de réduire la complexité. En effet, dans la phase d'usage de l'outil, nous avons pu le constater, s'opèrent des ajustements, des simplifications, des échanges afin de rapprocher l'outil des réalités organisationnelles (BERRY, 1983). Les utilisateurs s'emparent des imperfections de l'outil pour co-construire ou re-construire l'usage prédéterminé lors de la conception de l'outil.

Cette transformation par les utilisateurs démontre une « *chaine innovante* » (AKRICH, 1991 ; PROULX, 2001 ; NOBRE & BIRON, 2002) donnant à l'outil un statut propre d'autonomisation. Ainsi, toutes les étapes du cycle de vie de l'outil sont à prendre en considération car elles sont riches d'éléments éclairant les règles et les ressources qui constituent le système social et structurent l'organisation.

L'histoire de l'outil est le reflet des capacités de l'organisation à s'adapter, à s'acculturer aux évolutions et, dans notre exemple, aux principes qualité.

---

<sup>388</sup> L'outil GRANIT est hébergé par la société Ennov développeur de logiciel.

## VIII Les enseignements de l'expérimentation : vers un modèle

---

L'exemple de la mise en œuvre de l'outil de gestion étudié dans ses dimensions fonctionnelles, structurelles et processuelles démontre la nécessité de penser l'outil depuis sa conception jusqu'à son usage tout en intégrant les dimensions contextuelles, humaines et techniques. En effet, le questionnement de l'outil dans ses différentes composantes nous rend compte des principes d'organisation, des systèmes, des rapports sociaux, mais également des pratiques d'intégration dont il témoigne.

Cette étude de cas s'étend sur une période de trois années. Le nombre et la richesse des données secondaires et primaires ont permis de comprendre le contexte organisationnel, l'histoire de l'outil en situation, de repérer les acteurs dans leurs rapports à l'outil et donc de reconstituer l'histoire de l'outil, d'identifier ses effets ou les transformations qui l'accompagnent.

L'expérimentation du cas du CHRUX nous renseigne sur les dimensions qu'il faut considérer afin d'objectiver les facteurs d'intégration de la démarche qualité.

### VIII.1 Le contexte organisationnel

Cette étude témoigne de la nécessaire considération du contexte organisationnel dans le cadre de l'appropriation d'un outil de gestion de la qualité. La structure organisationnelle, ainsi que le niveau de développement d'une culture qualité, sont déjà des indicateurs sur les modalités d'intégration de la démarche qualité.

#### VIII.1.1 Dimensionnement de l'organisation non significatif

La qualification de l'organisation hospitalière n'est pas un facteur déterminant. Cette organisation qualifiée par De Kervasdoué de « complexe » (DE KERVASDOUÉ, 2015, pp. 5-10) l'est effectivement de par l'étendue des compétences, des qualifications et des champs d'activités dont elle a la charge. Cette complexité n'est d'ailleurs pas uniquement liée à la taille de l'établissement, même si dans notre étude nous avons pu constater un certain engourdissement organisationnel occasionné par une stratification de ses composantes qui ne favorise pas les échanges et les liens interstitiels.

Cependant, la complexité de la structuration de l'organisation de la qualité et gestion des risques que nous avons pu observer est sans doute un des facteurs opacifiant l'intégration d'une réelle démarche qualité. En effet, l'organisation qualité observée repose sur de multiples structures ou organes de commandement entraînant une dilution inévitable des responsabilités et donc une opérationnalisation non optimale. Les acteurs de terrain ont d'ailleurs du mal à exprimer ce qu'il comprend de cette structuration. Nous avons pu observer des confusions quant à la définition de telle ou telle structure de veille, comité de pilotage ou groupe de coordination.

### VIII.1.2 Outil de gestion et culture qualité

#### VIII.1.2.1 Compréhension nécessaire du niveau de maîtrise organisationnel

Le niveau de développement de la culture qualité de l'organisation est un indicateur précieux d'un niveau de maturité organisationnel<sup>389</sup> qui permettrait une réelle appropriation des outils de gestion de la qualité. Plusieurs éléments observés nous renseignent sur des composantes à prendre en compte :

- \* *Le décalage entre le discours organisationnel et l'objectivité de mise en œuvre de l'outil ;*
- \* *La perception persistante par le terrain d'un clivage entre les principes qualité et la pratique réelle ;*
- \* *Des préceptes qualité acquis mais non traduits dans les pratiques ;*
- \* *Un sentiment persistant d'ingérence réglementaire, technocratique non adaptée à l'organisation ;*
- \* *Un sentiment de remise en cause perpétuel de ce qui était acquis et donc d'une surcharge de travail ;*
- \* *Des outils de gestion non adaptés aux pratiques réelles ;*
- \* *Peu de valorisation de l'investissement produit.*

La nécessaire adaptation des organisations de santé aux exigences de performance et de rationalisation des coûts doit également répondre aux ajustements indispensables face aux évolutions réglementaires. S'interroger sur la capacité de maîtrise de son système organisationnel et sa propension à s'accommoder des évolutions est un moyen de situer l'organisation et de comprendre les prédispositions de l'organisation à intégrer les transformations à venir.

#### VIII.1.2.2 L'accompagnement des méthodes

Une des pistes de développement d'une culture qualité est l'accompagnement des méthodologies et outils qualité au plus près de l'activité. L'ingénieur qualité que nous avons interrogée au CHRUX estime qu'il serait pertinent de développer des «*référents méthodologiques*» sur le terrain afin de former, de soutenir et de promouvoir les méthodes d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques. La mise en œuvre, in situ de démarches d'amélioration continue de la qualité avec les professionnels concernés est essentielle pour l'appropriation et le déploiement d'une culture qualité.

Or, la notion même de «*méthodologie qualité*» est souvent rédhibitoire pour les professionnels. Selon l'ingénieur qualité du CHRUX et nous partageons ce point de vue, il est plus efficient d'accompagner les équipes en appliquant les méthodes qualité sans les nommer. En effet, les professionnels ont subi des vagues successives d'injonctions réglementaires accompagnées de «*nouvelles méthodologies qualité*» plus ou moins populaires. La qualité doit s'adapter au terrain et non l'inverse. Une certaine souplesse est nécessaire afin de ne pas contraindre les pratiques ou heurter les sensibilités. Il est important de réduire le décalage entre les préceptes prônés et la pratique réelle.

Pour autant, la philosophie véhiculée par l'institution et par les responsables en charge de la qualité a une part de responsabilité. Les porteurs d'une idéologie étriquée qui, au nom de principes fondateurs de la qualité, ont imposé des méthodologies contraignantes, non adaptées aux pratiques réelles et aux contextes spécifiques, ont été préjudiciables à l'appropriation d'une culture qualité décomplexée et intégrée à l'organisation.

Le développement d'une culture qualité et gestion des risques au CHRUX s'est traduit par le renforcement du traitement des événements indésirables graves en étroite collaboration avec les équipes concernées. La phase de suivi des événements indésirables est mieux

---

<sup>389</sup> Nous entendons par «*maturité organisationnelle*», la maturité organisationnelle dans le domaine de la qualité et gestion des risques uniquement en nous appuyant sur les recommandations de la HAS. («*Guide méthodologique à destination des établissements de santé - Certification V2014 - V.2.1bis*» - Mars 2016 - Partie 8.4).

communiquée aux déclarants et la Direction qualité s'est employée à valoriser les professionnels. Les formations concernant l'outil de gestion des événements indésirables ont été mieux adaptées aux spécificités de terrain. Et de fait, la perception des acteurs est plus favorable.

## VIII.2 La prise en compte de l'outil dans toutes ses dimensions

L'observation de l'outil dans une dynamique contextuelle permet de comprendre les effets de l'instrumentation sur le social et ceux du social sur l'instrumentation. Il est alors possible de concevoir ce qui lie l'outil à l'utilisateur et d'observer les déterminants clés de l'outil, c'est-à-dire les facteurs intégratifs ou les facteurs de dispersion qui permettront d'envisager les éléments d'intégration possible de la démarche qualité (voir tableau ci-après) :

Représentation in situ	Facteurs intégratifs	Facteurs de dispersion
<b>Dimension fonctionnelle</b> (fonction de l'outil)		
<i>Conception : conformité à la réglementation ; stratégie de régulation du risque</i>	<i>Dimension collective, accessibilité de l'outil.</i>	<i>Structuration organisationnelle de l'outil complexe.</i>
<b>Dimension structurelle</b> (intention de conception/vécu utilisateurs)		
<i>Conception par des experts hautement qualifiés</i>	<i>Philosophie de l'outil : amélioration des pratiques. Utilisateurs = acteurs de terrain.</i>	<i>Non intégration des utilisateurs dans la conception.</i>
<b>Dimension processuelle</b> (modalités d'appropriation)		
<i>Outil vivant</i>	<i>Solidarité d'usage. Types d'appropriation (utilisations imprévues, détournement...). Actualisations de l'outil.</i>	<i>Détournement organisationnel Manque d'accompagnement.</i>

TABLEAU 45 : DETERMINANTS CLES DE L'OUTIL APRES ANALYSE DE L'OUTIL « AGISSANT »

### VIII.2.1 Une phase conceptuelle déterminante

#### VIII.2.1.1 L'esprit ancré dans la technologie

La finalité de l'outil, les enjeux réglementaires ou stratégiques déterminent d'emblée l'intentionnalité qui est intégrée dans l'instrumentation elle-même. La conception de l'outil est la phase qui insuffle l'esprit de la technologie, qui permet d'encoder la structure dans l'outil. L'outil fait référence à la notion « *d'instrument* »<sup>390</sup> et donc d'actionnabilité par les utilisateurs. Or, nous avons pu constater que la phase de conception de l'outil du CHRUX a plus répondu à des exigences réglementaires et stratégiques qu'à une réelle compréhension du contexte et des éléments qui auraient pu faciliter sa mise en œuvre :

- \* **La structuration organisationnelle de l'outil** : une organisation complexe du suivi et du traitement des événements indésirables.
- \* **Les leviers d'actions** : des managers qui considèrent l'outil comme un levier managérial et une aide à l'amélioration des pratiques.

<sup>390</sup> Gilbert (1998) préfère cette appellation à celle d'outil qui renverrait à une vision plus passive de l'usage.

### VIII.2.1.2 L'intégration des utilisateurs dès la conception

Les conditions de vie de l'outil en usage sont déterminées dans la phase de conception. Le résultat escompté est plus aléatoire lorsque la conception technique de l'outil est réalisée par des experts de leurs domaines (en l'occurrence par des médecins) sans intégrer, dans cette phase, les utilisateurs qui sont pourtant les acteurs au plus proche de l'activité réelle. La non intégration de cette future interaction outil/utilisateurs dans la phase conceptuelle est néfaste dans le processus de développement de l'outil.

En effet, la prise en compte des attentes, des réalités de travail dès la conception permet d'ancrer une collaboration dans la mise en œuvre et un renforcement mutuel entre l'intention du concepteur et l'usage. Cela est d'autant plus important que l'on sait qu'il existe entre la phase conceptuelle à distance et l'usage une « *flexibilité interprétative et instrumentale* » (DE VAUJANY, 2006 p.116). Selon Giddens, ce sont bien les utilisateurs et les actions individuelles et collectives qui participent au processus de routinisation de l'outil (GIDDENS, 2012, pp. 70-73).

Ainsi, la réflexion dès la conception de la prise en compte des utilisateurs est cruciale, car les outils de gestion créent un système de significations grâce à l'interprétation qu'en font les utilisateurs et qui permet socialement de donner un sens à l'organisation. Cela est d'autant plus vrai si on considère que les outils sont ainsi perçus comme vecteur de réflexivité (MOISDON, 1997 ; DAVID, 1998), d'apprentissage organisationnel, de structuration des relations entre acteurs. La démarche qualité est elle-même porteuse dans ses préceptes de cette dimension d'apprentissage et d'amélioration continue.

### VIII.2.2 Une technicité de l'outil adaptée au contexte

Nous avons pu observer dans l'étude du cas du CRHUX que l'étude contextuelle de l'outil lors de son implantation n'a pas su mettre à jour l'existence parallèle d'autres outils de gestion (présents ou à venir) qui pouvaient interagir avec l'utilisation de l'outil de gestion des événements indésirables. La prise en compte des outils déjà présents demande de développer une vision systémique de l'organisation sur des dimensions techniques et de gestion.

En outre la complexité technique de l'outil et son implantation brutale sans réel accompagnement ont été des facteurs défavorisant pour l'appropriation de l'outil ainsi que l'exprime dans le *verbatim* suivant un cadre supérieur interrogé et qui conforte l'idée que les utilisateurs sont partie prenante lorsqu'ils se sentent intégrés aux évolutions :

*Extrait entretien N°21 :*

*« Je pense que cet outil n'a pas favorisé l'intégration d'une culture qualité. Car sa mise en place a été très brutale et je pense qu'il faut laisser le temps aux gens d'intégrer les évolutions. Pourtant j'adhère totalement à la démarche qualité... »*

### VIII.2.3 Les conditions de l'appropriation

#### VIII.2.3.1 L'accompagnement de l'outil

L'appropriation de l'outil ainsi que nous avons pu l'observer nécessite de considérer l'utilisateur comme un maillon central puisque l'utilisation itérative de l'outil, le contrôle réflexif ou non intentionnel qu'exerce l'utilisateur permet la reproduction des pratiques institutionnalisés au sens de Giddens (GIDDENS, 2012). L'accompagnement de l'outil au plus près de l'activité et des utilisateurs est dès lors une phase essentielle et incontournable, car elle pose les bases de la future intégration de l'outil, de son usage et de son appropriation.

VIII.2.3.2 Considérer l'outil comme « agissant »

L'outil de gestion est un outil vivant, en mouvement, il qui passe par différents cycles de vie. Il est construit, déconstruit, reconstruit, il est approprié ou détourné par les utilisateurs, son usage est pérenne ou parcellaire, sa technicité évolue, son intentionnalité se transforme, il s'adapte au non aux facteurs de contingences internes ou externes.

En effet, dans la phase d'usage de l'outil, s'opèrent des ajustements, des simplifications, des échanges afin de rapprocher l'outil des réalités organisationnelles (BERRY, 1983). Les utilisateurs s'emparent des imperfections de l'outil pour co-construire ou re-construire l'usage prédéterminé lors de la conception de l'outil. Il existe toujours une part d'imprévisibilité dans l'usage et, même si l'esprit de l'outil est encodé dans sa phase conceptuelle, la dynamique d'usage est difficilement prévisible (DESANCTIS & POOLE, 1994). « L'usage conforme » diffère de « l'usage réel » selon Perriault (1989).

Dans le cas observé l'outil est intégré aux pratiques, il a connu des phases d'adaptation complexes, des remaniements autant techniques qu'organisationnels. Même si l'implantation de l'outil de gestion des événements indésirables du CHRUX a connu de fortes contraintes techniques, une intentionnalité parfois détournée par la hiérarchie, ou encore une impression de charge de travail supplémentaire, au final, la majorité des utilisateurs y voit un outil d'amélioration des pratiques professionnelles et des méthodes de travail.

Les modes d'appropriation de l'outil sont alors des indicateurs qui fournissent des données précieuses sur l'organisation, sa qualification et son niveau de maturité notamment concernant le niveau d'intégration de la démarche qualité. C'est l'observation de l'outil en usage, à travers les micro-pratiques, qui permet de comprendre les interstices créateurs de valeur, mais aussi les failles de l'outil (voir exemples observés dans l'encadré ci-dessous) :

<b>Valeur ajoutée</b>	<b>Failles</b>
<i>Levier de compréhension des difficultés réelles de pratiques.</i>	<i>Sous-utilisation de l'outil.</i>
<i>Déclencheur d'innovations.</i>	<i>Détournements hiérarchiques (culpabilisation).</i>
<i>Amélioration des échanges interdisciplinaires.</i>	<i>Règlements de comptes, revendications.</i>
<i>Amélioration des pratiques.</i>	<i>Interférence avec d'autres outils.</i>

TABLEAU 46 : EXEMPLES D'APPORTS DE L'OUTIL EN USAGE SELON L'ETUDE MENEES AU CHRUX

Ce sont d'ailleurs souvent les détournements ou les utilisations imprévues qui rendent compte du déterminisme social de l'outil et renseignent sur le niveau d'adaptabilité voire de maturité des acteurs de terrain dans la compréhension des préceptes qualités sous-tendus dans l'outil en question. Cette transformation par les utilisateurs démontre une « chaîne innovante » (AKRICH, 1991 ; PROULX, 2001 ; NOBRE & BIRON, 2002) donnant à l'outil un statut propre d'autonomisation.

Ainsi l'observation de l'outil durant tout son cycle de vie, la prise en considération par les concepteurs et les dirigeants des différentes étapes d'appropriation, de détournement, voire de rejet par les utilisateurs permet, ainsi que nous avons pu l'observer, une actualisation bénéfique de l'outil. Cette attention particulière portée sur la dynamique collective d'appropriation envoie un signal fort aux professionnels d'une prise en compte de leurs réalités de travail, voire d'une valorisation des efforts engagés.

### VIII.2.3.3 Considérer l'appropriation comme un « processus collectif social »<sup>391</sup>

Au-delà d'une vision purement instrumentale, les outils de gestion ont une dimension symbolique qui s'inscrit dans une dynamique de l'action collective. L'outil interagit avec des acteurs-utilisateurs dans le processus d'appropriation. Ainsi que le suggère Giddens (1984), il est nécessaire de considérer la dynamique des systèmes et considérer l'individuel et l'institutionnel comme deux éléments en lien.

L'outil est réinterprété à travers les différentes interactions, dynamiques d'appropriations par les acteurs, il détermine en quelque sorte l'action collective. Les différents modes d'appropriation de l'outil au CHRUX traduisent la représentativité sociale des acteurs et les moyens de faire entendre leurs revendications ou réflexions. La rationalité même de l'outil est transformée par l'interaction outil/utilisateur.

C'est en ce sens que nous rejoignons les propos de Giddens (1984) les structures ne sont pas « encodées » dans la technologie, elles sont émergentes à travers la technologie « en usage ».

## VIII.3 Ebauche d'un modèle

L'histoire de l'outil dans l'exemple de l'organisation du CHRUX démontre le caractère à la fois habilitant et contraignant de l'outil ainsi que le soutient Giddens (1984). L'outil est porteur de structures sociales. Or, c'est l'interaction de l'outil et de l'utilisateur, qui non seulement, contribue à institutionnaliser les structures existantes, mais est également génératrice de structure. Il existe bien une dynamique de transformation sociale (ORLIKOWSKI 1992 ; DE VAUJANY 2003) qui s'apparente à une co-émergence dans l'usage. Ainsi, la structure ne peut être programmée dans la technologie. De même, les pratiques des utilisateurs autour de l'outil sont intégrées à un contexte spécifique.

Cependant, le niveau de co-émergence est différent selon le contexte et dépend de certains critères :

- \* *La finalité organisationnelle de l'outil ;*
- \* *L'intégration des utilisateurs dès sa conception et durant son usage ;*
- \* *Son actualisation dans l'usage ;*
- \* *Le niveau de maturité de l'organisation dans le domaine de la culture qualité.*

D'autant plus que la rationalité instrumentale portée par l'outil montre dans cette étude qu'elle n'est pas toujours en phase avec la rationalité contextualisée des acteurs/utilisateurs. La théorie de la structuration de Giddens nous apporte un éclairage sur la notion de dynamique des systèmes et l'intérêt de considérer l'individuel et l'institutionnel comme deux éléments concomitants.

Notre approche vise ainsi à comprendre l'organisation de santé dans ses spécificités :

- \* *Impact des spécificités de soins sur la dimension qualité et sécurité des soins ;*
- \* *Niveau de maturité organisationnel face à l'évolution des concepts de qualité et de gestion des risques ;*
- \* *Niveau de performance de l'organisation dans le domaine de la qualité au regard des résultats des procédures de certification ;*
- \* *Niveau de développement de la culture qualité ;*
- \* *Niveau d'appropriation des outils de gestion de la qualité existants.*

<sup>391</sup> Selon la perspective socio-politique d'appropriation défendue par De VAUJANY (2005).

L'observation de l'organisation selon des déterminants préétablis (voir figure ci-après) est une méthode de recensement des leviers d'intégration possible d'une démarche qualité.

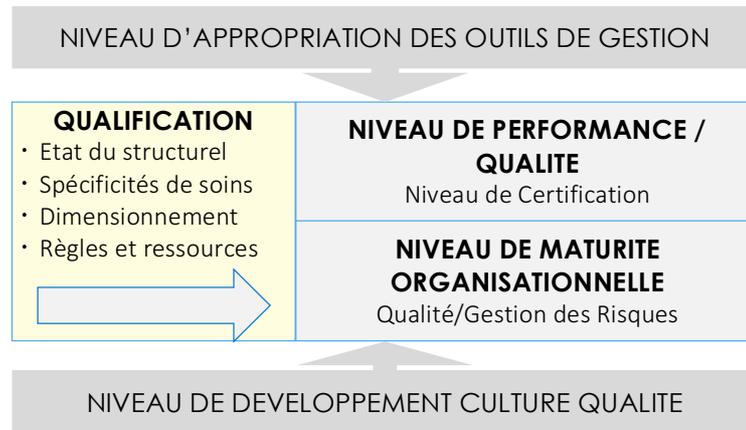


FIGURE 46 : DETERMINANTS PERMETTANT UN RECENSEMENT DES LEVIERS D'INTEGRATION DE LA DEMARCHE QUALITE

Ces premiers enseignements tirés de l'observation d'un outil de gestion de la qualité dans une organisation hospitalière nous ont conduit à mener une seconde étude sur un autre terrain de recherche afin d'expérimenter cette première ébauche de modèle et surtout de nous positionner comme chercheur accompagnant.

Ces enseignements ont été confortés par l'expression des cadres supérieurs interrogés et que nous présentons ci-après.

LES ENSEIGNEMENTS DE L'EXPERIMENTATION : TEMOIGNAGES DES MANAGERS

<p><b>La portée démocratique des outils de gestion</b></p>	<p>Extrait entretien N°17 :  <i>« Cela peut aussi être un bon outil de management parce que ça peut mettre en exergue des choses qui sont généralement invisibles... »</i>  <i>« Mais il faudrait presque un GRANIT pour signaler les événements « désirables » c'est-à-dire utiliser l'outil pour dire ce jour-là j'étais très content, le brancardier était super sympa, le docteur machin a été drôlement aimable, ce jour-là j'avais tout ce qu'il fallait au niveau de la pharmacie etc. »</i></p> <p>Extrait entretien N°16 :  <i>« C'est une histoire de communication mais aussi de volonté personnelle. Il faut qu'il y ait une volonté d'appartenance à l'institution et non pas une volonté d'appartenance à son service »</i></p> <p>Extrait entretien N°19 :  <i>« La déclaration peut être intéressante aussi pour d'autres personnes. Certaines personnes peuvent dire « tiens, nous on n'a pas eu ce type d'événement mais cela pourrait arriver dans notre service. » Donc l'utilité de l'outil à un intérêt pédagogique. »</i></p>
<p><b>Le nécessaire rôle organisationnel</b></p>	<p>Extrait entretien N°21 :  <i>« Tant qu'il n'y aura pas de retour sur investissement, les gens ne déclareront pas des incidents puisque rien n'est fait ensuite. Tout le monde dépense beaucoup d'énergie mais derrière au niveau des actions institutionnelles il y a une lenteur qui ne favorise pas l'acceptation de ce genre d'outil. Il me semble que c'est la politique « des petits pas » qui nous permet d'avancer et d'intégrer la qualité dans nos pratiques. C'est ce qui fait progresser les choses. »</i></p>
<p><b>Un outil révélateur de failles organisationnelles</b></p>	<p>Extrait entretien N°2 :  <i>« Il y a un effet pervers du système, c'est que maintenant grâce à cet outil, on se rend compte qu'il existe des personnes non compétentes et cela met en avant des difficultés d'insertion des personnels. Il est important de prendre du recul. »</i></p>
<p><b>La non prise en compte des utilisateurs</b></p>	<p>Extrait entretien N°17 :  <i>« Je pense que l'outil n'apporte pas que des inconvénients. Il faudrait de temps en temps que les experts écoutent la base ! Si on nous avait un peu écouté, on aurait pu avoir une meilleure organisation. Et ce n'était pas à défaut d'en avoir parlé à l'époque ! »</i></p>
<p><b>L'accompagnement in situ de l'outil</b></p>	<p>Extrait entretien N°17 :  <i>« Au début de la mise en place d'outils, il est évident que lorsqu'on a vu arriver « les gens de la qualité », qui venaient comme de vrais inspecteurs pour vérifier et contrôler ce qui n'allait pas, on n'a pas eu l'impression d'avoir quelqu'un qui venait vous aider, nous accompagner, mais quelqu'un qui venait vous juger, décortiquer ce qui n'allait pas. Actuellement il faut faire des cartographies des risques pour autant on n'a jamais expliqué que c'était un risque... »</i></p>
<p><b>La présence de freins culturels</b></p>	<p>Extrait entretien N°11 :  <i>« Dans notre pôle il y a quelque temps encore aucun médecin (sur 70 médecins) n'a pas souhaité être référent qualité. Evidemment cela freine l'adhésion et la dynamique qualité. La difficulté et qu'au niveau médical il n'y a pas de hiérarchie, c'est un corporatisme. Cela démotive souvent les soignants. Comment voulez-vous faire adhérer les équipes dans ce contexte ! Notamment lorsque la culture qualité n'est pas du tout partagé par le corps médical. »</i></p>
<p><b>Des évolutions négatives possibles</b></p>	<p>Extrait entretien N°17 :  <i>« Quand GRANIT est apparu cela m'a paru une excellente idée. Pourquoi ? Parce que je pensais que c'était une extension de ce que je faisais déjà. On avait développé au sein du département un système papier de déclaration des événements indésirables anesthésiques. J'ai été formé à la méthode ALARM par l'institution. On faisait des revues de mortalité/morbidité et on travaillait sur les actions d'amélioration. Donc l'outil de déclaration informatisé de l'institution me paraissait super, or le problème c'est que je ne pouvais pas l'utiliser puisque je ne retrouvais pas dans cet outil les items de déclarations que nous avions mis en place avant ! Donc on devait faire une double déclaration papier et informatique.... Pour convaincre les agents ça c'était une autre paire de manches ! [SIC] »</i></p>
<p><b>Des évolutions positives possibles</b></p>	<p>Extrait entretien N°4 :  <i>« Je pense que ce genre d'outil a permis « de lever le couvercle » sur ce que l'on taisait avant. Le fait d'externaliser le problème, de le faire apparaître au grand jour, les analyses qui sont faites ensuite, permet d'aborder un peu plus sereinement les difficultés. On est à la recherche de la compréhension et non des responsables... »</i></p> <p>Extrait entretien N°6 :  <i>« Le traitement de certains événements indésirables a permis de faciliter les relations interservices et transversales... »</i></p> <p>Extrait entretien N°16 :  <i>« Cela a permis d'améliorer les relations entre cadres supérieurs de santé, on s'est rapproché car cela a été également un moyen possible de communication. Je pense que [grâce à l'outil de déclaration] les équipes se sentent entendues. »</i></p>

---

## SECONDE PARTIE -SYNTHESE DU CHAPITRE 1

---

**N**ous avons souhaité dans ce chapitre expliciter le choix de l'étude l'outil de déclaration des événements indésirables par son lien évident avec le domaine de la qualité, la notion de risque étant très étroitement intégrée au concept de qualité à l'hôpital.

Nous avons fait le choix de resituer cet outil parmi les différentes méthodologies utilisées dans le champ de la qualité et notamment de la gestion des risques. Ces méthodes rendent compte de l'intérêt de la portée centrale l'outil de gestion des événements indésirables. L'explicitation de l'outil dans le contexte particulier de l'organisation hospitalière permet la justification de ce choix. L'outil est accessible, connu et actionnable par un grand nombre d'acteurs. Son implantation effective depuis quelques années au CHRUX nous a permis une meilleure compréhension de son histoire et une étude de toutes les étapes de son cycle de vie.

Dans un second temps, nous avons présenté l'analyse de l'étude de cas d'un premier terrain de recherche.

### **Le choix de l'outil**

La notion de risque dans les organisations hospitalières est indissociable de celle de la qualité. Elle est d'autant plus prégnante que, outre les nombreuses réglementations parues dans ce domaine, les procédures de certifications développent de plus en plus une exigence de « *gestion qualité et prévention des risques* ». Ainsi, la nouvelle procédure de certification V2014 est désormais centrée sur la notion de risque.

Les différentes méthodes que nous avons exposées sont représentatives de démarches systémiques nécessitant une analyse poussée des processus organisationnels. Leur visée est à la fois descriptive mais également analytique. L'intérêt de ces méthodes est de prendre en compte la complexité du système en appréhendant des variables multidimensionnelles. Les systèmes de signalements comme les outils de déclarations des événements indésirables sont apparus en France à partir des années 80. La plupart de ces systèmes sont désormais informatisés. Or, si les structures de gestion des risques sont formalisées, les méthodes d'analyse et de traitement des événements indésirables sont hétérogènes.

Le sens donné à cet outil de gestion est celui de l'analyse *a posteriori* des risques, de la capitalisation de l'expérience, de l'apprentissage par l'erreur et d'une réflexion le plus souvent collégiale permettant un réel retour d'expérience. Cependant, les systèmes de déclarations d'événements indésirables, nous l'abordons dans notre étude empirique, ne sont pas toujours opérationnels et connaissent des difficultés de conception, d'utilisation ou d'exploitation des données. Néanmoins, la portée démocratique de l'outil incarnée par son accessibilité, sa facilité d'utilisation et le peu de ressources à mobiliser pour son utilisation, font de cet outil un réel objet d'étude et d'observation.

### **Analyse de l'outil « en usage »**

Partant du postulat que c'est au cours du processus d'adoption de l'outil qu'émergent les leviers d'appropriation de la démarche qualité, l'étude de l'outil s'est déroulée selon une approche processuelle qui vise « *à mettre en évidence le comportement de l'objet dans le temps.* » (Grenier et Josserand 1999, p. 104). Nous avons effectivement analysé l'outil à partir de l'observation de toutes ses phases de vie : de l'intentionnalité de la conception jusqu'à l'utilisation *in situ* par les acteurs de terrain.

Cette étude s'inscrit, en effet, dans une dynamique contextuelle observée dans une organisation : le CHRUX à partir de l'analyse d'un outil « *agissant* », dans les dimensions

fonctionnelles, structurelles et processuelles de l'outil c'est-à-dire en étudiant l'outil depuis sa conception jusqu'à son appropriation.

Ni les structures, ni les acteurs ne sont indépendants selon la théorie de la structuration de Giddens (GIDDENS, 2012). Ainsi, l'analyse de l'appropriation de l'outil de déclaration des événements indésirables s'intéresse aux principes d'organisation (la structure, les systèmes sociaux ou les rapports sociaux), mais également aux pratiques d'intégration (la structuration).

### Leçons d'expériences du premier terrain

Les enseignements de cette première étude sont issus de l'analyse des différentes dimensions de l'outil et sont résumés dans le tableau ci-dessous. Ils ont contribué à la l'ébauche d'un premier modèle de mesure des facteurs d'intégration de la démarche qualité.

<p><b>Dimension fonctionnelle</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Finalité organisationnelle de l'outil inscrite dans les orientations stratégiques ;</li> <li>. Inscription de la qualité et gestion des risques dans les orientations stratégiques ;</li> <li>. Une fonction de l'outil clairement définie, mais une structuration de la qualité et gestion des risques complexe ;</li> <li>. Culture qualité peu développée ;</li> <li>. Un rapport de l'outil avec la stratégie d'entreprise complexe (perception hétérogène de la qualité : intérêt perçu notamment par les managers, mais sentiment d'ingérence et surcharge de travail.)</li> </ul>
<p><b>Dimension structurelle</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Conception par des spécialistes ; technicité complexe ; pas d'intégration des utilisateurs ; faible accompagnement de l'outil ;</li> <li>. Manque d'institutionnalisation ; peu de prise en compte du contexte.</li> </ul>
<p><b>Dimension processuelle</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Outil utilisé ;</li> <li>. Détournements positifs (innovation, échanges interstitiels) et négatifs (détournements hiérarchiques, règlement de comptes) ;</li> <li>. Actualisation de l'outil bénéfique.</li> </ul>

Nous avons pu observer que le dimensionnement de l'organisation n'est pas significatif, cependant, la complexité de la structuration de l'organisation de la qualité et gestion des risques que nous avons pu observer est sans doute un des facteurs opacifiant l'intégration d'une réelle démarche qualité.

L'observation de l'outil dans une dynamique contextuelle permet de comprendre et d'observer les déterminants clés de l'outil, c'est-à-dire les facteurs intégratifs ou les facteurs de dispersion qui permettront d'envisager les éléments d'intégration possible de la démarche qualité. Ainsi, nous avons pu comprendre que la phase conceptuelle est déterminante si elle intègre les utilisateurs et que l'accompagnement de l'outil participe au développement de la culture qualité, voire de la performance de l'organisation dans le domaine de la qualité. De fait, la technicité de l'outil doit être intégrée au contexte par, notamment, une réflexion sur l'existence parallèle d'autres outils de gestion et par une technicité de l'outil adaptée aux utilisateurs et à la pratique réelle. En outre, les modalités d'appropriation de l'outil sont des indicateurs qui fournissent des données précieuses sur l'organisation, ses facteurs contextuels et culturels, voire son niveau de maturité possible dans l'intégration de la démarche qualité.

Considérer l'outil comme vivant c'est-à-dire en mouvement participe à sa compréhension. En outre, cette attention particulière portée sur la dynamique collective d'appropriation envoie un signal fort aux professionnels d'une prise en compte de leurs réalités de travail, voire d'une valorisation des efforts engagés.

C'est en ce sens que nous rejoignons les propos de Giddens (1984) : les structures ne sont pas « encodées » dans la technologie, elles sont émergentes à travers la technologie « en usage ».

---

**SECONDE PARTIE**

*Chapitre 2*

*L'outil de gestion des événements  
indésirables, étude de cas  
longitudinal : le cas du CHY*

---



Nous nous inscrivons dans la vision de Stake qui précise que l'étude de cas est « *un système intégré* » qui ne vise pas à être un modèle à suivre, mais se veut un système formé de ses propres dynamiques. Il est un site d'observation de processus particuliers : « *le cas est d'un intérêt secondaire ; il joue un rôle de support, facilitant notre compréhension de quelque chose d'autre* » (STAKE, DENZIN, & LINCOLN, 1994, p. 237)<sup>392</sup>. Dans ce sens, l'étude de cas que nous avons menée au CHY nous a permis de nous rendre compte de la richesse et de la complexité des situations observées, de relever les particularités du phénomène étudié pour *in fine* réaliser une intervention à partir du premier modèle élaboré lors du précédent chapitre.

L'étude a ainsi été menée dans une dynamique contextuelle au cœur d'un processus organisationnel qui nous a permis d'inscrire notre travail dans une réelle visée de recherche-intervention. Notre posture n'était plus celle de chercheur observateur, mais bien de chercheur accompagnant. La recherche intervention se distingue de la recherche-action en ce sens qu'il ne s'agit pas uniquement de prescription de préconisations mais de mise en œuvre de ces préconisations (DAVID A., 2008). Notre positionnement au sein de l'organisation en tant que professionnelle, mais également contribuant au développement du système de management de la qualité et de la gestion des risques nous a permis de nous situer dans une recherche intervention. Ainsi, en lien avec notre posture constructiviste et un choix méthodologique de recherche-intervention, « *le chercheur produit des explications qui ne sont pas la réalité, mais un construit sur une réalité susceptible de l'expliquer.* » (PLANE, 2012, p. 141)

Le Centre Hospitalier « Y » (CHY) a été l'occasion d'une réelle immersion en tant que chercheur accompagnant. Nous avons pu appliquer les préconisations issues du premier modèle en situation réelle. En effet, notre fonction de directrice adjointe de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement a été un réel atout pour expérimenter et investir les données issues de nos recherches théoriques et empiriques initiales.

L'étude menée précédemment au CHRUX nous a permis d'avoir une visée compréhensive sur les facteurs d'intégration de la démarche qualité par l'observation d'un outil de gestion en situation. L'analyse de l'outil dans ses dimensions fonctionnelles, structurelles et processuelles a démontré la nécessité de considérer l'outil dès sa conception et tout au long de son usage tout en intégrant les dimensions contextuelles, humaines et techniques. Ainsi, ce travail en amont a fait émerger un certain nombre de points de vigilance que nous interprétons comme de réelles balises de compréhension et d'alerte :

- \* *Le nécessaire rôle organisationnel ;*
- \* *La présence de freins culturels ;*
- \* *La non prise en compte des utilisateurs ;*
- \* *L'accompagnement in situ de l'outil ;*
- \* *La possibilité d'évolutions négatives ou positives suite à la mise en place de l'outil ;*
- \* *La portée démocratique des outils de gestion ;*
- \* *L'outil peut être révélateur de failles organisationnelles et donc vecteur d'ouverture ;*
- \* *Le niveau de co-émergence de l'outil est différent selon le contexte.*

<sup>392</sup> Cité par Collette, P. (1997) « L'étude de cas au service de la recherche. » *Recherche en soins infirmiers* n° 50, p 81-88.

L'objet de ce chapitre est de présenter la mise en situation dans un second terrain de recherche des préconisations issues des premiers enseignements. Nous présenterons ce cheminement en deux sections :

**Section I – De la qualité aux événements indésirables,  
formulation d'un diagnostic partagé**

Cette première section de contextualisation abordera la phase de diagnostic de l'organisation élaborée à partir de la proposition d'un premier modèle. Cette phase concernera la qualification de l'organisation, son niveau de maturité organisationnel relatif à la qualité, son niveau de développement de la culture et de la performance qualité et enfin le niveau d'appropriation de l'outil de gestion de déclaration des événements indésirables.

**Section II – De la maquette à sa réalisation : vers une  
mesure de l'intégration de la démarche qualité**

Cette seconde section présentera les modalités d'intervention réalisées sur les dimensions structurelles, techniques et culturelles.



---

*Section I - De la qualité aux événements  
indésirables : formulation d'un diagnostic partagé*

---

Notre intervention au Centre Hospitalier « Y » (CHY) a été facilitée par notre fonction de directrice adjointe à la direction qualité, veille sur les risques et communication<sup>393</sup>. Nous avons réalisé un état des lieux concernant le système de management de la qualité et de la gestion des risques dès notre arrivée en Avril 2015. Le positionnement à la fois hiérarchique et fonctionnel de cette fonction nous a permis d'avoir accès à l'ensemble des données de l'établissement. Nous étions également présents dans toutes les instances délibératives et au plus près du commandement stratégique par la participation hebdomadaire à des réunions Direction et Direction qualité et à la participation mensuelle au Comité de Direction Elargi regroupant l'ensemble des directions de l'établissement.

Ainsi, nous avons pu réaliser un diagnostic détaillé du système de management de la qualité et de la gestion des risques facilité par la collaboration des professionnels du CHY et en accord avec la Direction.

## I Qualification de l'organisation

### I.1 Dimensionnement<sup>394</sup>

Créé en 1821, l'établissement est situé dans la région du Languedoc Roussillon Midi Pyrénées dans une zone géographique qualifiée « d'hyper-ruralité ». Le CHY est un établissement public de santé ayant pour mission la lutte contre les maladies mentales. Il mène des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale de tout son département. L'établissement se répartit sur six sites géographiques. Le CHY travaille en réseau et en coopération avec de nombreux partenaires.

L'établissement est de petite taille, il présente une capacité totale de 221 lits et places autorisés. Il emploie 438 personnels dont 15 personnels médicaux.

L'établissement travaille en réseau et en coopération avec de nombreux établissements de santé ou médico-sociaux parmi lesquels trois Centres Hospitaliers, des Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), des Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) et des Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS). La blanchisserie du site, en cours d'autorisation ICPE (Installation Classée Protection Environnement), est gérée par un Syndicat Inter Hospitalier (SIH).

#### I.1.1 Spécificité de l'offre de soins et activité

Le CHY prend en charge les pathologies relevant de la psychiatrie générale adulte et de la psychiatrie infanto-juvénile. Le département concerné constitue à lui seul un secteur de psychiatrie pour adultes et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile pour une population de 73509 habitants. Les deux pôles d'activité, psychogériatrie et psychoses chroniques et dépendantes sont organisés en Fédération Médicale. La psychiatrie générale adulte comporte les orientations suivantes :

<sup>393</sup> Voir Annexe 24 : Missions principales de la fonction de Directeur adjoint à la Direction Qualité.

<sup>394</sup> Le contexte organisationnel décrit date de mai 2015.

- \* *Accueil des pathologies aiguës ;*
- \* *Centre de réadaptation sociale et professionnelle ;*
- \* *Psychogériatrie ;*
- \* *Psychoses chroniques et dépendantes.*

L'hospitalisation des pathologies aiguës se fait sur deux sites géographiques. Par convention le CHY assure l'accueil des urgences psychiatriques au sein du service d'urgences du Centre Hospitalier principal du département en liaison avec les services médicaux de cet établissement.

Au sein des deux secteurs de psychiatrie générale adulte et de pédopsychiatrie, plusieurs types de prise en charge sont proposés :

- \* *Hospitalisation à temps plein (pour la pédopsychiatrie une unité de soins pour adolescents de 10 lits) ;*
- \* *Hospitalisation à temps plein de jour et de nuit ;*
- \* *Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit ;*
- \* *Consultation.*

L'établissement dispose également de places en appartement associatif et en accueil familial thérapeutique.

Les consultations spécialisées sont externalisées ainsi que les examens d'imagerie. Les prestations de laboratoire sont sous-traitées à l'extérieur. Seule la pharmacie est gérée par l'établissement. Les structures extrahospitalières sont réparties sur cinq sites géographiques et dix Centres Médico-Psychologiques adultes et enfants.

L'activité en 2015 représente :

- \* *35 287 journées d'hospitalisation à Temps Complet Adultes (Hospitalisation à Temps Complet (HTC)/Accueil Familial Thérapeutique(AFT)/Séjours) ;*
- \* *710 journées d'Hospitalisation à Temps Complet Adolescents (HTC/AFT/Séjours) ;*
- \* *7 534,5 journées d'Hospitalisation de jour Adultes ;*
- \* *2 294,5 journées d'Hospitalisation de jour Enfants ;*
- \* *26 798 actes de Centres Médico-Psychologiques (CMP) sur le secteur Adulte ;*
- \* *16 310 actes de Centres Médico-Psychologiques (CMP) sur le secteur de Pédopsychiatrie.*

L'établissement est ainsi caractérisé par sa situation géographique et ses structures très éloignées géographiquement nécessitant une réelle coordination hiérarchique et logistique.

## 1.2 Caractérisation organisationnelle

Tout comme le CHRUX, le CHY est une organisation bureaucratique professionnelle selon l'interprétation d'Henry Mintzberg (MINTZBERG, 1998) :

*«La bureaucratie professionnelle apparaît la plupart du temps dans un environnement à la fois complexe et stable [...] une structure rigide, bien adaptée à sa production standardisée mais pas à l'innovation.» (MINTZBERG, 1998, p. 19).*

Les composantes l'organisation du CHY sont représentées par :

**Un sommet stratégique** composé du Directeur d'établissement et du Directoire<sup>395</sup>.

**Une ligne hiérarchique** courte composée des responsables ou cadres supérieurs (au nombre de 3) et cadres de santé (au nombre de 11) en recherche d'une autonomie par une décentralisation verticale limitée.

**Un centre opérationnel** composé des membres de l'organisation qui produisent ou soutiennent la production dont la majeure partie sont des paramédicaux qui cherchent à diminuer l'influence de l'encadrement et pousse à la décentralisation.

**Une technostructure**, moteur de la standardisation dans l'organisation. Elle comprend la Direction Qualité et la Direction du Système d'Information. Elle standardise le travail par l'opérationnalisation des normes, réglementations et procédés et coordonne cette standardisation par l'ajustement mutuel (rôle de coordination).

**Les unités du support logistique**, unités spécialisées tels que la blanchisserie, le service de restauration, les services techniques et logistiques... qui fournissent un support indirect au reste de l'organisation et ont un rôle collaboratif.

### **Une standardisation des résultats posée mais peu évaluée :**

Elle est fixée par le sommet stratégique dans le Projet d'Etablissement (uniformisation des résultats à obtenir, des objectifs à atteindre pour chaque service de l'organisation), opérationnalisée en partie par la technostructure mais non évalué annuellement. Un Contrat Pluriannuel d'objectifs et de Moyens (CPOM) est contractualisé avec la tutelle (ARS), mais les indicateurs de suivis ne sont pas intégrés dans un tableau de bord de suivi attribué à chaque responsable de domaine.

### **Une standardisation des procédés de travail amorcée :**

Le processus d'homogénéisation et de standardisation des règles de fonctionnement et des méthodes de travail est formalisé notamment par les procédures, protocoles, modes opératoires grâce à la technostructure. Cependant, ces procédés de travail sont peu évalués et souvent non mis à jour.

### **Une standardisation des qualifications existante mais peu institutionnalisée :**

Il existe une uniformisation des savoirs et des compétences des agents dont le but est d'améliorer la coordination de leur travail. Ce point est notamment développé par la Direction des Ressources Humaines dans le cadre de la mise en place d'une Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) mais qui manque encore d'institutionnalisation (pas de standardisation des fiches de postes, ni d'évaluation ou promotion des compétences, ...) même s'il existe un réel développement du service de formation continu.

### **Un ajustement mutuel peu développé :**

La coordination par un simple processus de communication informelle entre les opérateurs existe mais est entachée de querelles interservices ou interpersonnelles. Le sentiment d'appartenance à un corps ou à un grade n'a pas réussi à affermir un processus relationnel positif.

### **Une standardisation des normes non adossée à une culture d'entreprise :**

La culture commune à l'entreprise est peu développée au CHY et s'explique par la succession de différentes directions dont les orientations stratégiques et les politiques de conduite de l'établissement ont été très disparates. L'isolement géographique de l'établissement n'a pas permis le développement de réseaux professionnels permettant des échanges dynamiques.

<sup>395</sup> Voir Annexe 25 : Organigramme du CHY.

## II Niveau de maturité organisationnelle dans le domaine de la qualité, gestion des risques

### II.1 Engagement de la Direction dans une politique qualité et gestion des risques

#### II.1.1 Une démarche qualité inscrite dans les orientations stratégiques

Le Projet d'Etablissement 2015-2019 définit les orientations stratégiques de l'établissement qui sont le socle de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Il précise que :

*« les démarches de certification, les recommandations de la Haute Autorité de Santé et la diffusion d'une culture de la Gestion des Risques sont le socle du projet Qualité dont l'ambition est d'affirmer son caractère transversal dans une approche partagée par chaque acteur dans son domaine particulier. »<sup>396</sup>*

Les orientations du projet qualité et gestion des risques sont inscrites dans le projet d'établissement 2015-2019 et s'articulent autour de six axes majeurs présentés dans l'encadré ci-dessous<sup>397</sup> :

*Axe 1 : Structurer le dispositif qualité et gestion des risques.  
Axe 2 : Informer le patient, patient co-acteur de sa sécurité.  
Axe 3 : Développer le dossier du patient.  
Axe 4 : Préparer et obtenir la prochaine certification en 2016 (V2014).  
Axe 5 : Définir et mettre en œuvre une politique de gestion globalisée des risques.  
Axe 6 : Développer la gestion documentaire.*

Historiquement, le CHY s'est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité depuis 2000, en inscrivant cet enjeu dans les orientations stratégiques de l'établissement par la création d'un Comité Action Qualité.

L'engagement de l'établissement dans les démarches de certifications successives s'est pérennisé au profit d'une recherche d'amélioration continue des prestations délivrées aux usagers. Une progression de la démarche qualité, sécurité est confortée par les décisions des procédures de certification. La démarche qualité intègre stratégiquement tous les acteurs de l'institution hospitalière pour améliorer leurs pratiques, leurs modes d'organisation, la coordination entre les différents secteurs et la prestation délivrée aux usagers.

#### II.1.2 Valeurs et principes de fonctionnement

La politique qualité est le reflet des valeurs que l'établissement s'engage à promouvoir et à mettre en œuvre et qui sont présentées ci-dessous<sup>398</sup> :

<sup>396</sup> Source : Extrait du Projet d'Etablissement du CHY.

<sup>397</sup> Voir Annexe 26 : Orientations détaillées du projet qualité et gestion des risques- Source : dans le projet d'établissement 2015-2019 du CHY.

<sup>398</sup> Source : Extrait du Projet d'Etablissement 2015-2019.

<b>Au niveau des professionnels et du management</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Développer une culture d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;</li> <li>. Développer une culture de l'évaluation ;</li> <li>. Responsabiliser les professionnels ;</li> <li>. Préparer et conduire les démarches de certification ;</li> <li>. Considérer chaque professionnel comme un partenaire apte à exprimer ses attentes et à contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dispensés.</li> </ul>
<b>Au niveau de l'institution</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Définir et développer des projets structurants innovants, répondant aux objectifs du Schéma Régional d'Organisation des Soins et du Projet Régional de Santé dans une démarche de santé publique de réponse aux besoins en santé mentale, en prestations médico-sociales et de soins longue durée. » (Extrait du Projet d'établissement du CHY)</li> </ul>

Dans le Projet d'Etablissement, l'organisation s'engage également sur des principes de fonctionnement afférents à la démarche qualité présentés en partie dans l'encadré ci-dessous :

<b>Impliquer les professionnels</b>	<i>La démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité repose sur la mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectifs fixés. Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation des enjeux et méthodes et par une participation réelle de ceux qui mettent en œuvre les processus au quotidien.</i>
<b>Prioriser la gestion des risques</b>	<i>Afin de développer une culture qualité et sécurité, il est essentiel d'inciter le signalement, la déclaration et la prise en compte des dysfonctionnements, dans une approche constructive et non punitive. La prise en compte des dysfonctionnements constitue, en effet, une opportunité d'amélioration et de fiabilisation du processus de prise en charge.</i>
<b>Développer la culture qualité</b>	<i>Par l'implication de chaque professionnel dans la prise en compte des attentes des usagers, le respect des bonnes pratiques et le souci constant d'inscrire l'établissement dans une démarche continue d'amélioration.</i>
<b>Rendre la démarche lisible</b>	<i>Faciliter l'utilisation des outils et méthodologie qualité est un gage de pérennisation de la démarche d'amélioration continue. Renforcer la communication et la valorisation des actions pour favoriser l'implantation d'une dynamique et d'une culture qualité » (Extrait du Projet d'établissement du CHY)</i>

Les orientations stratégiques sont clairement définies institutionnellement et connues et diffusées auprès des personnels.

## II.2 Un système de management de la qualité et de la gestion des risques peu structuré

Le diagnostic établi en avril 2015 a été réalisé sur les domaines principaux du système de management de la qualité et des risques à savoir :

- \* La stratégie et le pilotage du système de management de la qualité et des risques.
- \* L'animation du système de management de la qualité et des risques.
- \* La gestion documentaire.
- \* Le niveau de formation des professionnels.

Les constats relevés ci-après ont été présentés au Directeur de l'établissement ainsi qu'au Président de la CME. Les actions d'améliorations exposées ont été validées par la Direction et intègrent notre intervention sur le terrain. Certaines de ces actions d'améliorations seront présentées dans la seconde section de ce chapitre.

## II.2.1 Stratégie et pilotage du système de management de la qualité et des risques opaques

En avril 2015, il n'existe pas à proprement parlé de « Direction Qualité », elle est rattachée à la Direction des Ressources Humaines sous le terme de « Service Qualité ». De façon globale, le système de management de la qualité et des risques est institutionnalisé. Les instances de gouvernance intègrent le domaine de la qualité et de la gestion des risques même si les professionnels de la Direction qualité ne sont pas membres de toutes ces instances. Les ordres du jour des instances sont souvent très chargés et la qualité reste un domaine sous exploité.

Les instances de pilotage opérationnel de la qualité et de la gestion des risques sont diluées parmi de nombreuses autres instances et il n'existe pas de visibilité sur le management opérationnel de la démarche qualité et gestion des risques ainsi que le montre la figure ci-après :

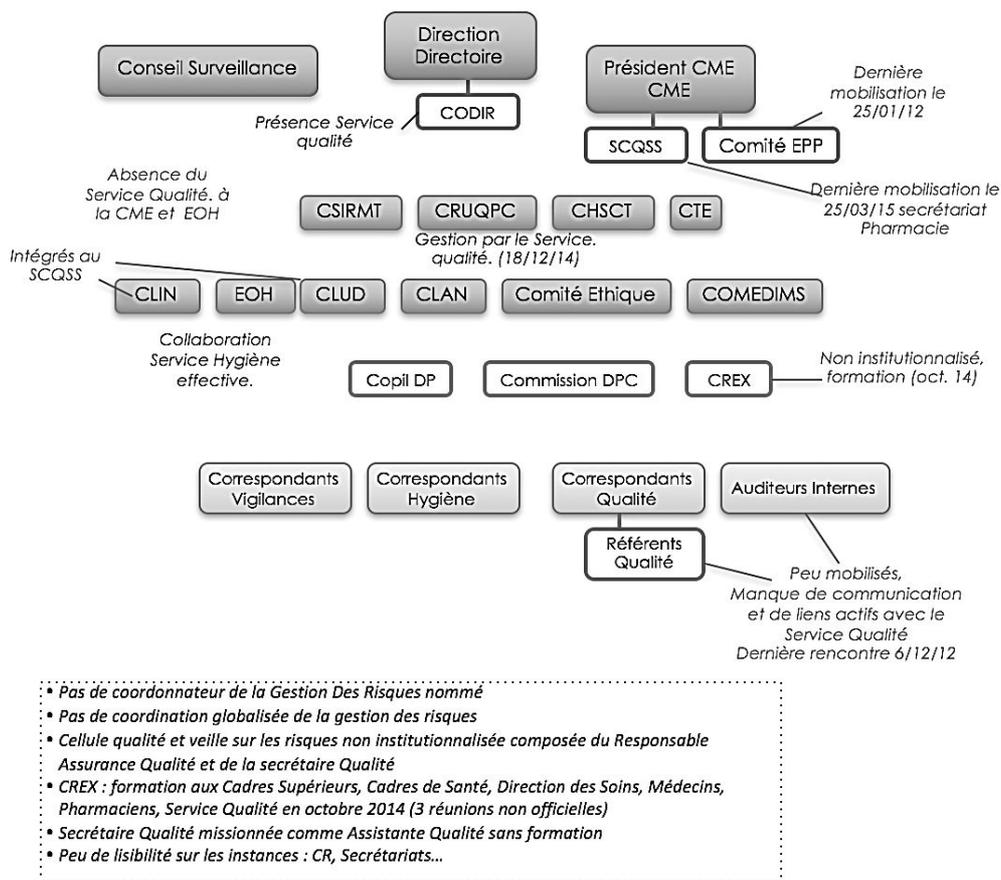


FIGURE 47 : DISPOSITIF DE PILOTAGE QUALITE ET GESTION DES RISQUES EN AVRIL 2015 AU CHY

De cette configuration peu structurée du dispositif de pilotage découle un système de management de la qualité et gestion des risques opaque et non efficient ainsi que nous le présentons ci-après.

### \* Absence d'une politique qualité institutionnalisée

Le projet qualité et gestion des risques du Projet d'Etablissement bien que validé est succinct. Le volet qualité du Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM) reprend les objectifs nationaux (indicateurs généralisés) et les objectifs spécifiques (mesure de la satisfaction et durée d'hospitalisation), cependant les indicateurs annuels ne sont pas relevés de manière spécifique. Il n'existe pas de politique qualité formalisée.

\* **Instance stratégique et de pilotage de la qualité et de la gestion des risques existante mais peu mobilisée**

Cette instance est une sous-commission de la CME, elle a en charge de nombreuses attributions dont le Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD). Les séances sont peu pertinentes du fait d'un ordre du jour conséquent. Cette instance est une chambre d'enregistrement à vocation consultative. Depuis 2013, seuls deux à trois réunions sont organisées par an.

\* **Manque d'institutionnalisation de la Direction qualité**

La Direction qualité a souffert d'un manque de soutien de la part de la Direction Générale depuis 2013 reléguant la qualité au second plan. De ce fait, la poursuite des démarches d'amélioration et les actions engagées après la procédure de certification V2010 (en 2012) ont été ralenties voire stoppées. Il s'en suit un retard dans la préparation à la certification V2014.

## II.2.2 Faible animation du système de management de la qualité et des risques

L'animation du système de management de la qualité et des risques est de fait impactée par le manque de définition d'une réelle stratégie de pilotage du domaine.

\* **Instance opérationnelle de la qualité et de la gestion des risques non institutionnalisée**

Une Cellule de Veille de la qualité et de la gestion des risques est présente mais non institutionnalisée. Elle est composée uniquement de l'animateur qualité et de la secrétaire qualité. Il existe bien des référents qualité sur le terrain, mais ils sont très nombreux (référents hygiène, référents et correspondants qualité, auditeurs internes) et peu mobilisés. Des groupes de travail sont présents mais peu dynamiques et nécessite un soutien actif et une remobilisation constante par la Direction qualité.

\* **Communication peu développée**

La communication autour de la qualité et de la gestion des risques est peu institutionnalisée même si des informations sont recensées sur le portail Intranet de l'établissement. Les communications sont disparates et non attribuées fonctionnellement. Le dernier plan de communication date de 2013. Il n'existe plus de journal interne ou d'autre format de communication. On ne recense plus aucun de journal qualité, le dernier « *Qualité info* » date de janvier 2006. La Direction qualité est en charge de la diffusion de la gestion documentaire de l'établissement, or les documents qualité ne sont pas harmonisés.

En outre, la Direction qualité n'est pas identifiée par le terrain comme un appui méthodologique ou un soutien aux démarches d'amélioration continue. Cela, malgré un réel effort d'investigation sur terrain par cette direction.

L'ensemble des actions et démarches d'amélioration continue de la qualité ne sont donc pas valorisées, diffusées sur le terrain. En effet, la communication ascendante est irrégulière. De ce fait, la centralisation des démarches qualité n'est pas efficace. Il existe, en outre, une perte d'information notamment dans le cadre des informations communiquées en instances. L'établissement travail peu en réseau dans ce domaine, il n'adhère pas à un réseau qualité national ou régional.

### \* Une animation du système de management de la qualité partielle

L'organisation observée dans le domaine de l'animation du système de management de la qualité et de la gestion des risques a plusieurs conséquences sur l'organisation globale du système qualité :

- \* Absence de communication institutionnelle laissant la place à des interprétations erronées.
- \* Perte d'informations pertinentes pour orienter des décisions stratégiques.
- \* Obsolescence des données intégrées sur l'Intranet et l'Internet pouvant entraîner une perte d'attractivité et la publication d'informations non valides, non mises à jour.

Cependant, les membres de la Direction qualité sont intégrés aux Comités de Direction Elargis et peuvent ainsi communiquer directement aux responsables fonctionnels. Il existe également un travail de partenariat avec la Direction des Soins et la participation effective de l'animateur qualité aux réunions mensuelles des cadres de santé permettant une diffusion partielle des informations.

### II.2.3 Une Gestion documentaire peu maîtrisée

La gestion documentaire est opérationnelle, cependant son organisation est complexe ne permettant pas un suivi efficace et réactif des documents à formaliser ou à réviser (circuit de validation trop complexe). Pourtant, la traçabilité documentaire est pertinente en version papier à la Direction qualité, mais complexe dans le logiciel de gestion documentaire. Il existe un suivi formalisé par la Direction qualité sur la traçabilité des documents et leur diffusion. Les documents essentiels de maîtrise du système qualité ne sont pas formalisés entraînant un manque de clarification institutionnel. En effet, le manuel qualité intégrant la politique de gestion documentaire est inexistant. La procédure de maîtrise documentaire existante est obsolète car datée de 2009.

Beaucoup de réflexions concernant la mise à jour des procédures ont été réalisées de manière pertinente sans pour autant être intégrées dans la gestion documentaire. En outre il n'existe pas de veille réglementaire et juridique dans l'établissement.

### II.2.4 Une formation parcellaire des professionnels dans le domaine de la qualité, gestion des risques.

Des formations ponctuelles sont réalisées par la Direction Qualité mais elles ne sont pas tracées ni quantifiées. Des formations ont pu avoir lieu dans l'établissement, mais ne sont pas réinvesties ensuite. Pour exemple, 13 professionnels ont été formés au comité de retour d'expérience (CREX) dont les membres de la Direction qualité, mais aucune institutionnalisation de la méthode n'a été réalisée.

Des formations sont inscrites en interne au plan de formation qualité 2015, cependant, il existe un retard dans la mise en œuvre notamment au regard de l'échéance de la procédure de certification V2014.

### III Niveau de performance qualité

#### III.1 Des résultats mitigés concernant la procédure de certification

La procédure de certification mise en œuvre par la Haute Autorité de Santé (HAS) s'impose réglementairement et intervient périodiquement tous les 4 ans. Le CHY a mené sa troisième procédure de certification (en 2012). Les niveaux de certification sont prononcés en fonction d'une nomenclature précise<sup>399</sup> qui détermine le niveau de performance qualité de l'établissement. Au CHY la HAS a prononcé en 2012 une **certification avec réserves**<sup>400</sup> comportant cinq réserves et sept recommandations (dont trois recommandations dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques<sup>401</sup>).

Suite à cette décision, l'établissement a dû produire un rapport de suivi dans un délai de trois mois concernant l'ensemble de ses réserves. En effet, les établissements soumis par la HAS à des réserves ont la possibilité de lever tout ou partie des recommandations par le biais d'un rapport de suivi. Faisant suite à ce rapport, la HAS a prononcé une **certification avec recommandation(s)**. Seules les recommandations ont été maintenues et devront être suivies lors de la prochaine procédure de certification (V2014).

Les résultats de cette procédure de certification de 2012 démontrent des points critiques qui concernent notamment le système de management de la qualité et de la gestion des risques. La préparation à la prochaine procédure de certification n'est pas effective. Il existe un réel retard par rapport aux échéances de visite de certification fixées par la HAS<sup>402</sup>. Il n'y a pas eu de maintien de la dynamique qualité depuis la précédente certification, bien au contraire. Le suivi nécessaire est réalisé par la Direction qualité à minima mais le terrain est peu informé des échéances à venir.

#### III.2 Une faible dynamique d'intégration de la démarche qualité

Comme pour beaucoup d'établissements, l'intervalle de quatre années entre les procédures de certification entraîne un essoufflement de la dynamique engagée autour des procédures de certifications. Une période de latence s'est installée sans réelle reprise significative de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques.

En outre, l'établissement ne disposait pas à proprement parler d'une Direction qualité institutionnalisée. En effet, le Directeur qualité était le Directeur des Ressources Humaines non formé à la qualité et à la gestion des risques. D'autre part, le cadre supérieur en charge de la qualité a quitté l'établissement en 2012 sans être remplacé. Un agent de maîtrise qui travaillait à l'origine à la blanchisserie de l'hôpital a été nommé assistant qualité, mais il ne disposait ni des compétences, ni du positionnement hiérarchique pour investir une fonction de management du système qualité et gestion des risques.

Il existe cependant une implication du service qualité mais non appuyé institutionnellement. Il en ressort un ralentissement de la démarche continue d'amélioration de la qualité et un travail non investi sur le terrain. Le constat est fait de l'absence de développement d'une culture qualité sur l'ensemble du CHY.

<sup>399</sup> Voir Annexe 27 : Niveaux de certification (certification V2010).

<sup>400</sup> Les résultats de l'ensemble des procédures de certification des établissements de santé sont publiés et consultables sur un site dédié : « Scope Santé ».

<sup>401</sup> Ces recommandations portent sur les critères suivants : 8.a (Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins) ; 8.d (Evaluations des risques à priori) ; 8.f (Gestion des événements indésirables).

<sup>402</sup> La procédure de certification V2014 prévue initialement pour l'automne 2016 sera ensuite reportée par la HAS à janvier 2017. L'établissement ne sera informé qu'en octobre 2015.

### III.3 Un Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) peu investi

Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) est une obligation réglementaire. Il est considéré comme un véritable outil de management traduisant :

*« le dynamisme et la capacité d'un établissement à améliorer sa politique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins [...] La démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est déployée dans les secteurs d'activité à partir d'une politique définie au niveau de l'établissement, diffusée et connue des professionnels. »<sup>403</sup>*

Ce programme regroupe l'ensemble des actions d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques selon des risques identifiés et spécifiques à l'établissement. Il intègre les responsables des actions, les échéances et les modalités de suivi pour chaque action. Il est révisé annuellement et fait l'objet d'une présentation annuelle et d'une validation en instances. Il représente le point d'ancrage des dispositifs sur la qualité et la sécurité en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement et doit être connu des professionnels. Dans le cadre de la future procédure de certification V2014 :

*« le programme qualité et sécurité des soins doit devenir la "force motrice" de cette démarche, la procédure de certification s'articulant avec les démarches qualité et sécurité des soins mises en œuvre au quotidien dans les établissements de santé. Il a vocation à s'exprimer naturellement dans les comptes qualité de l'établissement. »<sup>404</sup>*

Or, le PAQSS du CHY fait l'objet d'une recommandation de la HAS et de résultats attendus sur le développement, la mise en œuvre et le réajustement institutionnel. Le programme existant est faiblement institutionnalisé, les objectifs des différentes actions ne sont pas toujours pertinents ou en adéquation avec les attendus et les capacités réelles de l'établissement. Les pilotes des actions sont peu mobilisés pour le suivi des actions. Il s'avère également que certains d'entre eux ne sont pas informés de leurs responsabilités en tant que pilote. L'évaluation annuelle est faite à la marge sans réelles modalités de suivi. Les éléments de preuves ne sont pas centralisés et la mesure de l'efficacité des actions n'est pas réalisée. Enfin, les professionnels de terrains sont peu sensibilisés et peu informés quant au suivi du PAQSS au CHY. Il existe donc un net retard dans le suivi du PAQSS et dans l'institutionnalisation de ce suivi. La mobilisation des différentes instances concernées n'est pas effective.

Ainsi, le niveau de performance dans le domaine de la qualité est très moyen, l'établissement n'a pas évolué en termes de dynamique et d'appropriation de la démarche qualité. Pour autant, les outils et méthodes de soutien sont présents et opérationnels techniquement.

<sup>403</sup> Source : Critère 1e du manuel de certification V2010 des établissements de santé – HAS, Janvier 2014, p.18.

<sup>404</sup> Source : La certification V2014, c'est tous les jours : un dispositif simplifié de préparation - [en ligne]. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1602289/fr/la-certification-v2014-c-est-tous-les-jours-un-dispositif-simplifie-de-preparation](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602289/fr/la-certification-v2014-c-est-tous-les-jours-un-dispositif-simplifie-de-preparation) (consulté le 21/06/2016).

## IV Compréhension de l'outil de gestion dans son contexte

Tout comme le CHRUX, le CHY est doté d'un outil informatique de gestion des événements indésirables. L'étude du niveau d'appropriation de cet outil a nécessité une mise en perspective de l'outil dans une dynamique contextuelle.

Nous avons donc procédé à un diagnostic élargi du management de la gestion des risques afin d'établir une approche transversale<sup>405</sup> prenant en compte toutes les étapes de vie de l'outil. Nous avons analysé les dimensions fonctionnelles, structurelles et processuelles de l'outil dans le contexte global de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. En effet une approche uniquement centrée sur l'outil est en opposition avec nos préconisations qui tiennent compte d'une vision systémique de l'organisation.

### IV.1 Une gestion globalisée des risques non systématisée

Dans le cadre de la procédure de certification V2010 du CHY, la thématique gestion des risques a été impactée par deux recommandations : une concerne la gestion des événements indésirables et la seconde concerne la gestion *a priori* des risques. La HAS a prononcé des « *attendus* » sur le développement, la mise en œuvre et le réajustement institutionnel, à savoir :

**Évaluation des risques *a priori* :**

« Améliorer la sécurité des personnes, la sécurité financière, la préservation de l'image et de la réputation de l'établissement, la sécurité juridique et l'assurabilité en mettant en œuvre un dispositif de gestion des risques permettant : une vision globale des risques ; une aide à la décision pour les directions et responsables ; une démarche préventive en identifiant et évaluant les mesures déjà en place. »

**Gestion des événements indésirables**

« Améliorer la sécurité des patients à travers l'identification des erreurs et des risques qui pourraient survenir, puis leur analyse dans le but d'identifier les défaillances systématiques sous-jacentes. »<sup>406</sup>

Le constat en 2015 est une gestion des risques peu globalisée, ne prenant pas en compte une vision concertée et transversale de la notion de risque. Ce constat découle des difficultés liées à une impulsion stratégique et à un pilotage institutionnel peu marqués dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques. Le lien entre la gestion *a priori* et la gestion *a posteriori* des risques est ténu, les modalités opérationnelles de gestion sont disjointes. De fait, l'absence d'une cartographie des processus et des risques opacifie la vision globale nécessaire à la gestion des risques.

Pour autant, en 2006 la Direction des Soins avait engagé un travail sur l'identification des risques pour les différentes prises en charges mais ce travail n'a jamais été intégré à la gestion des risques de l'établissement.

#### IV.1.1 Une gestion *a priori* des risques non dynamique

Le document unique d'évaluation des risques professionnels<sup>407</sup> date de 2004 et n'est pas suivi et mobilisé institutionnellement. Les mises à jour qui devraient être annuelles ne sont pas effectives. La dernière mise à jour date de 2009. Or, en 2012 une formation a été

<sup>405</sup> Cette approche est inspirée de l'annexe 2 « Etude de l'outil dans tous ses états » in « Sociologie des outils de gestion : introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion », CHIAPELLO & GILBERT, 2013, p. 263.

<sup>406</sup> Source : Additif au rapport de certification du CHY édité par la HAS.

<sup>407</sup> L'évaluation des risques professionnels figure parmi les principes généraux de prévention énoncé dans le Code du travail : (articles L.4121-2 et L.4121-3). Celle-ci englobe des actions d'identification et de classement des risques et aussi de mise en place d'actions de prévention et doit se traduire dans un document unique.

réalisée par un organisme externe pour les membres de la Direction des Ressources Humaines et de la Direction qualité afin de faciliter l'actualisation du document unique, mais cette formation n'a pas été réinvestie. Pour autant, en 2013 l'établissement s'est inscrit dans une démarche régionale pilotée par l'ANFH<sup>408</sup> afin d'intégrer la des risques psychosociaux (RPS) dans ce document.

Certaines carences méthodologiques sont délétères pour une gestion pertinente des risques. Ainsi, par exemple, il n'existe pas d'échelle commune de cotation des risques entraînant une vision parcellaire et non globalisée des risques du CHY. On note également une absence de hiérarchisation des risques *a priori* ne permettant pas la mise en place d'actions de prévention ou d'atténuation des risques. Lorsque certaines actions sont mises en place, elles sont ponctuelles et ont pour origine des risques *a priori* détectés directement par les professionnels. De fait, il n'existe pas de suivi de la mise en œuvre des actions ni de mesure de leur efficacité.

En outre, le coordonnateur de la gestion des risques associé aux soins n'est pas nommé et les professionnels sont peu de formés à la gestion des risques.

### IV.1.2 Une gestion *a posteriori* des risques peu développée

#### \* D'un point de vue stratégique

Il n'existe pas d'instance opérationnelle de gestion des événements indésirables. Les professionnels sont peu informés ou formés à l'utilisation de l'outil informatique de gestion des événements indésirables. Une procédure de gestion des événements indésirable a été rédigée en 2008 mais elle n'est pas actualisée. Elle a en outre été rédigée avant l'informatisation du système de déclaration des événements indésirables et n'est pas mise à jour. L'informatisation de l'outil date de 2011.

De fait, le nombre de déclaration d'événements indésirable est très faible pour la taille de l'établissement (97 déclaration en 2013, 117 en 2014). Il n'existe pas de lien formalisé entre l'analyse des risques, la gestion des plaintes ou la satisfaction des usagers.

#### \* D'un point de vue opérationnel

Le tableau de bord de suivi des événements indésirables ne permet pas un suivi et une analyse exhaustive. La méthode d'évaluation de la criticité des risques diffère de celle des risques *a priori* ne permettant pas un traitement global des risques.

La mise en œuvre des actions correctives n'est pas systématique (actions ponctuelles non signalées à la Direction qualité). Il n'existe pas d'évaluation de l'efficacité des actions et aucun moyen d'évaluer le risque «résiduel» qui est calculé après l'évaluation de l'efficacité de l'action. En outre, les méthodologies d'analyse des causes profondes des événements indésirables graves ne sont pas connues, les retours d'expériences sont rares.

Il existe un réel dysfonctionnement dans le circuit de déclaration et de traitement des événements indésirables. L'anonymisation des déclarants n'est pas respectée. Il n'y a pas de centralisation des déclarations en première intention vers le responsable assurance qualité. En effet, dès qu'un événement indésirable est notifié, il est systématiquement transmis à l'ensemble des responsables hiérarchiques. De ce fait l'anonymat du déclarant n'est pas respecté et les actions mise en place sont parcellaires car chaque responsable répond à son niveau sans communication avec les autres responsables. Le suivi des événements indésirables n'est donc pas centralisé, chacun à son niveau tente de résoudre le problème créant de réelles failles et entraînant un climat de défiance vis-à-vis de la gestion des risques. Les professionnels ne déclarent plus par peur des représailles, il existe une réelle perte de confiance dans le système de management de la gestion des risques.

---

<sup>408</sup> ANFH : Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier.

### \* D'un point de vue technique

La criticité est mesurée par la gravité et la fréquence, l'échelle de fréquence n'est pas la même que celle proposée par l'HAS, ni celle utilisée dans le document unique d'évaluation des risques professionnels de l'établissement. La priorisation des actions est ainsi différente selon le domaine d'analyse.

De plus, l'outil informatique a été configuré à minima, la typologie des risques est incomplète, parcellaire et, en toute logique, l'analyse des événements par familles de risques est incomplète voire non réalisable. Les professionnels ne sont d'ailleurs pas formés à l'outil ou informés lors de leur intégration ou à périodicité définie.

## IV.2 Faible niveau d'appropriation de l'outil de gestion

Nous avons pu étudier le niveau d'appropriation de l'outil de gestion grâce à l'accès illimité que nous avons pu avoir à des données secondaires telles que des comptes rendus d'instances, de réunions de groupes de travail, mais aussi par des observations directes lors de l'utilisation de l'outil par les professionnels et par des échanges lors de réunions pluridisciplinaires d'équipe. L'accès direct au terrain de par notre fonction au sein du CHY a grandement facilité ce travail d'analyse et de synthèse concernant l'étude de l'outil de gestion des événements indésirables.

### IV.2.1 Histoire de l'outil : l'opportunité d'une implantation

La mise en place de l'outil informatisé de déclaration des événements indésirables correspond à l'entrée de l'établissement dans sa troisième procédure de certification. Son implantation n'est pas liée à une mise en conformité réglementaire, puisqu'une version « papier » de l'outil était opérante. C'est l'acquisition d'un logiciel de gestion documentaire qui a été à l'origine de la mise en place de l'outil puisque le logiciel comportait un module de gestion informatisée de l'outil. Ainsi, la conception même de l'outil n'a pas été pensée par des membres de l'institution et malgré le caractère générique des outils de déclaration des événements indésirables, la spécificité de l'organisation et de l'offre de soins du CHY n'y était pas intégrée. Pour autant, l'outil était techniquement facile d'utilisation et accessible dans tous les services du CHY.

### IV.2.2 Manque d'accompagnement et détournement hiérarchique de l'outil

La mise en œuvre de l'outil a peu été accompagnée sur le terrain. Les modalités techniques de déclaration ont bien été communiquées, mais l'accompagnement pédagogique concernant le sens de l'outil, son lien avec les démarches d'améliorations continues de l'établissement a été très parcellaire.

De fait, le choix de la transmission des déclarations sans anonymat à l'ensemble des responsables hiérarchiques a entraîné un mésusage de l'outil. Les détournements hiérarchiques de l'outil ont été délétères et ont rompu la confiance des utilisateurs. En 2015 après trois années d'utilisation, nous ne pouvions que constater une sous-utilisation de l'outil et donc une interprétation peu significative des données observées. Nous avons cependant résumé cette analyse dans le tableau ci-après.

Nous entendons par « référent » : la réalité conceptuelle de l'outil, par « signifié » : le concept dans le contexte et par « signifiant » ce qui en est perçu dans le contexte et que nous pouvons interpréter.

## COMPREHENSION DE L'OUTIL DE GESTION DANS SON CONTEXTE

Réfèrent	Signifié	Signifiant
<b>OUTIL DE GESTION</b>		
Logiciel de déclaration des événements indésirable : SignalWeb	<i>Accessible par l'ensemble des unités du CHY</i>	Outil de gestion peu investi.
<b>ACTEURS</b>		
Qualification des utilisateurs	<i>Oui</i>	Les utilisateurs sont les professionnels du CHY avec une majorité de soignants, pas de déclaration des médecins.
Fréquence d'utilisation	<i>Non</i>	Sous-utilisation de l'outil.
Motivation	<i>Non</i>	Défiance vis-à-vis de l'outil et des interprétations hiérarchiques.
Niveau d'incitation	<i>Non</i>	Peu de communication autour de l'outil, pas de relais hiérarchique.
Perception	<i>Exprimée</i>	Perception négative qui n'est pas liée à la technicité mais aux détournements hiérarchiques de l'outil et à l'absence d'un retour sur le suivi de la déclaration.
<b>STRUCTUREL</b>		
Histoire/implantation de l'outil	<i>Non accompagné</i>	Le passage de la version papier à l'informatique a souffert d'un manque d'accompagnement et de formation des utilisateurs.
Structures encodées ou émergentes	<i>Oui</i>	Les principes d'organisation sont intégrés. La notion de gestion <i>a posteriori</i> des risques est assimilée.
Ancrage culturel/Qualité	<i>Non</i>	Le sens de l'outil n'a pas été explicité. L'utilisation détournée par la hiérarchie a rompu la confiance des utilisateurs.
<b>APPROPRIATION</b>		
Conséquences attendues/ Inattendues, détournements	<i>Oui</i>	Règlements de comptes, détournements par la hiérarchie.
Technologie en usage	<i>Opérationnelle</i>	Pas de difficultés techniques d'utilisation.
Co-évolution Outil/acteur	<i>Non</i>	L'outil n'a pas évolué techniquement malgré une analyse possible de l'utilisation. Les acteurs ne s'investissent pas dans son utilisation.
Action managériale sur la structure de l'outil : Articulation Outil/Management	<i>Partielle</i>	Peu de traduction managériale en termes de levier d'amélioration. Gestion punitive de l'erreur.
Instrumentation de gestion de la qualité	<i>Non</i>	Pas d'interprétation ou de traduction institutionnelle de l'intérêt de l'outil pour le développement de la démarche qualité.

TABLEAU 47 : SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE L'OUTIL DE GESTION AU CHY EN 2015

---

*Section II - De la maquette à sa réalisation :  
vers une mesure de l'intégration de la démarche  
qualité*

---

La phase d'analyse du contexte organisationnel et de l'outil de gestion nous a permis de réaliser des préconisations d'intervention<sup>409</sup> qui ont été validées par la Direction Générale du CHY. Ces propositions se sont appuyées sur les fondements théoriques sur lesquels repose notre recherche, sur le diagnostic réalisé mais également sur les enseignements tirés du premier terrain de recherche.

En effet, la mise en perspective macrosociale de l'organisation nous semble essentielle. Au-delà de l'outil lui-même, la perception de la structure, des systèmes sociaux, de l'action humaine et des interactions nous renseigne fortement sur la dynamique de fonctionnement de l'organisation et donc sur les opportunités d'évolution et les principes d'articulations possibles. De ce point de vue, nous nous rapprochons des propos de Giddens pour qui les principes d'organisation du système social représentent également les conditions et les résultats des activités accomplies par les agents qui constituent ce système (GIDDENS, 2012).

En outre, les outils de gestion ont un impact organisationnel puisqu'ils accompagnent les changements et permettent l'intégration du fonctionnement organisationnel (MOIDSON, 1997). Ils mobilisent les connaissances, les compétences. Leur usage témoigne des processus d'appropriation. La façon dont ils sont introduits, accompagnés puis « manipulés » par les opérateurs renvoie à une perspective organisationnelle. Lorsque les organisations, et notamment les organisations hospitalières, développent une vision conformiste, liées à des pressions normatives ou coercitives<sup>410</sup>, il demeure qu'une analyse affinée de certains domaines que nous considérons comme des déterminants des facteurs d'intégration de la démarche qualité peut constituer une réponse à ce que nous nommons « l'immobilisme normatif » qui consisterait en une pure application des normes sans spécification possible. Alors même que l'organisation détient des ressources internes précieuses que sont les acteurs qui de toute façon interagissent, s'accordent sur la valeur attribuée à l'outil et sur un consensus d'utilisation, et coopèrent malgré des intérêts souvent divergents et *in fine* peuvent légitimer l'esprit véhiculé par l'outil.

C'est pourquoi, nous avons choisi d'orienter notre intervention sur une dimension stratégique de repositionnement du système de management et de la gestion des risques, mais aussi sur les dimensions structurelles et fonctionnelles autour des notions de qualité en général et autour de l'outil de gestion des événements indésirables en particulier.

La mise en œuvre s'est déroulée sur une période d'un an et demi et nous a permis d'expérimenter les déterminants nécessaires pour favoriser la mise en place de leviers d'intégration de la démarche qualité. Notre positionnement hiérarchique au sein de l'organisation et notre participation aux instances de l'établissement ont été des facteurs facilitateurs.

---

<sup>409</sup> Voir annexe 68 : Propositions d'intervention sur le système de management de la qualité et des risques validées par la direction du CHY en 2015.

<sup>410</sup> Selon la théorie néo-institutionnelle Meyer et Rowan, 1977 ; DiMaggio et Powell, 1983.

## **I Réorganisation du système de management de la qualité et de la gestion des risques**

---

En janvier 2015, le CHY a connu un changement de Direction. Le nouveau Directeur a institutionnalisé une « *Direction de la qualité Veille sur les Risques et Communication* »<sup>411</sup>. Cette nouvelle direction dispose désormais d'un directeur adjoint à la qualité, d'un responsable assurance qualité (l'ancien assistant qualité) et d'une secrétaire qualité.

Le positionnement stratégique de la Direction qualité, qui dépend fonctionnellement et hiérarchiquement du Directeur Général d'établissement et son adossement au service de communication, ont été des points forts en termes de positionnement et d'affichage pour l'ensemble des personnels du CHY. D'emblée, les composantes stratégiques du système de management de la qualité et de la gestion des risques ont pu être redéfinies.

### **I.1 Remaniement des composantes : recentrage autour de la notion de qualité**

Une révision complète des composantes du système de management de la qualité et de la gestion des risques avec l'appui de la Direction Générale et des instances de l'établissement a permis une clarification du positionnement stratégique de la qualité au sein de l'établissement.

#### **I.1.1 Une direction instituée**

La Direction Qualité a dès lors un rôle central d'articulation de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques. Elle apporte son expertise et un soutien méthodologique de façon institutionnelle en instances lors de représentations plénières et de façon spécifique aux professionnels de terrain, selon les besoins et les demandes. Les différents rencontres font l'objet d'une traçabilité sous forme de compte-rendu et de communications transmis aux participants.

#### **I.1.2 Mobilisation affirmée des partenaires et des personnes ressources**

Les différents partenaires de la Direction qualité ont été remobilisés, tels que l'encadrement, les instances, les responsables administratifs, techniques et logistiques, ainsi que d'autres personnes ressources expertes dans leur domaine qui assurent une complémentarité indispensable au dispositif<sup>412</sup> :

- \* *Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ;*
- \* *Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse : Pharmacien ;*
- \* *Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière ;*
- \* *Correspondants locaux des Vigilances ;*
- \* *Infirmière Hygiéniste ;*
- \* *Correspondants hygiène ;*
- \* *Référents qualité et gestion des risques ;*
- \* *Auditeurs internes.*

---

<sup>411</sup> Que nous nommerons « *Direction qualité* » dans notre propos.

<sup>412</sup> Voir Annexe 28 : *Composition et missions des membres du système de management de la qualité et de la gestion des risques.*

L'encadrement supérieur et l'encadrement de proximité ont pour mission de conduire les démarches participatives d'amélioration continue de la qualité des prestations et assurent la mise en œuvre, l'analyse des résultats et la diffusion des projets d'amélioration. Les managers sont considérés comme des acteurs centraux puisqu'ils articulent la politique institutionnelle et les axes d'orientations stratégiques avec les acteurs de terrain et sont les « porteurs » des préceptes portés par la démarche qualité.

Les représentants des usagers prennent une part active dans la mise en œuvre de la démarche car les Commissions Des Usagers sont plus nombreuses. Ils s'inscrivent de manière dynamique dans les projets d'amélioration de la qualité et gestion des risques par leur présence et leur investissement de longue date. Ils sont le lien entre les usagers et l'organisation.

Les résultats et les actions sont désormais régulièrement communiqués sur le portail Intranet de l'établissement, lors des instances et des groupes de travail, dans un journal interne dédié à la qualité et à la gestion des risques (« InfoQualité »).

## 1.2 Structure de pilotage affirmée

Le système de management de la qualité et des risques a été révisé, il est désormais piloté selon trois axes (voir schéma page suivante) :

- \* **Gouvernance** et pilotage stratégique par la Direction et les instances stratégiques ;
- \* **Coordination et animation** par les instances fonctionnelles et experts des domaines ;
- \* **Opérationnalisation** de la démarche par les référents qualité et gestion des risques, les groupes de travail, professionnels de terrain.

### 1.2.1 Une réelle gouvernance

Le Directeur soutenu par le Président de la CME sont les acteurs de l'élaboration de la stratégie médicale et de la politique de gestion. Leurs fonctions respectives étaient déjà institutionnalisées :

- \* **Le Directeur**, chef d'établissement, président du directoire, dispose de pouvoirs propres élargis pour conduire et accompagner la politique de l'établissement dans le cadre du territoire dont il relève.
- \* **Le Président de la CME**, qui est aussi vice-président du directoire, « est chargé conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la CME »<sup>413</sup>,

Ils sont les deux acteurs en charge du pilotage de l'établissement, tant vis-à-vis des tutelles (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, état des prévisions de recettes et de dépenses...) qu'en interne (PAQSS, ...). Ce pilotage implique l'application des politiques d'établissement dont la politique de management du système qualité et gestion des risques.

Les autres instances de gouvernance ont été remobilisées. Elles sont précisées dans l'encadré et figure ci-dessous :

<sup>413</sup> Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé.

## Comité de Direction Elargi (instauré en 2015) :

Le Comité de direction élargi a pour objet de permettre la coordination opérationnelle globale de l'ensemble de l'établissement et notamment sur les risques.

## Sous-Commission de la CME relative à la Qualité et à la Sécurité des Soins (SCQSS) Remobilisé :

Périmètre d'attributions : définir, coordonner et piloter la démarche globale de gestion des risques sur l'ensemble de l'établissement.

## Le Comité EPP (réactivé) :

Périmètre d'attributions : définir, coordonner et piloter la démarche globale de l'établissement en matière d'EPP.

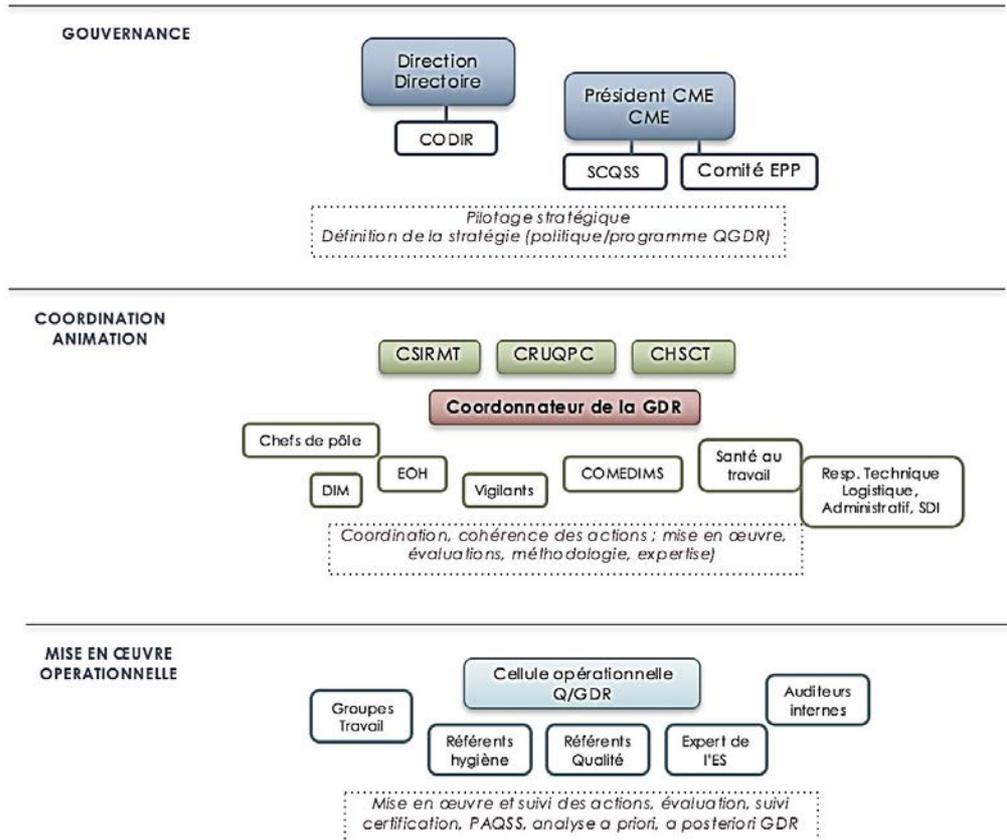


FIGURE 48 : STRUCTURE DE PILOTAGE DU SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DES RISQUES DU CHY

## 1.2.2 Coordination et animation clarifiées

L'optimisation de la coordination et de l'animation du système de management de la qualité et des risques a eu pour ambition de clarifier le positionnement institutionnel dans ce domaine et de donner une visibilité aux acteurs de terrain par un affichage clair et fonctionnel.

La coordination et l'animation du système de management de la qualité et gestion des risques ont été révisées. Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins a été nommé et le Directeur adjoint à la qualité a été nommé responsable du système de management de la qualité et de la sécurité des soins. Leurs missions sont :

- \* De veiller à la coordination et la cohérence des actions et évaluations (PAQSS/Certification) au regard de la politique institutionnelle de management de la qualité et gestion des risques ;
- \* D'apporter une méthodologie et une expertise dans le domaine de la qualité gestion des risques.

Ce remaniement institutionnel a également nécessité de préciser l'organisation de la démarche qualité en redéfinissant l'architecture du système et les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes ainsi que précisé ci-après :

Parties Prenantes	Responsabilités	Rôles
Les instances institutionnelles	Directoire	<b>Rôle Stratégique</b>
	CME	
Les Coordonnateurs	SCQSS (sous-commission qualité)	. Définir une politique qualité/gestion des risques.
	Comité EPP	. Valider les programmes et plans d'actions.
	Coordonnateur des risques associés aux soins	. Assurer le suivi et la communication.
	Direction Qualité	
Les référents	Responsable Assurance Qualité	<b>Rôle d'expert</b>
	Vigilants	. Organiser la gestion du système Qualité/gestion des risques.
	Référents qualité/hygiène	. Centraliser les données.
Les professionnels		. Analyser les événements porteurs d'amélioration.
		. Fixer des objectifs d'amélioration.
		. Assurer le suivi des plans d'action et de leurs évaluations.
		<b>Rôle de coordination</b>
		. Centraliser les données dans les domaines de compétence.
		. Organiser les alertes.
		. Mettre en œuvre les actions et les évaluer.
		. Former/ Informer le personnel, les instances.
		<b>Rôle Opérationnel</b>
	Les personnels soignants ou non soignants	. Identifier les nouveaux risques et/ou les risques non maîtrisés, zones de non-conformités.
		. Participer à la définition des consignes/ protocole/ modes opératoires.
		. Appliquer les consignes/ protocole/ modes opératoires.

TABLEAUX 48 : TABLEAU SYNTHETIQUE DES ROLES ET RESPONSABILITES DES COMPOSANTES INSTITUTIONNELLES<sup>414</sup>

En outre, la Direction qualité siège désormais aux instances représentatives de l'établissement<sup>415</sup>. Les acteurs clés de l'établissement tels que les chefs de pôle, les vigilants, les responsables des services techniques logistiques et administratifs ainsi que du système d'information sont intégrés de fait au processus d'amélioration continue de l'établissement (participations aux réunions, groupes de travail, formations...).

### 1.2.3 Institutionnalisation de structures opérationnelles

C'est sans doute la dimension opérationnelle qui a nécessité le plus grand investissement. En effet, la perception négative de l'outil de gestion des événements indésirables était en partie liée au manque de visibilité dans le suivi des actions mises en œuvre, mais également au manque d'intégration des professionnels de terrain aux réflexions et analyses reflétant leurs préoccupations de terrain.

Si la mise en œuvre et le suivi des actions, des évaluations, du PAQSS et des procédures de certifications était assurée par différentes instances de pilotage, il a fallu créer des instances opérationnelles intégrant les personnels de terrain, les représentants des organisations syndicales, les responsables de service et des experts qui représentent les différentes spécificités organisationnelles. Les composantes de la structure opérationnelle sont présentées dans l'encadré ci-dessous :

**Cellule opérationnelle de la gestion des risques intégrant le CREX (créée en mai 2015) :** Réunions mensuelles, animées par la Direction Qualité et Veille sur les Risques.

**Comité de pilotage du Document Unique (créé en mai 2015) :** Réunions mensuelles, animées par le Directeur des Ressources Humaines.

**Référents qualité (remobilisés) :** Cadres de proximité ou responsables de service, qui sont responsables de l'organisation et de la mise en œuvre de la démarche qualité et gestion des risques au sein des unités et services.

**Groupes de travail (valorisés) :** Groupes de travail comportant un chef de projet et un pilote. Ils concernent l'ensemble du personnel de l'établissement. Les objectifs de ces groupes émanent de la politique qualité et gestion des risques. Un soutien méthodologique est assuré par la Direction qualité.

<sup>414</sup> Source : Définition de l'organisation interne qualité et gestion des risques du CHY.

<sup>415</sup> Commission Médicale d'Établissement (CME) ; Comité Technique d'Établissement (CTE), Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) ; Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) ; Commissions des Usagers (CDU).

### I.3 Amélioration du niveau de performance de la qualité

Le CHY s'était peu investi dans le suivi de la procédure de certification depuis 2012. Les directions successives, le manque de clarification stratégique, de coordination d'opérationnalité, ainsi que la faible implication des personnels de terrain ont conduit à un retard certain dans la conduite de la nouvelle procédure de certification. En effet, comme tous les établissements de santé et conformément à l'article L.6111-1 du Code de la Santé Publique, le CHY est soumis à l'obligation de s'engager dans la procédure de certification sous l'égide de la Haute Autorité de Santé (HAS) :

*« La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prises en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques. »<sup>416</sup>*

En 2015, il était urgent de relancer la préparation de la nouvelle procédure de certification V2014 dont la programmation était prévue à l'origine pour juillet 2016<sup>417</sup>. En effet, la procédure de certification est en constante évolution dans ses méthodologies et ses approches<sup>418</sup>. Ainsi, dès 2015, l'établissement s'est engagé dans la dernière procédure de certification dite « V2014 ». Cette nouvelle procédure de certification se veut plus exigeante par les impacts recherchés et décrits par la HAS :

- \* *« Un management de la qualité et des risques installé dans la réalité quotidienne des équipes de soins. Il doit donner du sens en termes de qualité de la prise en charge des personnes soignées et de qualité des conditions d'exercice ;*
- \* *Une démarche qualité véritablement continue grâce à la définition de priorités correspondant aux vrais enjeux de l'établissement. Les actions et les résultats seront retracés dans le compte qualité de l'établissement, « pierre angulaire » du processus de certification ;*
- \* *Un pilotage des actions qualité ayant une plus grande valeur ajoutée grâce aux nouvelles méthodes de visite et à un niveau de formation et d'entraînement renforcé des experts-visiteurs. »<sup>419</sup>*

En outre, cette nouvelle procédure est largement orientée sur la gestion des risques, l'enjeu étant que l'établissement de santé démontre son niveau de maturité concernant son système de management de la qualité et des risques :

*« L'émergence d'une culture qualité et sécurité des soins est une priorité d'action car les fragilités de la prise de conscience institutionnelle ou au niveau des équipes peuvent alimenter les causes majeures d'événements indésirables associés aux soins survenant en établissement de santé. Face à ces accidents trop fréquents, parfois graves et souvent évitables, les enjeux du renforcement d'une culture de sécurité sont nombreux. » HAS - Le Compte qualité Novembre 2014 – Mise à jour Avril 2016.*

Cette nouvelle orientation a été un point d'orgue pour notre travail puisque nous étudions les facteurs d'intégration de la démarche qualité à travers l'étude d'un outil de gestion des risques.

<sup>416</sup> Source : « Procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L.6322-1 du Code de la santé publique » - HAS, Juin 2015, p.2.

<sup>417</sup> La visite de certification a finalement été repoussée en janvier 2017 compte tenu du retard pris par la HAS dans la certification des établissements de santé.

<sup>418</sup> De 1998 à 2014, trois versions de la certification se sont succédé « Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, la certification des établissements de santé a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins dispensés. » - Manuel de certification des établissements de santé V2010, HAS, Janvier 2014 p.3.

<sup>419</sup> Source : HAS – Accréditation & certification in -La V2014 - [en ligne]. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1495044/fr/la-v2014](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1495044/fr/la-v2014) (consulté le 14/06/16).

En outre, l'analyse et l'évaluation que l'établissement doit opérer passe désormais par de nouvelles méthodologies de mise en œuvre de la démarche qualité qui sont : l'audit de processus et la méthode du patient traceur. C'est deux méthodes sont fondées sur une analyse des risques et nécessitent la participation active des personnels de terrain qui sont au cœur des processus organisationnels. La mise en œuvre de ces méthodes a été une opportunité dans notre travail pour accompagner l'intégration des principes qualité de deux manières :

- \* Par une approche systémique et transversale grâce à l'approche processus prônée pour la mise en œuvre du compte qualité ;
- \* Par un renforcement de l'implication des professionnels grâce à la méthode du patient traceur.

### 1.3.1 L'opportunité de l'approche processus grâce au compte qualité

Le compte qualité est le nouvel outil de pilotage de la procédure de certification, son envoi à la HAS conditionne l'entrée dans la procédure de certification :

« Ce nouvel outil, intégralement informatisé et mis à disposition des établissements propose une nouvelle approche de l'autoévaluation tournée vers l'action et a vocation à traduire les engagements prioritaires de l'établissement concernant son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration. »<sup>420</sup>

Il remplace la précédente « auto-évaluation » que l'établissement devait réaliser. Il est un véritable outil de dialogue avec l'HAS puisqu'il est intégré sur une plateforme informatique (SARA<sup>421</sup>) et doit être adressé à la HAS tous les 24 mois. Il est structuré selon une approche par thématiques (ou processus de prise en charge) qui doivent être analysés selon une approche processus permettant **d'identifier et de prioriser les risques** de chaque thématique, d'analyser les résultats des évaluations ou indicateurs existants et de proposer des plans d'actions comportant des responsables, des échéances et des modalités de suivi (voir figure ci-après) :

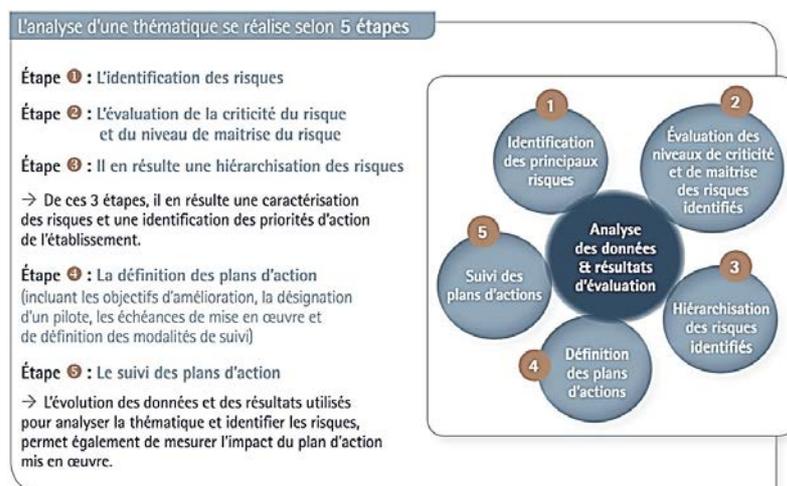


FIGURE 49 : METHODE D'ANALYSE DES THEMATIQUES – SOURCE HAS DIAPORAMA « LE COMPTE QUALITE-OUTIL DE VALORISATION ET DE SUIVI DE VOTRE DISPOSITIF DE GESTION DES RISQUES »

L'approche centrée autour de l'identification des risques est une opportunité puisqu'elle nous a permis d'institutionnaliser les structures existantes dans l'outil de gestion des événements indésirables et de développer les structures sociales en offrant des schémas

<sup>420</sup> Source : HAS – Accréditation & certification in -La V2014 - [en ligne]. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1616601/fr/le-compte-qualite-v2014](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1616601/fr/le-compte-qualite-v2014) (consulté le 14/06/16).

<sup>421</sup> « SARA permet d'accéder plus facilement à toutes les informations concernant la procédure de certification et de dématérialiser l'ensemble des échanges entre les établissements et la HAS. » Source : HAS – Accréditation & certification in -La V2014 - [en ligne]. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1616198/fr/la-mise-en-oeuvre-de-la-v2014](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1616198/fr/la-mise-en-oeuvre-de-la-v2014)(consulté le 14/06/16).

d'interprétations différents, plus porteurs de sens, puisque rattachés à un objectif institutionnel : la réussite de la procédure de certification.

### 1.3.2 L'opportunité de l'implication des professionnels par la méthode patient traceur

La méthode patient traceur introduite dans la nouvelle procédure de certification est une méthode d'amélioration de la qualité des soins réalisée par une équipe pluri professionnelle au plus près de l'activité de soins permettant d'analyser de manière rétrospective (à partir du dossier du patient) la qualité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours de soins. Cette approche transversale met au premier plan l'expérience du patient et permet d'identifier les différentes interfaces et collaboration interservices et interdisciplinaires. En effet, c'est souvent dans ces « *interstices* » de soins que se situent les failles organisationnelles, humaines, techniques ou logistiques :

*« La méthode du patient-traceur permet d'analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge. La méthode du patient-traceur a été développée [...] en s'appuyant sur l'expérience d'autres pays telle que celle de la Joint Commission aux États-Unis (Joint Commission 2008). »<sup>422</sup>*

Tout comme le compte qualité, la réalisation de patients traceurs à un caractère obligatoire dans la procédure de certification. La méthodologie du patient traceur a pour but d'étayer les différentes thématiques traitées dans le compte qualité (voir figure ci-dessous) :

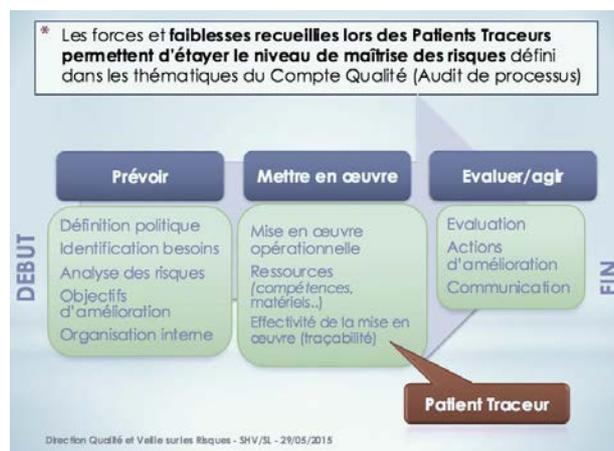


FIGURE 50 : PRESENTATION DE LA PROCEDURE DE CERTIFICATION EN INSTANCE AU CHY EN MAI 2015

La méthode du patient traceur est, de notre point de vue, une opportunité d'implication des professionnels dans la démarche qualité. Cette méthode réalisée au plus près de l'activité a un sens pour les personnels puisqu'elle s'attache à étudier les pratiques dans un contexte réel (un patient, un service, une équipe). Elle offre également la possibilité de percevoir le maillage institutionnel, les différentes interfaces et la complexité du système. Nous avons pu observer que le développement de cette méthode par capillarité a incité les professionnels à mieux comprendre l'intérêt de l'utilisation de l'outil de déclaration des événements indésirables et à s'investir différemment dans l'analyse et le traitement des risques.

La réorganisation stratégique du système de management de la qualité et de la gestion des risques, ainsi que le repositionnement de l'établissement dans la conduite de la nouvelle procédure de certification, ont été opérés grâce au soutien actif de la Direction

<sup>422</sup> Source : HAS « Le patient-traceur en établissement de santé-Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » Guide méthodologique - novembre 2014 p.4.

du CHY ainsi que du Président de la CME véritables appuis dans cette étape. Cette phase a permis de consolider les bases du système qualité et sécurité des soins de l'établissement, mais aussi de lancer un signal fort aux professionnels grâce à une stratégie clairement affichée.

Il était ensuite nécessaire de reconsidérer le système de management de la qualité et de la gestion des risques dans toutes ses dimensions afin d'élargir le champ de l'intervention dans les fondements du système et d'intégrer l'outil de gestion des événements indésirables dans les perspectives d'analyse.

## **II Modélisation du système de management de la qualité et des risques**

---

Notre mission de chercheur accompagnant, mais également en charge du système de management de la qualité et de la gestion des risques dans cette organisation hospitalière, nous ont amené à reconsidérer le système de management de la qualité et de la gestion des risques selon le modèle de Shortell<sup>423</sup>. Les différentes dimensions de ce modèle ont été traitées par différents axes opérationnels (voir encadré ci-après). Il s'agissait véritablement d'une feuille de route pour notre intervention permettant d'envisager l'organisation dans son ensemble et de pouvoir identifier les différentes composantes de la théorie de la structuration à de Giddens à savoir :

- \* **Le structurel**, c'est-à-dire les principes d'organisation ;
- \* **Les systèmes sociaux**, c'est-à-dire les rapports sociaux ;
- \* **La structuration**, c'est-à-dire les pratiques d'intégration (GIDDENS, 2012, p. 74).

La modélisation finale a été intégrée dans la politique qualité de l'établissement. Le choix de l'approche selon le modèle de Shortell était également le choix d'une mise en cohérence avec l'ébauche de modèle proposé en fin du chapitre précédent. En effet, le niveau de développement de la culture qualité a pu être appréhendé dans la dimension culturelle. Le niveau de maturité organisationnelle concernant la qualité et gestion des risques, ainsi que le niveau de performance qualité ont pu être envisagés à partir des dimensions stratégiques et structurelles. Enfin, le processus d'appropriation de l'outil de gestion a pu être mis en perspective par la dimension technique.

DIMENSION	AXES OPERATIONNELS
<b>DIMENSION STRATEGIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Clarifier les objectifs et le positionnement de la démarche qualité et gestion des risques.</li> <li>. Identifier les processus-clés (impact satisfaction clients, mobilisation des ressources, potentiel d'amélioration) et adaptation aux orientations HAS.</li> <li>. Remobiliser : préciser les thèmes à traiter et prioriser les actions, mobilisation des professionnels en focalisant les efforts vers l'atteinte des objectifs.</li> </ul>
<b>DIMENSION STRUCTURELLE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Renforcer les structures de coordination nécessaires à la démarche (éviter la dispersion des efforts ; donner de la lisibilité, ...) et architecture du système qualité.</li> <li>. Affermir une composante politique et stratégique (comité de pilotage) choix, arbitrages, suivi de l'atteinte des objectifs.</li> <li>. Définir une cellule opérationnelle de coordination et de mise en œuvre, des axes stratégiques.</li> </ul>

<sup>423</sup> S.M. Shortell, C.L. Bennett, and G.R. Byck, "Accelerating the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: Assessing the Evidence and Recommendations for 'Improvement,'" *The Milbank Quarterly*, Vol. 76, No. 4, 1998, 593-624.

DIMENSION	AXES OPERATIONNELS
<b>DIMENSION TECHNIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Formaliser une gestion de projet (planification, animation, mise en œuvre évaluation).</li> <li>. Structurer le système qualité en favorisant écoute des usagers et en développant la documentation qualité et l'identification et l'analyse des processus-clés.</li> <li>. Maîtriser et déployer les méthodes et les outils de la qualité en fonction des objectifs poursuivis, standardiser les méthodes et les techniques de mesure et les adapter au CHY, former et accompagner le terrain.</li> <li>. Intégration de la formation comme outil de pilotage.</li> </ul>
<b>DIMENSION CULTURELLE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Renforcer les représentations, valeurs, normes, ...</li> <li>. Promouvoir l'apprentissage en équipe.</li> <li>. Développer une culture de la mesure, prôner l'approche client.</li> <li>. Affirmer une approche positive de l'erreur.</li> </ul>

TABLEAU 49 : PROJET DE MODELISATION DU SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES

## II.1 Dimension stratégique

La théorie de la structuration développée par Giddens nous invite à considérer la « *dualité du structurel* » en tant que dynamique des systèmes et à considérer l'individuel et l'institutionnel comme deux éléments en lien. La structure est pour Giddens un élément essentiel de compréhension du système social (GIDDENS, 2012, pp. 74-75). C'est donc d'abord sur la structure qu'a porté notre intervention puisque, pour l'auteur, la structure est un élément de structuration intérieure des agents sociaux. L'image de la structure associée à celle d'un édifice a motivé notre intervention dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques en nous efforçant de repositionner la thématique de la qualité sur une assise stratégique et organisationnelle plus centrale.

Le positionnement de la Direction en faveur du développement d'une culture qualité, ainsi que le contexte de mise en route d'une nouvelle procédure de certification ont été essentiels pour la réalisation de ce projet. L'intervention s'est déroulée à partir de plusieurs axes de travail présentés ci-dessous :

1. *Repositionnement stratégique ;*
2. *Institutionnalisation du système de management de la qualité et de la gestion des risques ;*
3. *Adaptation du système de management de la qualité aux orientations HAS ;*
4. *Communication de la politique qualité et du système de management de la qualité et des risques.*

### II.1.1 Clarification et repositionnement stratégique du système de management de la qualité et des risques

La réorganisation stratégique du système de management de la qualité et de la gestion des risques citée précédemment s'est traduite par un positionnement affichée dans l'organigramme de l'établissement et par la redéfinition des missions des membres de la Direction qualité.

#### II.1.1.1 Clarification du positionnement institutionnel de la Direction Qualité

Ainsi, l'identification par le Directeur d'établissement de la qualité comme une direction à part entière et son positionnement dans l'organigramme (voir figure ci-dessous) ont permis un affichage différent auprès des instances.

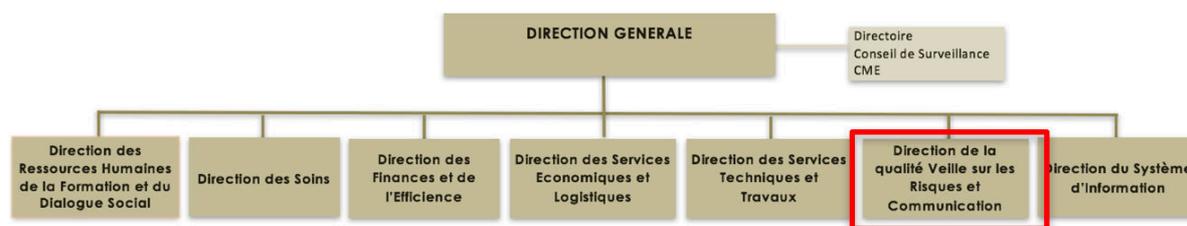


FIGURE 51 : POSITIONNEMENT DE LA QUALITE DANS L'ORGANIGRAMME DU CHY (2015)

### II.1.1.2 Clarification des missions et champs d'actions du responsable assurance qualité et de la secrétaire qualité

En outre, les missions des membres de la Direction qualité (directeur adjoint à la qualité, responsable assurance qualité, secrétaire qualité) ont été définies dans des fiches de postes validées par la Direction en mai 2015.

La directrice adjointe et la responsable assurance qualité ont été intégrées aux principales instances de l'établissement : commission médicale d'établissement ; commission des usagers ; commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ; comité technique d'établissement ; comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

### II.1.2 Institutionnalisation du système de management de la qualité et de la gestion des risques

Les orientations stratégiques concernant la qualité étaient formalisées dans le Projet d'Établissement, cependant aucun manuel qualité n'était formalisé. Le manuel qualité est un document formalisant par écrit le fonctionnement du système de management de la qualité et des risques. Selon la norme ISO 900 : 2008 :

*« L'organisme doit établir et tenir à jour un manuel qualité qui comprend : le domaine d'application du système de management de la qualité, y compris le détail et la justification des exclusions ; les procédures documentées établies pour le système de management de la qualité ou la référence à celles-ci ; une description des interactions entre les processus du système de management de la qualité. » (ISO 900 :2008, chap. 4 « Système de management de la qualité », p.3)*

Ce document doit contenir :

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| . Les modalités de gestion du manuel | . La documentation du système qualité             |
| . La présentation de l'organisation  | . La présentation des processus de l'organisation |
| . L'engagement de la Direction       | . Les interactions entre les processus            |
| . La politique qualité               | . Les processus d'amélioration                    |
| . Les responsabilités et autorités   |   |

Le manuel est une carte d'identité du système de management de la qualité. Il est essentiel en termes de définition d'une politique qualité et d'affichage pour l'ensemble des professionnels d'une qualité inscrite dans les orientations stratégiques. Il symbolise la prise en compte et l'intégration de la thématique dans la réflexion stratégique. Il définit les règles et les ressources de l'organisation dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques.

Un travail avait été amorcé au CHY en 2004, mais n'a jamais été validé ni diffusé. Le manuel qualité a donc été rédigé en aout 2015 avec la participation de la Direction Générale et du Président de la CME, validé en CME en octobre 2015, puis diffusé à l'ensemble des personnels à partir de la gestion documentaire de l'établissement.

### II.1.3 Adaptation du système de management de la qualité aux orientations HAS et identification des processus clés

L'approche processus est non seulement inscrite dans le manuel qualité, mais elle est également développée dans la conduite de la procédure de certification et a fortiori dans la procédure de certification V2014. Il a donc été essentiel d'identifier les processus clés de l'organisation, mais également d'institutionnaliser le pilotage de la procédure de certification.

#### II.1.3.1 Formalisation de la cartographie des processus

La cartographie des processus de l'organisation permet de décrire et de documenter le système qualité, de valider et d'analyser le périmètre des activités de l'organisation. Elle permet, grâce à une approche visuelle très schématique, d'identifier les processus et leurs interactions et donc d'apporter une meilleure compréhension des contraintes. Il s'agit, en outre, d'un outil de communication efficace en termes de sensibilisation des personnels à la maîtrise du système. La connaissance des processus permet, en effet, une meilleure compréhension et satisfaction des exigences du système. Elle facilite également la mesure de la performance et de l'efficacité des processus et donc leur amélioration. Nous avons donc opté pour une définition de la cartographie des processus (voir figure ci-dessous) qui tiendrait compte de l'engagement de l'établissement dans la nouvelle procédure de certification afin de :

- \* Combiner l'approche processus au compte qualité ;
- \* Identifier une cartographie des processus permettant l'analyse des risques a priori et a posteriori offrant la mise en œuvre d'une cartographie des risques inscrite au compte qualité ;
- \* Optimiser la démarche qualité.

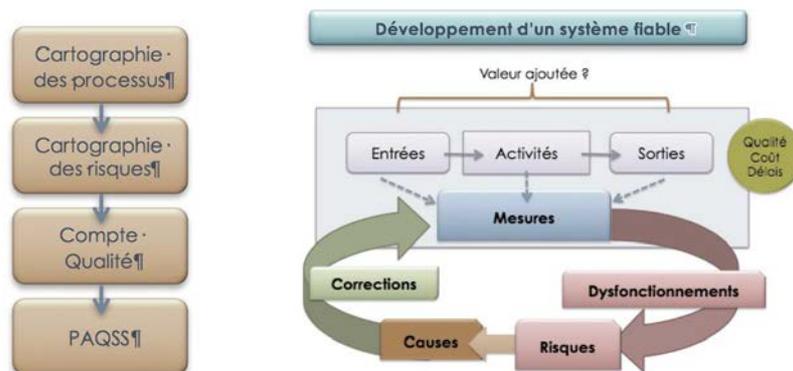


FIGURE 52 : MODELISATION DE L'APPROCHE PROCESSUS CHOISIE AU CHY

Nous avons donc collaboré avec les différentes Directions fonctionnelles et le Président de la CME pour construire et valider la cartographie des processus du CHY.

Chaque processus fait l'objet d'une carte d'identité de processus reprenant les responsabilités des pilotes du processus, ses finalités, ses exigences réglementaires, ses étapes, les risques identifiés, les processus en interaction, les ressources et les indicateurs associés<sup>424</sup>.

L'indexation des processus est intégrée dans toutes les actions du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins(PAQSS), ainsi que dans le compte qualité de l'établissement. Il existe ainsi un référencement centralisé en lien avec les activités spécifiques de l'organisation.

<sup>424</sup> Voir annexe 29 : Carte d'identité type d'un processus.

### II.1.3.2 Définition d'un Comité Stratégique de la Certification

Dans le cadre de l'opérationnalisation de la démarche de certification V2014 engagée en novembre 2015, dont la visite de certification était prévue en janvier 2017, et compte tenu du contexte de non appropriation de la démarche qualité par le terrain, il a semblé essentiel de créer une instance de pilotage de la démarche de certification. Cette instance n'a pas vocation de se substituer aux instances réglementaires, mais bien d'être un appui structuré dans le pilotage et la conduite de la démarche de certification. Ce comité a été créé en décembre 2015 et la première réunion a eu lieu le 8 février 2016. Il se réunit en moyenne toutes les 6 semaines et doit perdurer même après la visite de certification afin de piloter le suivi de la démarche de certification entre deux procédures. Les missions de ce comité sont les suivantes :

- \* Fixer les orientations stratégiques de la démarche de certification ;
- \* Piloter et coordonner la démarche de certification ;
- \* Valider les différentes étapes de la démarche de certification ;
- \* Définir les politiques d'organisation en lien avec les nouvelles méthodologies de la certification V2014 (Audit de processus, patients traceurs, compte qualité).

Les membres qui constituent ce comité sont le Directeur Général, le Président de la CME, les responsables des directions fonctionnelles, le responsable du Département de l'Information Médicale (DIM), un cadre de santé et un représentant des usagers.

#### II.1.3.2.1 Un appui méthodologique sur la conduite de la procédure de certification

Cette instance a d'ailleurs permis de structurer la mise en place du compte qualité exigé dans la procédure de certification V2014. Les pilotes responsables des différentes thématiques ou processus de l'établissement ont régulièrement présenté l'état d'avancement de leur audit de processus qu'ils pilotent avec l'appui d'un groupe de travail.

#### II.1.3.2.2 Un dispositif d'apprentissage et d'appropriation de la démarche qualité

Le comité stratégique a facilité l'appropriation de la démarche qualité et des nouvelles méthodologies qualité exigées par la HAS grâce à une fertilisation croisée représentée par l'apprentissage en groupe et la valorisation des travaux engagés. De réels échanges ont eu lieu entre des services qui habituellement ne travaillent pas ensemble. Une certaine émulation est apparue et même une entraide sur des problématiques partagées. Par exemple, certains pilotes avaient identifié le même risque dans leur thématique qu'un autre groupe de travail et, grâce à une réflexion commune des membres du comité, il s'en est suivi un vrai travail de collaboration sur les risques identifiés et les actions engagées.

La compréhension des institutions sociales se fait par l'action selon Giddens (1984). La définition de l'organisation est ainsi celle définie par l'action collective qui s'est opérée grâce à la coordination des acteurs rendue possible par ce comité.

### II.1.4 Amélioration de la connaissance et de l'appropriation du système de management de la qualité par la communication

De façon globale la communication concernant le système de management de la qualité et de la gestion des risques n'était pas efficace. Les difficultés d'appropriation de l'outil de gestion des événements indésirables par les utilisateurs étaient en partie liées à une méconnaissance des enjeux intégrés dans l'esprit de l'outil.

Ainsi, la communication est un véritable levier de développement d'une culture qualité et sécurité. En effet, elle doit être fondée sur une confiance mutuelle, sur l'ouverture et sur

l'échange des informations selon une démarche éthique et professionnelle. La perception partagée d'une communication ascendante et descendante est la garantie d'une politique de communication efficiente et transparente. L'efficacité de l'organisation de la communication est corrélée à l'exigence de la prise en compte de la responsabilité des acteurs dans leurs domaines respectifs. Or, bien souvent dans les démarches qualité et les procédures de certification, les professionnels sont fortement sollicités pour participer à des groupes de travail ou pour s'investir dans des missions telles que l'évaluation des pratiques professionnelles, cependant, ils n'ont que très rarement un retour sur les résultats ou les avancées marquantes. Ce point avait été soulevé dans notre étude au CHRUX, il persiste au CHY. Notre expérience de terrain et d'enseignant conforte ce point de vue.

Pour autant, la communication est une étape essentielle du processus d'appropriation. Elle est, en effet, un levier important pour la modernisation des acteurs de l'offre de soins en termes de partage de l'information et d'amélioration significative de la qualité et de la sécurité des soins et aussi de la performance. Notre positionnement de responsable en charge de la qualité et de la communication a facilité notre intervention dans ce domaine.

### II.1.4.1 Communication formelle et informelle

Notre intervention a ainsi concerné, à la fois l'information et la communication à destination des professionnels, mais aussi à destination des usagers « clients » de l'activité et à ce titre véritables partenaires dans le développement et l'amélioration des prestations.

Le développement de la communication est considéré comme un levier majeur d'amélioration significative de la qualité, de la sécurité des soins. C'est pourquoi, nous avons largement investi ce domaine en multipliant les actions et les canaux de communication afin d'atteindre le maximum de professionnels et d'usagers de façon large et aussi de façon plus spécifique sur certains domaines ainsi que nous l'exposons dans l'encadré ci-dessous :

- \* **La communication globale** autour des thématiques qualité et gestion des risques est réalisée par la diffusion régulière d'une publication interne à destination de l'ensemble des professionnels : InfoQualité<sup>425</sup>. Cette publication vise à informer, sensibiliser les professionnels sur des thématiques spécifiques.
- \* **La communication concernant la gestion a priori et a posteriori des risques** est réalisée par une publication annuelle interne à destination de l'ensemble des professionnels : Bilan Global de la gestion des risques<sup>426</sup>.
- \* **La communication concernant l'hygiène** est réalisée par une publication interne à destination de l'ensemble des professionnels : InfoHygiène. Cette publication a pour objet la sensibilisation des personnels sur des thématiques spécifiques.
- \* **La communication concernant la procédure de certification** est réalisée par une publication interne à destination de l'ensemble des professionnels : InfoCertification<sup>427</sup>. Cette publication vise à communiquer sur l'état d'avancement de la procédure de certification.
- \* **La communication concernant les usagers** est réalisée par une publication interne, diffusée à l'encadrement pour affichage : InfoPatients<sup>428</sup>. Cette publication vise à informer les usagers de leurs droits, des résultats d'évaluation, de certification...

En dehors des publics spécifiques visés, nous avons également largement communiqué lors des instances afin, non seulement de toucher un public le plus large possible, mais également d'institutionnaliser la démarche qualité et gestion des risques et de valider les différents points d'étapes de la procédure de certification. Avec le soutien de la Direction nous avons pu porter à l'ordre du jour de ces différentes instances toutes les étapes clés du développement du système de management de la qualité et des risques<sup>429</sup>. Des bilans

<sup>425</sup> Voir annexe 30 : Exemple d'InfoQualité.

<sup>426</sup> Voir annexe 31 : Exemple de bilan annuel de la gestion des risques.

<sup>427</sup> Voir annexe 32 : Exemple d'InfoCertification.

<sup>428</sup> Voir annexe 33 : Exemple d'InfoPatient.

<sup>429</sup> Voir Annexe 34 : Tableau de bord des communications au terrain ou en instances.

d'étapes synthétiques résumant l'état d'avancement du projet qualité et gestion des risques<sup>430</sup> ont également été présentés à la tutelle (ARS) ainsi qu'aux instances stratégiques de l'établissement (Directoire, Conseil de Surveillance).

De fait, nous avons pu observer la mise en place d'une certaine routine concernant les attendus d'information sur le domaine de la qualité par les membres des différentes instances, voire même des demandes d'informations supplémentaires par les professionnels.

### II.1.4.2 Développement des outils et canaux de communication

Notre positionnement fonctionnel dans le domaine de la communication et notre collaboration avec la Direction du Système d'Information nous ont permis de constater des carences dans le système d'information de l'établissement :

- \* *Site Internet obsolète ;*
- \* *Ergonomie et plan du site non fonctionnels ;*
- \* *Absence du chargé de communication depuis 2012 ;*
- \* *Mise en faillite du prestataire en charge de la gestion externalisée du site Internet.*

Sur proposition de la Direction du Système d'Information et après validation de la Direction Générale, nous avons réalisé un appel d'offre auprès d'un prestataire en capacité de conduire la refonte complète du Site Internet et du portail Intranet. En effet, l'objectif est, d'une part, d'améliorer la qualité de la communication pour les usagers et utilisateurs et d'autre part, d'atténuer les perceptions négatives et de développer le capital d'estime du CHY. Le choix du prestataire a été finalisé en juin 2016 et la mise en œuvre doit être opérationnelle fin 2016.

L'amélioration de la communication interne et notamment du portail Intranet de l'établissement est aussi en lien avec notre souhait d'information en temps réel des personnels de terrain concernant notamment le domaine de la qualité et de la gestion des risques. La réactivité en termes d'information est une valeur ajoutée pour l'appropriation des concepts qualité.

La dimension stratégique offre désormais une vision plus structurée qui permet la priorisation des actions du système de management de la qualité et de la gestion des risques grâce aux initiatives suivantes :

- \* *Politique de sécurité des soins formalisée ;*
- \* *Engagement de la direction et de la CME dans un Manuel Qualité validé en instance ;*
- \* *Fonctionnement d'une structure de gestion de la qualité opérationnelle et dynamique ;*
- \* *Définition, évaluation et suivi d'un programme d'actions de prévention corrélé à la cartographie des processus et intégrant la dimension du compte qualité ;*
- \* *Système d'information : définition du système de collecte des données ; Identification des sources d'information ; sécurité et refonte complète des sites Internet et Intranet de l'établissement.*

<sup>430</sup> Voir Annexe 35 : Note synthétique - Etat d'avancement du projet qualité et gestion des risques.

### II.2 Dimension structurelle

La clarification des dimensions stratégiques et de coordination a été nécessaire afin d'affirmer, d'une part, un appui constant de la Direction de l'établissement sur la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques et, d'autre part de gagner un soutien pérenne grâce à des instances officielles de pilotage. Les résultats mitigés de la précédente certification, ainsi que la démobilisation autour des sujets de la qualité nous ont conduit à proposer la mise en place de différentes composantes de coordination.

#### II.2.1 Un soutien stratégique affiché par l'institutionnalisation d'une rencontre hebdomadaire Direction Générale/Direction Qualité

Le Directeur de l'établissement a d'emblée fait le choix d'intégrer la qualité et gestion des risques comme une priorité institutionnelle. A ce titre, et en tant que directrice adjointe à la qualité, nous étions conviés ainsi que le responsable assurance qualité aux réunions mensuelles de « *Comité de Direction Elargi* ». Cette rencontre réunit l'ensemble des directions de l'établissement et permet à chaque responsable d'exposer les projets en cours ou de répondre aux axes de travaux formulés par le Directeur Général. Nous avons ainsi pu aborder les problématiques liées à la mise en œuvre de la démarche qualité et engager la participation des différentes directions dans le déploiement du système de management de la qualité et des risques.

Néanmoins, la Direction de l'établissement a souhaité une rencontre hebdomadaire avec la Direction qualité. Ces rencontres d'une demie heure chaque lundi avaient pour objet la présentation des sujets et problématiques concernant la qualité afin d'envisager au plus tôt des réponses. En effet, la proximité et l'écoute du Directeur d'établissement ont largement favorisé la mise en œuvre rapide et la validation des projets ou sujets soumis à son approbation. Ce soutien visible de la Direction a été un réel atout en termes de légitimation de notre positionnement.

Ces rencontres n'excluaient pas la validation en instance des propositions à caractère stratégiques.

#### II.2.2 Un renforcement des structures de coordination par la remobilisation du Comité de Pilotage du Document Unique d'évaluation des risques professionnels

La gestion globalisée des risques, ainsi que nous l'avons analysé en 2015, souffrait d'un manque de structuration et de coordination. La gestion *a priori* des risques n'était effectivement plus investie. La dernière mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels datait de 2009<sup>431</sup> et avait été formalisée en préparation de la procédure de certification V2012.

La recommandation émise par la HAS sur cette thématique nous a conduit à remobiliser ce sujet par la création en mai 2015 d'un Comité de Pilotage du Document Unique sous la responsabilité du Directeur des Ressources Humaines<sup>432</sup>. La composition de ce comité intégrait des fonctions permettant une représentativité professionnelle, un accompagnement de la méthodologie sur le terrain et un suivi dans le cadre de la gestion globalisée des risques (voir encadré ci-dessous) :

<sup>431</sup> Voir Annexe 36 : Bilan Document Unique de 2009 à 2015.

<sup>432</sup> Voir annexe 37 : Diffusion de l'information concernant la création d'un Comité de pilotage du Document Unique d'évaluation des risques professionnels.

### Composition du COPIL document Unique d'évaluation des risques professionnels :

- \* Le Directeur des Ressources Humaines.
- \* La Directrice adjointe qualité et gestion des risques.
- \* 1 médecin, représentant de la CME.
- \* 1 membre titulaire de chaque organisation syndicale élu au CHSCT (3 personnes) élu au CHSCT.
- \* Le responsable des Services Techniques.
- \* 1 Adjoint Administratif aux Ressources Humaines, membre référent du « Document Unique ».
- \* 1 Attaché d'Administration chargé des Services Economiques.
- \* 1 Cadre Supérieur de Santé à la Direction des Soins.
- \* L'infirmière de Santé au Travail.

L'objet de la mise en place de ce comité était de réactualiser entièrement le document unique (c'est-à-dire réaliser un nouveau recensement des risques professionnels sur tout l'établissement) et de formaliser un plan de prévention des risques identifiés. En effet, l'identification des risques datait de 2009 et l'établissement a intégré de nouveaux locaux, l'ancienne version n'était donc plus à jour. En outre, le plan de prévention réalisé en 2009 n'était pas investi. Il était trop succinct et la plupart des responsables des actions que nous avons rencontrés n'étaient pas avertis de leurs responsabilités, ni des actions qu'ils devaient mettre en œuvre.

Ce projet a nécessité la formation des membres du comité à la gestion des risques ainsi que l'ajustement des modalités d'évaluation de la criticité avec celles utilisées dans la gestion *a posteriori* des risques. En effet, cette uniformisation était essentielle pour parvenir à une réelle gestion globalisée et donner de la cohérence au système de management de la gestion des risques. Les membres formés ont pu dès lors se rendre sur le terrain en binôme<sup>433</sup> afin d'identifier et d'analyser les risques avec les professionnels concernés<sup>434</sup>.

Le comité s'est réuni mensuellement, mais il a nécessité plus d'un an et demi de travail pour une présentation finalisée et validation en CHSCT en octobre 2016. Le relais des binômes sur le terrain a permis une réelle compréhension et adhésion des professionnels à la démarche. L'état d'avancement du projet a régulièrement été présenté en instances. Il en a résulté une réelle clarification des modalités d'identification et d'analyse des risques *a priori*. Les professionnels de terrain ont dès lors montré un intérêt pour la compréhension de la gestion globale des risques car ils ont été impliqués directement.

### II.2.3 Un renforcement des structures de coordination par la mise en œuvre d'une cellule opérationnelle de la qualité et de la gestion des risques

Dans le domaine de la gestion *a posteriori* des risques, bien que l'établissement soit doté d'un outil de déclaration des événements indésirables ainsi que nous avons pu le voir, l'analyse et la mise en œuvre des actions, le déploiement de nouvelles procédures ou encore la formalisation et le suivi des groupes de travail ne bénéficiaient d'aucune visibilité ni d'incrémentation dans la stratégie de développement du système de management de la qualité et des risques.

Nous avons donc proposé la mise en œuvre d'une Cellule Opérationnelle de la Qualité et de la Gestion des Risques se réunissant mensuellement. Elle est composée de médecins, de pharmaciens, du directeur des soins coordonnateur de la gestion des risques, de cadres supérieurs et cadres de santé, du service hygiène, de la Direction des Ressources Humaines, du Département de l'Information Médicale et de la Direction qualité<sup>435</sup>. L'ensemble des vigilants de l'établissement sont intégrés. Cette instance a été validée en

<sup>433</sup> Voir Annexe 38 : Définition des unités de travail et des binômes.

<sup>434</sup> Voir Annexe 39 : Fiche explicative de recensement des risques (outil de recueil sur le terrain).

<sup>435</sup> Voir Annexe 40 : Fiche de proposition de composition d'une Cellule Opérationnelle de la Qualité et de la Gestion des Risques.

Commission Médicale d'Etablissement en mai 2015 et la décision de création a été signée par la Direction et diffusée à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Lors de la première séance, un règlement intérieur<sup>436</sup> a été formalisé et adopté.

Les missions de la cellule sont structurées autour de la qualité et de la gestion des risques :

### **Démarche qualité :**

- \* *Présentations régulières de l'état d'avancement des démarches d'amélioration en cours ;*
- \* *Veille sur le suivi du PAQSS et incrémentation des actions au PAQSS et au Compte qualité ;*
- \* *Présentation annuelle du bilan globalisé de la gestion des risques avant communication aux instances et au terrain.*

### **Gestion des risques :**

- \* *Opérationnalisation d'une démarche globalisée des risques ;*
- \* *Suivi de la gestion a priori des risques (suivi des actions) ;*
- \* *Traitement des Fiche d'événement indésirables (CREX).*

Afin de valoriser la formation qui avait été réalisée par un organisme extérieur sur la thématique des Comités de Retour d'Expérience (CREX), les membres formés ont été intégré à cette cellule. La méthodologie CREX a de fait été intégrée à la gestion des risques.

Certains professionnels experts dans leur domaine (comme par exemple le responsable logistique) étaient invités en fonction des thématiques abordées. L'ensemble des événements indésirables étaient communiqués et traités en cellule en préservant l'anonymat des déclarants. La présence de membres du Comité de Pilotage du Document Unique de l'établissement permettait aisément de faire le lien avec la gestion *a priori* des risques. En juin 2016 un représentant syndical et un suppléant ont été intégré. Ce choix permettait d'assurer une transparence complète sur l'ensemble des domaines investigués et apportait également une crédibilité et une portée sociale sur l'ensemble des sujets traités.

Cette instance a très bien été perçue, non seulement par ses membres mais également par le terrain qui, grâce à une communication soutenue, avait connaissance des missions de la cellule et percevaient la continuité de l'analyse des risques après les déclarations d'événements indésirables par le biais de l'outil de gestion des risques. Un climat de confiance a pu dès lors s'instaurer avec les déclarants, non seulement par la préservation de l'anonymat, mais aussi par la fin des détournements hiérarchiques et la perception de réelles actions mises en œuvre sur le terrain.

## II.3 Dimension technique

Fort de l'enseignement de l'expérimentation au CHRUX et du diagnostic réalisé du CHY, nous avons fortement orienté notre intervention sur la dimension technique. Nous avons procédé en premier lieu à une restructuration et une harmonisation du système documentaire. En effet, la standardisation des procédés bien qu'existant n'était pas harmonisée et la multitude de documents souvent non mis à jour ne permettait pas l'optimisation d'un système dynamique et sécurisé. Nous avons ensuite déployé des méthodes et outils facilitant la compréhension et le développement des actions d'amélioration dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques. Enfin, pour accompagner l'intégration et le développement d'une nouvelle culture qualité nous avons renforcé la formation des professionnels.

<sup>436</sup> Voir Annexe 41 : Règlement intérieur de la Cellule Opérationnelle de la Qualité et de la Gestion des Risques.

### II.3.1 Structuration du système documentaire qualité

La standardisation des activités est un des moyens de fiabilisation du système. Le système qualité et gestion des risques du CHY s'est consolidé par une approche systémique s'appuyant sur un système documentaire structuré (voir figure ci-dessous) :

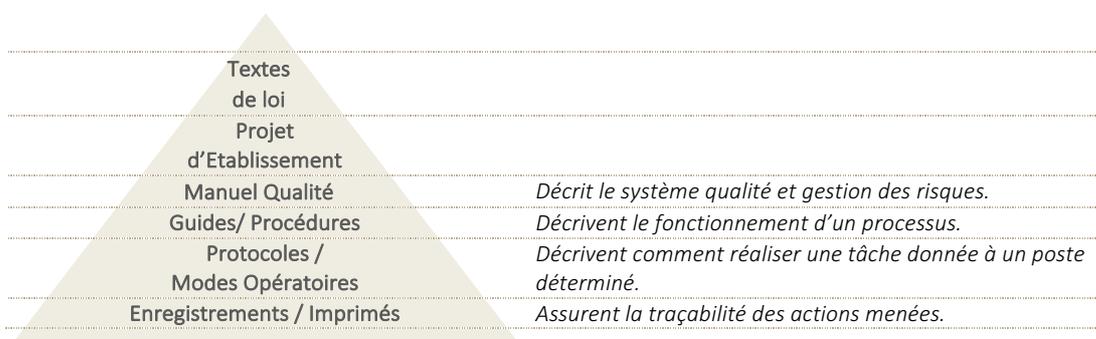


FIGURE 53 : SYSTEME DOCUMENTAIRE DU CHY

Le manuel qualité a été construit et validé en 2015. Les procédures, les instructions et les enregistrements sont classés en version dématérialisée et en papier à la Direction qualité. La gestion du système documentaire est précisée dans une procédure de maîtrise documentaire que nous avons formalisée dès 2015. Ce document est essentiel puisqu'il établit les exigences relatives à la gestion documentaire permettant d'assurer une maîtrise des documents requis pour le système de management de la qualité.<sup>437</sup>

Tous les documents sont également disponibles sur un logiciel de gestion documentaire que nous avons remis à jour en 2015, facilitant ainsi l'accessibilité des données à tous les personnels du CHY grâce à un moteur de recherche.

### II.3.2 Maîtrise et déploiement des méthodes et outils

Au-delà de la gestion stratégique du système de management de la qualité et des risques, la dimension technique suppose également la maîtrise des méthodes et outils de la qualité. En effet, tout comme au CHRUX, nous nous sommes rendu compte que la difficile appropriation de la démarche qualité par les professionnels résidait notamment dans une méconnaissance d'outils facilitant l'amélioration des pratiques. Nous avons donc formalisé et accompagné méthodologiquement certains outils et méthodes que nous avons identifiés lors de notre état des méthodes de gestion des risques (voir encadré ci-dessous) :

Méthodes d'analyse de processus	Méthodes d'analyse des risques	Méthodes de hiérarchisation	Méthodes PAQ
QOQCP AMDEC	Méthode ALARM CREX RMM AMDEC Arbre des causes Diagramme causes/effets	Diagramme de Farmer Diagramme de Pareto	Méthode de résolution de problèmes (PDCA) Audit cliniques ciblés Suivi d'indicateurs

Ainsi, différents « outils types » (voir liste ci-dessous et annexes) validés institutionnellement ont été mis à disposition des professionnels et accompagnés dans leur utilisation. L'objet de ce travail était non seulement de favoriser un recueil et un partage d'information compréhensible par tous, mais aussi d'introduire un échange facilité des données et de favoriser une communication transversale.

<sup>437</sup> Selon la norme ISO 9001 : 2008 - « systèmes de management de la qualité - Exigences », chapitre : « exigences relatives à la documentation ».

### Exemples de documents types accompagnés et mis à disposition :

- . Document Excel EPP type<sup>438</sup>
- . Plan d'audit type<sup>439</sup>
- . Fiche action type<sup>440</sup>
- . Fiche indicateur type<sup>441</sup>

Ces documents ont été accompagnés auprès des utilisateurs pour faciliter leur compréhension et leur appropriation. Nous avons également tenu compte de l'avis des utilisateurs afin de modifier ou d'adapter les outils. C'est notamment ces ajustements et la prise en compte des remarques des utilisateurs qui ont participé à l'intégration de ces outils dans les routines de travail et qui ont conforté notre point de vue concernant la co-émergence utilisateur/outil génératrice de structure au sens de Giddens. Nous avons de fait observé une dynamique de transformation sociale (ORLIKOWSKI, 1992, DE VAUJANY, 2003) grâce à cette intégration des utilisateurs dans la conception et le développement des outils. Une zone d'échanges constructifs s'est instaurée entre les utilisateurs et la Direction qualité, une parole décomplexée s'est mise en place où le seul intérêt était celui de l'amélioration des pratiques et non pas l'ascendant hiérarchique ou technique d'un service.

### II.3.3 Intégration de la formation comme outil de pilotage

Afin d'optimiser le pilotage et la conduite de la démarche qualité gestion des risques de l'établissement et de la démarche de certification, la formation des professionnels a été un point que nous avons considéré comme essentiel pour l'appropriation des outils de gestion de la qualité.

#### II.3.3.1 Formations en interne :

Des formations concernant la qualité et la gestion des risques ont été assurées en interne par les membres de la Direction qualité :

- \* Formations spécifiques des membres des structures composants le système qualité et gestion des risques.
- \* Formations-actions individuelles lors de rencontres avec les responsables de service et en groupe selon les thématiques.
- \* Formations des cadres, référents qualité-gestion des risques sur des thèmes précis.
- \* Sessions de formations sur des thématiques qualité-gestion des risques particulières.

Pour exemple, dans le cadre de la mise en œuvre du compte qualité pour la procédure de certification V2014, une formation interne aux pilotes et co-pilotes de processus a été réalisée par la Direction qualité. Un outil pédagogique d'accompagnement a été formalisé comprenant :

- \* Une explicitation du compte qualité et des attendus.
- \* Un outil d'analyse de processus.
- \* Une présentation des critères investigués par la thématique concernée ainsi que des éléments d'investigations obligatoires.
- \* Les éléments de la thématique transcrits dans l'auto-évaluation de la précédente procédure de certification.
- \* Les éléments méthodologiques nécessaires à la mise en œuvre du compte qualité<sup>442</sup>.

Nous avons accompagné les différents pilotes et co-pilotes au fil de l'eau selon les besoins exprimés<sup>443</sup>.

<sup>438</sup> Voir annexe 42 : Document Excel EPP type.

<sup>439</sup> Voir annexe 43 : Plan d'audit type.

<sup>440</sup> Voir annexe 44 : Fiche action type.

<sup>441</sup> Voir annexe 45 : Fiche indicateur type.

<sup>442</sup> Voir Annexe 46 : Outil de formation et de suivi du Compte qualité.

<sup>443</sup> Voir Annexe 47 : Fiche de traçabilité des formations des pilotes de processus.

### II.3.3.2 Formations spécifiques :

Des formations spécifiques faisant intervenir des prestataires externes sur des dimensions telles que l'approche processus, les patients-traceurs, les évaluations des pratiques professionnelles ont été menées afin d'accompagner les professionnels dans l'acquisition de compétences spécifiques à leurs domaines d'activité et afin d'améliorer l'appropriation de la démarche qualité. Dans le cadre de l'évolution de la procédure de certification, il était effectivement nécessaire de renforcer la formation pour tendre vers une démarche continue au plus près des réalités de terrain et d'apporter des méthodologies compréhensibles et pérennes tout en optimisant la charge de travail et l'investissement des personnels.

Ainsi, une formation action « *Méthode du patient traceur et audit de processus dans le cadre de la certification V2015* » a été réalisée par un organisme de formation en novembre, décembre 2015 et janvier 2016. La participation s'est faite sur la base du volontariat<sup>444</sup>. C'est en effet grâce à cela que cette formation a bénéficié d'un réel engouement des professionnels de terrain et d'une adhésion aux nouvelles méthodologies prônées par la HAS. L'intervention d'un prestataire externe a permis de décentrer la problématique de la certification du CHY et de l'intégrer dans un contexte plus large, celui de l'amélioration continue des pratiques auquel les professionnels de terrain sont attachés. Le choix d'une « *formation/action* » s'est avéré pertinent puisque au-delà de l'apprentissage de méthodologies et d'outils qualité, les personnes formées ont produit un travail en total cohérence avec leurs pratiques de terrain et en adéquation avec les exigences de la HAS.

### II.3.4 L'articulation par la gestion de projet

Nous avons saisi l'opportunité de la mise en œuvre de la procédure de certification V2014 pour développer une gestion de projet construite autour :

- \* *D'un système qualité réorganisé ;*
- \* *De la mise à disposition et l'accompagnement de méthodes et outils standardisés adaptés au contexte ;*
- \* *De la formation en interne et en externe des acteurs de terrains.*

L'ensemble des démarches engagées ont été formalisées dans des fiches projets<sup>445</sup> permettant une vision systémique du projet et également une présentation synthétique à la Direction Générale ou dans les instances. D'autre part, la faible dynamique engagée autour du suivi des recommandations de la précédente procédure de certification et autour de la préparation de la nouvelle procédure V2014 nous ont conduits à mettre en place des outils de suivis simples et standardisés des recommandations<sup>446</sup>.

## II.4 Dimension culturelle

Le diagnostic du système de management de la qualité et de la gestion des risques que nous avons réalisé en 2015 a fait le constat d'une faible dynamique qualité et ce, malgré les valeurs prônées dans le projet d'établissement et cela pour plusieurs raisons :

- \* *Un réel manque d'information des professionnels sur l'évolution réglementaire du système de santé ou encore sur des évolutions ou recommandations professionnelles ;*
- \* *Des initiatives individuelles non valorisées ;*
- \* *Des groupes de travail existants, mais non informés du suivi des actions mises en œuvre ou encore de l'existence d'autres groupes de travail sur la même thématique ;*
- \* *Peu d'investissement par crainte du jugement ou de la sanction ;*
- \* *Une culture de l'évaluation et une approche client peu développées.*

<sup>444</sup> Voir Annexe 48 : Appel à candidature formation Action.

<sup>445</sup> Voir Annexe 49 : Exemples de fiches projet.

<sup>446</sup> Voir Annexe 50 : Exemple de fiche suivi recommandation gestion a posteriori des risques.

La dimension culturelle a été investie en développant une culture positive de la démarche qualité et gestion des risques selon trois axes : le renforcement des représentations, le développement de l'apprentissage en équipe et la reconsidération de l'outil de gestion des événements indésirables.

### II.4.1 Renforcer les représentations

#### II.4.1.1 Le partage de l'information

Bien que l'établissement soit abonné à des sites ou revues professionnelles, aucune veille réglementaire et documentaire n'était institutionnalisée. Chacun à son niveau pouvait ou non s'informer. Notre positionnement en charge de la qualité mais aussi de la communication nous a conduit à systématiser cette veille par de nouveaux abonnements à des revues professionnelles (ex : Risk & qualité), à des sources d'information professionnelles (ex : Sentinelle juridique) et également à des réseaux (ex : Association Nationale des Responsables Qualité). Une revue succincte mais quotidienne nous a permis de publier certains articles dans le portail Intranet de l'établissement ou encore d'envoyer des références ou articles par mail aux personnes concernées. Le partage d'information réalisé également en instance a été source de réflexions supplémentaires, voire de débats sur des orientations nouvelles à prendre (ex : présentation en Commission des Usagers du nouveau décret du 1<sup>er</sup> juin 2016<sup>447</sup>).

#### II.4.1.2 Une communication fondée sur la confiance mutuelle et l'ouverture

L'étude menée au CHRUX nous a convaincu de l'importance de la communication et du partage de l'information pour les professionnels qui sont au plus près de l'activité. La communication est un moyen de prôner le retour sur investissement des personnels qui se sont investis dans des groupes de travail et qui souvent n'ont que peu ou pas d'informations sur les résultats ou le suivi des actions engagées. L'information permet le développement d'un savoir partagé, l'apprentissage collectif et suscite le dialogue, la discussion autour de sujets à caractère professionnels. Ainsi, de nombreuses communications ont été réalisées par courrier, courriel, affichage notamment. Nous pouvons citer l'exemple de la campagne IPAQSS que nous avons menée en 2016. Les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) sont des indicateurs généralisés devant obligatoirement être recueillis par les établissements de santé. Ils permettent la mesure de la qualité et la sécurité des soins dans tous les hôpitaux français. Les résultats de ce recueil sont publiés annuellement. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires stipule que :

*« l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé (L6144-1 et L6161-2 du CSP) »<sup>448</sup>.*

Cette étape incontournable est réalisée par l'établissement lui-même et requiert un fort investissement de la part des professionnels. Nous avons donc réalisé et communiqué un plan d'audit<sup>449</sup> explicitant les étapes incontournables et surtout, nous avons communiqué en amont<sup>450</sup> sur la campagne de recueil et en aval sur les résultats<sup>451</sup>.

<sup>447</sup> Décret n° 2016-726 du 1<sup>er</sup> juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé : Dans le cadre de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 – article.183, la CRUQPC fait place à la Commission des Usagers (CDU), pour laquelle la présidence peut être assurée par un représentant des usagers, et dont les missions sont élargies.

<sup>448</sup> Chaque année, un arrêté fixe la liste des indicateurs de qualité et de sécurité des soins obligatoires et les « conditions dans lesquelles les établissements de santé mettent à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins » (Arrêté du 3 mai 2016 source : <https://www.legifrance.gouv.fr/>)

<sup>449</sup> Voir Annexe 51 : Plan d'audit campagne IPAQSS 2016.

<sup>450</sup> Voir Annexe 52 : Courrier d'information au terrain et Annexe 53 : InfoQualité N°3.

Ces efforts de communication ont non seulement permis le déploiement d'une perception partagée des problématiques de qualité et gestion des risques, mais ils ont également apporté le développement d'une confiance mutuelle sur l'engagement dans des démarches qualité.

Nous avons observé une nette augmentation des volontaires pour des groupes de travail et un réel engouement sur des thématiques jusqu'alors délaissées. La valorisation ou l'information sur certains sujets, comme la prise en charge de la douleur ont permis de remobiliser les référents douleur<sup>452</sup>. La remise en forme de plaquettes à destination des familles ou patients sur l'éducation thérapeutique à remobilisé les équipes, etc....

### II.4.2 Promouvoir l'apprentissage en équipe

La communication régulière a été un levier de redynamisation autour des sujets de la qualité tout comme la formation des professionnels évoquée plus haut. Cette dynamique s'est concrétisée durant l'année 2016 autour de la formalisation des audits de processus dans le cadre de l'élaboration du compte qualité exigé par l'HAS. Ainsi 12 thématiques ont été investiguées sous la forme d'audit de processus et près de 90 professionnels ont été mobilisés et ont participé aux groupes de travail. Les professionnels formés en amont sur les audits de processus (20 personnes) lors de la formation action réalisée par un organisme externe, ont été un précieux soutien et ont pu former leurs pairs aux nouvelles méthodologies exigées par la procédure de certification.

L'appropriation des notions et méthodes qualité s'est ainsi inscrite dans un processus cognitif de construction de sens et pas uniquement dans une vision instrumentale ou techno centrée. Nous avons pu observer des groupes entièrement autonomes, investis et en attente de poursuite de l'apprentissage notamment sur les patients-traceurs.

### II.4.3 Reconsidérer l'outil de gestion

Le constat réalisé en 2015 concernant la gestion des risques et l'attitude des professionnels face à la déclaration des événements indésirables a conforté l'ensemble des éléments que nous avons pu observer dans notre première étude du CHRUX.

Au CHY l'outil de déclaration des événements indésirables est présent sous forme d'un logiciel de déclaration en ligne mis en place en 2011. Les professionnels du CHY nous ont fait état de différentes problématiques que nous avons précisé ici à travers la même grille de lecture utilisée dans l'étude de l'outil de déclaration des événements indésirables du CHRUX (voir tableau ci-dessous) :

Etape d'implantation	Acteurs	Déterminants de l'outil de gestion	Constats 2015
<b>DIMENSION FONCTIONNELLE</b>			
<b>Conception</b>	Dirigeants	<i>Sa finalité organisationnelle :</i>	<i>Fiabiliser le système de management de la qualité et des risques.</i>
	Concepteurs Dirigeants	<i>Fonction outil :</i>	<i>Identifier les risques, les analyser et les traiter.</i>
	Dirigeants Managers	<i>Son rapport avec la stratégie d'entreprise et la performance attendue :</i>	<i>Redonner confiance au système : aux utilisateurs, aux usagers. Répondre aux exigences réglementaires (HAS).</i>
<b>DIMENSION STRUCTURELLE</b>			
<b>Usage</b>	Concepteurs	<i>Qu'est l'outil ? :</i>	<i>SignalWeb (logiciel dédié).</i>

<sup>451</sup> Voir Annexe 54 : InfoQualité N°4.

<sup>452</sup> Voir Annexe 55 : InfoQualité N°2.

<b>Etape d'implantation</b>	<b>Acteurs</b>	<b>Déterminants de l'outil de gestion</b>	<b>Constats 2015</b>
		<i>Son histoire ?</i>	<i>Mis en place en 2011, outil clé en main, peu explicité ou accompagné sur le terrain alors que l'outil est plutôt fonctionnel. Pas de relais de la part des managers lors de son implantation et par la suite.</i>
	Concepteurs Dirigeants	<i>Comment est-il structuré, localisé ?</i>	<i>Accessible dans tous les sites par le réseau informatique.</i>
	Acteurs	<i>Quelle est sa part de matérialité ?</i>	<i>Peu visible, peu de communication autour de l'outil.</i>
	Acteurs	<i>Utilisateurs ? A quoi ou à qui s'applique-t-il ?</i>	<i>A tous les professionnels du CHY.</i>
<b>DIMENSION PROCESSUELLE</b>			
<b>Appropriation in situ</b>	Acteurs Managers	<i>Modalités d'utilisation ?</i>	<i>Accessibilité par un poste informatique, réalisation en quelques minutes. Le circuit du traitement trop complexe ne permettait pas l'anonymisation car de trop nombreux acteurs (dirigeants ou responsables) étaient inclus dans la lecture directe de l'événement. Pas d'analyses ou de retour d'expérience. Pas de communication sur les risques identifiés, les actions, ...</i>
		<i>Comment l'outil vit-il ?</i>	<i>Quasi inexistant en 2015. Moins de 100 déclarations.</i>
	Acteurs Managers	<i>Repérage des acteurs dans leur rapport à l'outil ? Comment se met-il en place ? :</i>	<i>Méfiance, vision punitive de l'erreur liée à la complexité du traitement et au manque d'anonymat. Tous les managers y compris le Directeur étaient en lecture directe.</i>
	Acteurs	<i>Comment est-il utilisé en situation ?</i>	<i>Les déclarations ne correspondaient pas toujours à un événement indésirable (ex : demande de matériel). Le traitement était parcellaire car chaque fonction en réception de l'événement apportait ou non une réponse. Sans vision systémique la cause profonde n'était pas toujours identifiable. Les modalités d'évaluation de la criticité n'étaient pas identiques à la gestion a priori des risques, donc pas de vision globale pertinente.</i>
	Acteurs Dirigeants	<i>L'outil s'inscrit-il dans un déterminisme social ou dans une appropriation ?</i>	<i>Constat d'une non appropriation de l'outil, d'un mésusage ou de détournement. Son utilité répondait à une exigence réglementaire sans prise en compte stratégique.</i>
	Acteurs Concepteurs	<i>Quelle est son « actualisation dans l'usage » ?<sup>453</sup></i>	<i>Pas de communication autour des résultats. Outil non mis à jour techniquement. Procédure de déclaration obsolète datant de 2008.</i>

TABLEAU 50 : DIAGNOSTIC DE L'OUTIL DE GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES DU CHY EN 2015

A l'aune de ce constat qui mettait en exergue un dimensionnement plus large que celui de la simple déclaration d'événements indésirables, nous avons choisi d'intervenir sur différents niveaux : la technicité de l'outil, la mise en confiance des utilisateurs, le circuit d'analyse et de traitement des événements indésirables et enfin, la communication autour de l'outil de gestion.

<sup>453</sup> CHIAPELLO & GILBERT, 2013, p. 35.

### II.4.3.1 Agir sur la technicité et la structuration de l'outil

L'outil présentait une certaine obsolescence technique car la nouvelle version disponible du logiciel n'avait pas été mise en place. De ce fait, et compte tenu de l'évolution des modalités de prise en charge du CHY (fermeture de certains sites, mise en place de nouvelles modalités de prise en soins concernant notamment la réhabilitation), d'une restructuration architecturale complète du site, il a été nécessaire de revoir la structure du logiciel.

Nous avons fait appel à l'hébergeur du logiciel qui, durant trois jours a formé l'ensemble des membres de la Direction qualité et le responsable du système d'information aux nouvelles modalités techniques de gestion et d'administration du logiciel. Cette phase nous a permis de :

- \* **Revoir le circuit d'analyse de l'événement :**

Toutes les déclarations sont désormais redirigées vers le responsable assurance qualité et la directrice adjointe qualité et non plus vers l'ensemble des managers ou responsables de l'établissement. C'est la Direction qualité qui redirige l'événement en fonction du domaine à investiguer. De plus, ce nouveau mode opératoire permet une anonymisation avant envoi pour traitement. Chaque déclarant est contacté par téléphone par un des membres de la Direction qualité afin d'étoffer la déclaration et d'examiner ensemble les différentes modalités d'analyse.

- \* **Redéfinir la typologie des risques :**

Les déclarations que nous avons pu identifier nécessitaient régulièrement des précisions sur le type de risque concerné. La typologie des risques étant peu explicite, les déclarants cochaient de nombreux items et l'analyse globale par type de risque était impossible. Nous avons donc procédé à la remise à jour complète de la typologie des risques.<sup>454</sup>

- \* **Uniformiser l'évaluation de la criticité :**

Les modalités d'évaluation de la criticité étaient radicalement différentes en ce qui concernait la gestion *a priori* et la gestion *a posteriori* des risques. Il en résultait une vision parcellaire et non systémique des risques sur l'établissement. La compréhension des utilisateurs sur les modalités d'évaluation de la criticité était très approximative. De fait, la mise en place d'une cartographie des risques était compromise. Seule une méthodologie commune d'évaluation de la criticité permet une analyse globale des risques.

D'autre part, la future mise en place du compte qualité dans le cadre de la procédure de certification V2014 exigeait l'identification, l'évaluation et la hiérarchisation des risques concernant les thématiques de ce compte. Nous avons saisi cette opportunité afin d'utiliser la même grille de cotation du risque que celle prônée par la HAS et de l'utiliser dans la gestion *a priori*, *a posteriori* des risques et dans le compte qualité<sup>455</sup>.

- \* **Reformaliser la procédure de gestion des risques :**

La précédente procédure de gestion des risques datait de 2008 et concernait une déclaration des événements indésirables qui n'était alors pas informatisée. La remise à jour du logiciel, ainsi que des modalités de cotation, du circuit et du traitement du risque ont été l'occasion de la refonte complète de la procédure et de son accompagnement sur le terrain auprès des utilisateurs ainsi que d'un affichage dans toutes les unités de travail<sup>456</sup>.

---

<sup>454</sup> Voir Annexe 56 : Arborescence des risques remise à jour en 2015.

<sup>455</sup> Voir Annexe 57 : Echelle de cotation du risque au CHY.

<sup>456</sup> Voir Annexe 58 : Affiche de déclaration d'un événement indésirable.

### II.4.3.2 Redonner confiance aux utilisateurs

La révision technique de l'outil bien qu'indispensable n'était utile que si nous pouvions instaurer un climat de confiance. Il fallait pour cela informer les utilisateurs sur les nouvelles modalités de déclaration et de traitement, leur garantir l'anonymat et les assurer de la prise en compte et du suivi spécifique à leurs déclarations. Nous avons donc accompagné et diffusé<sup>457</sup> une « charte d'incitation à la déclaration »<sup>458</sup> rappelant l'objet du signalement, son intérêt pour l'institution et l'approche positive de l'erreur. Une note d'information<sup>459</sup> sur les modalités de déclaration, leur circuit d'analyse a également été diffusé à l'ensemble des professionnels.

Dans les faits, chaque déclarant était contacté téléphoniquement et il recevait suite à l'action mise en œuvre un accusé de réception sous forme de courrier lui permettant d'évaluer l'efficacité de l'action par simple retour de courrier<sup>460</sup>. Nous avons pu constater par la suite 100% de retours concernant ces courriers.

### II.4.3.3 Favoriser la perception du circuit d'analyse et de traitement des événements indésirables

La perception négative des utilisateurs quant à l'utilisation de l'outil de gestion des risques était également corrélée au manque de lisibilité sur le traitement et l'analyse des risques.

D'un point de vue stratégique, la cellule opérationnelle de la qualité et de la gestion des risques créée en 2015, permettait de situer l'opérationnalité du suivi et du traitement des événements indésirables. En effet, toutes les trois semaines, chaque événement indésirable déclaré était analysé de façon anonyme par les membres de la cellule. Les traitements en cours étaient complétés ou validés et surtout la priorisation de l'analyse et du traitement des événements indésirables était réalisée en fonction de la gravité et/ou de la fréquence d'apparition du risque.

C'est dans cette optique que certaines méthodologies d'analyse et de traitement du risque (que nous avons abordé dans l'état des méthodes) ont été mises en œuvre :

#### \* **Revue de Mortalité Morbidité (RMM) :**

Sous l'impulsion d'un médecin formé à la RMM nous avons défini une procédure de Revue de Mortalité Morbidité<sup>461</sup> soumise et validée en Commission Médicale d'Etablissement. Cette procédure avait pour objet de décrire l'organisation et le fonctionnement des revues de mortalité morbidité (RMM) au CHY. Une présentation de la méthodologie a été réalisée en réunion des cadres de l'établissement<sup>462</sup>. Les premières RMM ont été accompagnées par l'équipe de la Direction qualité dans un but pédagogique et de soutien méthodologique. Une présentation succincte de la méthodologie était proposée en introduction. Ce point nous a semblé crucial pour l'adhésion des personnels de terrain qui se sentaient souvent accablés par l'événement grave qui s'était produit dans leur unité.

La visibilité du circuit d'analyse ainsi que la compréhension de la méthodologie ont amélioré la perception des acteurs de terrain sur les enjeux de la gestion des risques et la prise en compte par l'institution des problématiques de terrain.

<sup>457</sup> Voir Annexe 59 : Tableau de traçabilité de la communication sur les événements indésirables.

<sup>458</sup> Voir Annexe 60 : charte d'incitation à la déclaration.

<sup>459</sup> Voir Annexe 61 : Note d'information sur la déclaration et le suivi des événements indésirables.

<sup>460</sup> Voir Annexe 62 : Courrier aux déclarants.

<sup>461</sup> Voir Annexe 63 : Procédure de Revue de Mortalité Morbidité.

<sup>462</sup> Voir Annexe 64 : Diaporama de présentation de la méthodologie RMM.

### \* Retours d'expériences (CREX) et méthode ALARM :

Le contexte interne de l'établissement a été favorable à la mise en place de ces méthodologies. En effet, l'engouement autour des déclarations d'événements indésirables nous a permis de constater une recrudescence d'événements indésirables liés aux agressions de patients entre eux ou de patients envers les soignants. Cet état de fait a été abordé en Comité Technique d'Etablissement (CTE). Le CTE s'est prononcé sur la mise en place rapide d'une analyse exhaustive et complète de ce type d'incident.

A cette occasion il nous aurait été facile de mettre en place des outils d'analyse de risques connus, faisant l'objet de nombreuses publications : les CREX ou encore la méthode ALARM. Cependant, l'expérience acquise lors de notre première étude au CHRUX, ainsi que l'apport théorique concernant l'appropriation des outils de gestion, nous ont conduit à prendre en compte les facteurs de contingence internes à savoir le contexte : la faible dynamique qualité, des effectifs à flux tendus, une méfiance à l'égard du management du système qualité et gestion des risques. C'est pourquoi, nous avons construit puis testé un outil adapté au contexte du CHY permettant, à la fois de rechercher les causes racines, les facteurs contributifs à la survenue de l'événement comme la méthode ALARM, mais permettant également un partage de retour d'expérience par l'équipe pluri professionnelle concernée ainsi que le préconise la méthode CREX<sup>463</sup>.

L'outil en question a pour intérêt d'être un guide d'analyse de l'événement et un support d'échange. Une décision de la Direction<sup>464</sup>, ainsi que l'accompagnement *in situ* de l'outil a permis une démocratisation de la gestion de ce type d'événement par une adhésion des médecins, cadres supérieurs de santé et des équipes de soins. Cette expérience réussie nous a permis d'élargir l'utilisation de l'outil à l'ensemble des événements indésirables graves (EIG). Le temps investi dans l'accompagnement pédagogique de l'outil s'est avéré payant, car il a permis d'instaurer une méthodologie d'analyse du risque inexistante jusqu'alors et d'associer les professionnels de terrain au développement d'une dynamique positive autour de la gestion des risques.

Ces fiches d'analyses d'incidents étaient ensuite présentées en cellule opérationnelle de la qualité et de la gestion des risques. Un tableau de bord de suivi a été formalisé par la Direction qualité et présenté en instance, notamment en CTE.

#### II.4.3.4 Favoriser la communication autour de l'outil de gestion

La perception négative des acteurs autour de la thématique qualité et gestion des risques est bien souvent liée à un manque de lisibilité et de transparence sur le système de management et sur les méthodes et résultats de la gestion des risques. Les professionnels du CHRUX avaient largement exprimés ce point de vue, il en était de même au CHY. La communication sur le domaine de la gestion des risques a encore une fois été un levier d'appropriation des acteurs sur les outils de gestion et un catalyseur du développement d'une culture qualité. Ainsi, la communication autour des méthodes, du suivi et des résultats de la gestion des risques a été réalisée dans les instances institutionnelles et sur le terrain sous forme de présentations orales, d'affichages, ou de transmissions par courriel<sup>465</sup>.

Un bilan annuel de la gestion globalisée des risques a été formalisé sous la forme d'un journal interne<sup>466</sup>. Un marque page a été créé et remis à chaque nouvel arrivant lui permettant en « 2 clics » d'accéder à la gestion documentaire et à l'outil de gestion des événements indésirables<sup>467</sup>.

<sup>463</sup> Voir Annexe 65 : Outil de d'analyse des événements liés aux agressions.

<sup>464</sup> Voir Annexe 66 : Décision concernant l'Outil de d'analyse des événements liés aux agressions.

<sup>465</sup> Voir Annexe 34 : Tableau de bord de suivi des communications autour de la gestion des risques.

<sup>466</sup> Voir Annexe 35 : Bilan annuel de la gestion des risques 2015.

<sup>467</sup> Voir Annexe 67 : Marque page à destination des nouveaux arrivants.

L'ensemble de ces actions ont nécessité beaucoup d'investissements et de temps. Le développement d'une culture qualité et sécurité de ne se décrète pas. Il s'agit d'utiliser les ressources du système et la fonction utile de ses défauts pour favoriser une intervention adaptée offrant les meilleures chances d'une intégration effective de la démarche qualité et gestion des risques. Ce sont les éléments suivants qui ont permis l'amorce d'une dynamique qualité :

- \* *L'échange et l'analyse de l'information ;*
- \* *Une perception partagée de l'importance de la démarche qualité et sécurité des soins par une communication fondée sur la confiance mutuelle et l'ouverture ;*
- \* *Une approche non punitive par l'acceptabilité de l'inévitabilité de l'erreur ;*
- \* *La confiance dans l'efficacité des mesures de prévention et de traitement des risques ;*
- \* *La prise en compte des utilisateurs dans l'actualisation de l'outil en usage.*

## SECONDE PARTIE -SYNTHESE DU CHAPITRE 2

L'étude menée au CHRUX s'est déroulée sur trois années et elle s'est appuyée sur de nombreuses données primaires et secondaires. La richesse de ce matériau et sa compréhension dans une dynamique d'usage ont fortement contribué à notre réflexion sur les leviers d'appropriation de la démarche qualité.

Ce chapitre avait pour objet d'éprouver les préconisations issues des premières leçons d'expériences du CHRUX sur un second terrain de recherche. Notre posture de chercheur intervenant vise la compréhension du phénomène observé et l'accompagnement des acteurs dans cette compréhension. Nous souscrivons de ce point de vue aux propos d'Etienne Minvielle qui précise la posture du chercheur en gestion :

*« sa recherche peut offrir les moyens non d'expliquer un mouvement comme celui de la qualité, mais de le comprendre suffisamment pour donner aux acteurs des moyens accrus de le changer de façon plus efficace. » (MINVIELLE, 2003, p.187)*

L'étude de cas du CHY ainsi été menée dans une dynamique contextuelle au cœur d'un processus organisationnel qui nous a permis d'inscrire notre travail dans une réelle visée de recherche-intervention. Cette deuxième expérimentation s'est déroulée en deux temps, un temps « *diagnostic* » d'observation et d'analyse des domaines que nous considérons comme des déterminants des facteurs d'intégration de la démarche qualité (facteurs contextuels, culturels, niveau de performance qualité et niveau d'appropriation de l'outil de gestion) et un temps d'intervention.

### Formulation d'un diagnostic partagé

L'étude réalisée au CHY établit certaines similitudes avec le CHRUX et conforte les éléments de littérature exprimant le difficile ancrage des démarches qualité dans les organisations de santé. La démarche qualité est de fait inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement, mais le système de management de la qualité et de la gestion des risques reste peu structuré. Le manque de lisibilité dans le pilotage et la faible opérationnalité de la démarche qualité majorent le sentiment d'opacité du système. En outre, le niveau de performance dans le domaine de la qualité est très moyen, l'établissement n'a pas évolué en termes de dynamique et d'appropriation de la démarche qualité. Pour autant, les outils et méthodes de soutien sont présents et opérationnels techniquement. Le manque d'accompagnement et de communication autour des préceptes et méthodes qualité sont sur ces points très délétères.

En outre, l'analyse de l'outil de gestion des événements indésirables au CHY a de fortes similitudes avec le CHRUX. La part de l'utilisateur dans la conception ainsi que la prise en compte des spécificités contextuelles de l'organisation dans cette phase sont manquants. Le faible accompagnement de l'outil auprès des professionnels ainsi que des détournements hiérarchiques ont contribué à une sous-utilisation de l'outil et à une défiance de la part des utilisateurs.

### Vers une mesure de l'intégration de la démarche qualité

C'est pourquoi, nous avons choisi d'orienter notre intervention sur une dimension stratégique de repositionnement du système de management et de la gestion des risques, mais aussi sur les dimensions structurelles et fonctionnelles autour des notions de qualité en général et autour de l'outil de gestion des événements indésirables en particulier.

La mise en œuvre s'est déroulée sur une période d'un an et demi et nous a permis d'expérimenter les déterminants nécessaires pour favoriser la mise en place de leviers d'intégration de la démarche qualité.

- La clarification du positionnement institutionnel autour de la dimension qualité, le développement de la communication, de l'accompagnement et de la formation des professionnels ont été décisifs pour la «*ré-appropriation*» de l'outil de gestion et le développement d'une dynamique autour de la démarche qualité.
- La forte implication des professionnels utilisateurs de l'outil dans la mise en œuvre de la démarche qualité, l'adaptation des méthodologies et formations aux pratiques sont sans doute les éléments les plus structurants de cette étude. En effet, nous souscrivons aux propos de Delone et Mc Lean : «*les facteurs liés à l'acceptation des outils de gestion par les utilisateurs sont à prendre en compte au-delà des facteurs purement intrinsèques techniques*» de l'outil (DELONE ET MCLEAN, 2003). En effet, la perception qu'ont les acteurs de l'outil détermine leur implication à utiliser l'outil et, *a fortiori*, elle détermine leur implication dans la gestion de l'organisation (GODENER & FORNERINO 2005).
- La prise en compte des ressources du système pour favoriser une intervention adaptée offrent les meilleures chances d'une intégration effective de la démarche qualité et gestion des risques.

L'enjeu de l'intégration de la démarche qualité tel que nous l'envisageons est fortement adossé aux propos de Ciborra (2000) lorsqu'il rapproche la notion d'appropriation à celle «*d'hospitalité*». L'hospitalité est entendue ici dans le sens commun d'accueil d'un étranger. L'étranger accueilli doit se conformer aux règles de l'hôte, pour autant il garde sa propre culture, son identité. Les modalités d'intégration de la démarche qualité dans une organisation sont difficilement prévisibles, ils sont substitutifs aux spécificités organisationnelles contextuelles et culturelles, même si elles sont contraintes par la réglementation.

---

**SECONDE PARTIE**  
*Chapitre 3*  
*Vers une heuristique d'une gestion  
intégrée de la qualité*

---



**B**artoli (2005) note quatre facteurs de blocage de l'intégration des outils de gestion dans les organisations publiques :

- \* **« Stratégique »** par la difficulté de faire cohabiter les logiques institutionnelles et la légitimité des outils de gestion ;
- \* **« Structurel »** par les lourdeurs institutionnelles, les contraintes réglementaires et le manque d'autonomie des acteurs notamment ;
- \* **« Culturel »** en lien avec la notion de service public, des fortes identités professionnelles rencontrées à l'hôpital et des routines de fonctionnement ;
- \* **« Comportemental »** l'auteur note peu de stimulation individuelle des acteurs et un certain niveau d'attentisme.

Certains de ces constats ont été les nôtres sur les deux terrains d'expérimentation de façon plus ou moins marquée selon l'organisation concernée. La stratégie de mise en œuvre de l'outil au CHRUX n'a pas favorisé sa légitimité. Ce point conforte une étude menée par Marie-Laure Buisson qui montre que les organisations qui, face à des pressions normatives (en l'occurrence la procédure de certification), mettent en place des outils de gestion sans contextualisation s'exposent à des *« incohérences organisationnelles »* <sup>468</sup>. De fait, les lourdeurs, voire les maladroites institutionnelles, ainsi que le peu d'espace d'autonomie des acteurs dans les deux structures étudiées ont limité la compréhension des préceptes qualité sous-tendus par l'outil. Le faible niveau d'acculturation à la démarche qualité corrélé à un degré de maturité organisationnelle dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques peu développé ont contribué à une perception erronée des outils de gestion et de la qualité en général.

Nos expérimentations de terrain, notre intervention et les réflexions théoriques qui les ont sous-tendues nous ont permis de mieux comprendre les mécanismes d'intégration de la démarche qualité dans l'organisation hospitalière.

Les enseignements tirés nous conduisent à envisager la proposition d'une méthode de mesure des leviers d'intégration de la démarche qualité dans les organisations hospitalières. Notre confrontation avec le terrain et, en l'occurrence avec les acteurs/utilisateurs des outils de gestion, nous a enseigné que les méthodes appliquées abruptement sans prise en compte des paramètres organisationnels ne répondent que de façon parcellaire aux enjeux portés par ces méthodes.

Il nous a alors paru nécessaire, dans ce travail de recherche consacré aux facteurs d'intégration de la démarche qualité à l'hôpital, de suggérer une méthode permettant à l'organisation de mesurer son niveau d'intégration possible de la démarche qualité. Elle constitue en fait un guide pour réaliser un diagnostic et n'ambitionne pas d'être une recette *« toute faite »* garantissant l'intégration de la démarche qualité.

---

<sup>468</sup> Citée par GRIMAND A. « L'appropriation des outils de gestion. Vers de nouvelles perspectives théoriques ? », 2006 p. 23.

L'objet de ce chapitre, composé de deux sections, est de présenter le modèle de mesure des facteurs d'intégration de la démarche qualité construit à partir d'invariants repérés lors des expérimentations.

### **Section I – Les leçons de l'expérimentation : les invariants repérés**

Cette première section vise à présenter les invariants repérés grâce aux expérimentations sur le terrain et aux réflexions théoriques qui les ont sous tendues, enrichies voire modifiées.

### **Section II – Vers un modèle ingénierique**

Cette seconde section présentera les différentes étapes de la méthode, ses conditions d'usages et enfin ses limites.



---

*Section I - Les leçons de l'expérimentation :  
les invariants repérés*

---

« Nul ne sait ce que peut un outil » (LORINO, 2002).

**N**ous avons considéré l'outil comme un objet d'analyse (LORINO, 2007), d'interprétation et de mise à distance du contexte. En effet, il s'inscrit dans un système complexe, celui de l'organisation et dans une phase cyclique. Il existe, en effet, un processus d'adaptation constante entre l'outil, l'utilisateur et les structures grâce à une « *flexibilité interprétative* » Orlikowski (1992).

Or, nous avons pu constater par l'expérimentation sur deux terrains de recherche enrichie des réflexions théoriques qu'il existait des invariants sur lesquels nous pourrions nous appuyer pour formuler et mettre en perspective un modèle de mesure des facteurs d'intégration de la démarche qualité. Ces invariants concernent l'outil, les utilisateurs et le contexte fortement réglementé des organisations hospitalières.

### I L'outil comme objet du signifiant

---

L'outil de gestion peut être fondateur de l'organisation car il crée un système de significations donnant socialement un sens à l'organisation (LORINO, 2002, p. 22), le sens donné pouvant être positif ou négatif. Ainsi au CHRUX, les controverses autour de l'outil ont permis de comprendre que la faible dynamique de déclaration des événements indésirables n'était pas liée à un manque d'intérêt concernant le domaine de la gestion des risques, mais que la difficulté technique de l'outil, ainsi qu'une organisation complexe autour de l'outil, ont induit une signification déformée de cet outil, à savoir un sentiment de surcharge de travail et d'incompréhension des réalités de travail. Le sens donné à l'outil par les utilisateurs n'a pas été porteur pour l'organisation et n'a pas favorisé le développement d'une culture qualité.

En outre, l'ancrage de l'outil n'occulte en aucune façon son histoire, l'environnement dans lequel il évolue, les intentions des concepteurs ou encore le contexte social et culturel. Au contraire, nous souscrivons aux propos de Moidson qui soutient que les outils de gestion accompagnent les changements et permettent l'intégration du fonctionnement organisationnel (MOIDSON, 1997). Nous avons pu constater des détournements bénéfiques de l'outil en termes de développement de compétences, d'échanges institutionnalisés entre services, ou encore de réflexions pluridisciplinaires basées sur des éléments factuels et non des ressentis. Dès lors, la finalité première de l'outil a été supplée par des utilisations secondaires bénéfiques à l'organisation.

Les outils de gestion font partie intégrante de l'organisation, tout comme ils l'impactent. Pour Orlikowski (1992) :

*« les technologies et l'organisation sont considérablement changées dans leur forme et dans leur fonction, et la constitution de nouvelles formes et fonctions apparaissent évidentes. »*<sup>469</sup>

Nous défendons l'approche sociotechnique par l'observation d'une réelle interaction entre la technique et le social. L'outil de gestion influence le social qui à son tour influence le

---

<sup>469</sup> Cité par GRIMAND A. « L'appropriation des outils de gestion. Vers de nouvelles perspectives théoriques ? », 2006 p. 126.

système technique. Les nombreux remaniements autour de l'outil du CHRUX sont le fruit de ses interactions.

Ainsi, les organisations ont un rôle dans la création et le développement des outils de gestion et les acteurs ont un rôle par leurs interactions avec l'outil.

### 1.1.1 Une rationalité instrumentale qui doit s'adapter à la rationalisation contextuelle

Nous considérons l'outil comme partie intégrante des processus de rationalisation organisationnelle car comme le précise Amaury Grimand : « *Il n'y a pas de rationalité en soi d'un outil de gestion. Un outil de gestion n'a de sens que par son inscription dans l'activité humaine* » (GRIMAND, 2006, p 25). Ainsi, les formes d'instrumentations choisies peuvent être pensées en vue de leurs impacts. Malheureusement, la phase de conception dans les deux organisations étudiées n'a pas intégré la projection de l'outil dans le contexte associé.

Pour le CHRUX la complexité technique de l'outil était le fruit d'une réflexion clinique, médicale experte visant à l'exhaustivité des situations rencontrées et occultant de fait la réalité des pratiques professionnelles ainsi que le contexte associé. Au CHY, l'outil « *clé en main* » a été introduit sans aucune adaptation technique ou clinique au contexte spécifique de l'organisation.

Les aspects techniques et sociaux de l'outil sont effectivement achevés. Les outils témoignent de leurs utilisateurs et les utilisateurs traduisent l'outil selon leurs interprétations. Les conséquences des actions des agents sont imprévisibles selon Giddens (2012, p. 51) mais ces actions sont raisonnées et réflexives et participe à la contextualisation progressive de l'outil.

Ainsi, il nous a fallu dénaturiser l'outil pour dépasser le discours gestionnaire et comprendre l'outil de sa conception à ses applications car « *la genèse de l'objet technique fait partie de son être* » (SIMONDON, 1958, pp. 19-20). Or, la sophistication de certains outils, ainsi que nous avons pu l'observer au CHRUX, peut participer à un sentiment de divergence entre le travail « *prescrit* » et le travail « *réel* ». Les outils peuvent dans ce contexte être interprétés comme « *encombrants* ». En effet, l'outil véhicule une rationalité instrumentale en opposition avec la rationalité contextualisée des acteurs qui l'utilisent.

C'est pourquoi, l'outil doit être légitime en s'appuyant sur des ressources pragmatiques, mais aussi sur des ressources plus symboliques comme les croyances, les valeurs, les rites, les idéologies (PETTIGREW, 1979). Ainsi, au CHRUX, ce n'est qu'après cinq années et de nombreuses actions d'améliorations en termes de formations, d'accompagnements et de nombreuses communications que l'outil a pu bénéficier d'une meilleure notoriété auprès des utilisateurs. Au CHY, bien que le projet d'établissement spécifiait que « *afin de développer une culture qualité et sécurité, il est essentiel d'inciter le signalement, la déclaration et la prise en compte des dysfonctionnements, dans une approche constructive et non punitive* »<sup>470</sup> les utilisateurs se sont sentis trahis par l'organisation qui n'hésitait pas à sanctionner les déclarants. La mise en place de l'anonymisation des déclarants a redonné une certaine légitimité à l'outil mais au prix de nombreux efforts de communication, d'explicitations et d'accompagnements pédagogiques.

## 1.2 L'outil sert l'action collective et nourrit l'action gestionnaire

L'outil est bien le résultat d'une réflexion, d'une intervention de l'intelligence humaine qui sera traduite durant tout son cycle de vie. L'étude de l'outil de gestion en usage conforte l'idée que les instruments de gestion n'ont pas uniquement une visée prescriptive mais

---

<sup>470</sup> Extrait du *Projet d'Etablissement 2015-2019 du CHY*.

qu'ils sont des « constructions sociales complexes » (LORINO, 2002 ; GRIMAND, 2006 ; DADOY, 1973), interprétés par les acteurs.

L'outil de gestion sert l'action collective et nourrit l'action gestionnaire car il permet l'action organisationnelle (DE VAUJANY, 2006, p.113). La phase de conception a de fait une visée normative, instrumentale visant à modéliser l'action ou à optimiser la décision managériale. Les cadres interrogés au CHRUX ont pleinement conscience de l'intérêt de l'outil dans les pratiques et *a fortiori* les pratiques managériales. Ils considèrent l'outil comme un soutien pour la supervision des pratiques, notamment, ou pour le déploiement de la communication autour des notions de qualité et de gestion des risques. Dans une certaine mesure, nous avons pu comprendre que l'outil a été le déclencheur d'actions collectives, d'articulations structurantes institutionnelles au sens de Strauss (1992), c'est-à-dire de coopérations interservices, de collaborations entre catégories de personnel très éloignées, ou de règles de communication écrites et orales plus locales et pourtant tout autant structurantes de l'organisation.

### 1.2.1 Une actionnabilité liée au contexte

L'outil de gestion est à la fois instrumental, technique et contextuel car modifié dans son usage par les acteurs : il est mis en acte, il subit médiation de par son utilisation (HATCHUEL, 2005). Nous adhérons aux propos de Gilbert lorsqu'il utilise préférentiellement le terme « d'instrument » à celui « d'outil ». La notion d'instrumentation évoque l'actionnabilité de connaissances, de compétences et de comportements en lien avec une vision d'usage. En effet, dans les deux études menées, bien que l'outil ait le même « ADN », la même fonction initiale, l'actionnabilité des acteurs varie selon plusieurs déterminants :

- \* La philosophie gestionnaire ;
- \* L'esprit impulsé dans l'outil ;
- \* Les structures et ressources encodées lors de la conception ;
- \* Le contexte plus global de l'organisation.

L'observation de l'outil en usage que nous avons pu réaliser dans deux organisations confirme l'influence de ces déterminants dans l'usage (voir tableau ci-dessous) :

<b>Déterminants</b>	<b>CHRUX</b>	<b>CHY</b>
<b>Philosophie gestionnaire</b>	<i>Des principes et des engagements basés sur la prise en compte de la sécurité des usagers. Outil envisagé comme soutien managérial, mais existence de détournements hiérarchiques.</i>	<i>Opportuniste. Détournement hiérarchique.</i>
<b>Esprit impulsé dans l'outil</b>	<i>Socle réglementaire. Vision purement médicale.</i>	<i>Socle réglementaire. Adaptation d'un outil clé en main.</i>
<b>Structures et ressources encodées lors de la conception</b>	<i>Standardisation des procédés. Stratégie de réduction des risques. Communication inefficace.</i>	<i>Standardisation des procédés.</i>
<b>Contexte global de l'organisation</b>	<i>Organisation de très grande taille ; contexte de rationalisation des moyens ; organisation de la gestion des risques complexe ; culture qualité embryonnaire.</i>	<i>Organisation de taille réduite ; inertie gestionnaire ; culture qualité embryonnaire ; dynamique d'usage faible.</i>

TABEAU 51 : IMPACT DES DETERMINANTS DE L'OUTIL SELON LE CONTEXTE

De fait, l'outil est porteur de structures sociales, mais il est également vecteur de dynamique de transformation sociale (ORLIKOWSKI, 1992, DE VAUJANY, 2003) car il offre des possibilités d'actions. Ces possibilités d'actions sont effectivement liées au contexte

mais aussi aux utilisateurs puisque « *l'appropriation d'un outil de gestion participe dès lors de sa contextualisation progressive et est tributaire du contexte institutionnel dans lequel elle se déploie* » (GRIMAND, 2006, p 21).

## II La part des utilisateurs

---

### II.1 Habilitations et contraintes

Ce sont les acteurs/utilisateurs qui donnent un usage à l'outil qui trouvera ensuite progressivement une place sociale dans l'organisation. Il s'agit bien d'un processus itératif entre la conception et l'usage qui peut soutenir ou contraindre l'action.

Dans le sens des propos de Giddens sur la dualité du structurel, les outils sont effectivement habilitants et contraignants (GIDDENS, 2012, p. 228) :

\* **L'outil est habilitant :**

L'outil est habilitant puisqu'il suggère des schémas d'interprétation, des normes, des ressources, voire il permet leur construction. Il s'exerce dans la distance réflexive qu'apporte l'outil sur les pratiques professionnelles et son utilisation répétée institutionnalise les structures voulues par des concepteurs. Ainsi, au CHY, l'actualisation de l'outil dans l'usage et l'intégration des utilisateurs dans la démarche d'analyse de l'événement indésirable a permis aux utilisateurs d'intégrer ces outils d'analyse dans leurs pratiques, voire de déclarer des événements indésirables dans la perspective d'une analyse collégiale.

\* **Mais il est également contraignant :**

L'outil est également contraignant puisqu'il contraint l'utilisateur par ses artefacts techniques. Or, l'interaction entre la technologie et l'utilisateur lui confère sa singularité. Le même outil dans un autre contexte est interprété, utilisé, différemment. Nous avons pu observer qu'il existe une réelle co-émergence outil/utilisateur et que cette co-émergence diffère selon la qualification de l'organisation dans laquelle l'outil est implanté.

### II.2 Une dynamique d'usage non prédéterminée

Nous avons pu constater que la dynamique d'usage n'est pas prédéterminée dans l'outil. Il existe une réelle différence entre « *l'usage conforme et l'usage réel* » (PERRIAULT, 1989). La variété des interprétations et d'usages des outils de gestion a un impact sur la structure organisationnelle, ou au contraire, la structure peut modifier l'usage de l'outil. Ainsi, au CHRUX l'esprit encodé dans l'outil était celui d'une approche médicale centrée sur la technicité de la prise en charge des usagers. Or cette haute spécification a complexifié l'outil et, dans un premier temps, l'usage en a été impacté. Ensuite le manque d'accompagnement de l'outil et les détournements hiérarchiques ont rendu l'outil impopulaire et peu performant. Au CHY, l'intégration d'un outil sans adaptation au contexte, l'opacité concernant le traitement et l'analyse des événements indésirables ont favorisé un climat de méfiance, voire de défiance, envers l'outil.

Nous souscrivons aux propos de d'Amaury Grimand (2006, p 21) qui en parlant des rapports entre la phase de conception et celle d'usage fait état de « *valeur construite* ». Cette perspective nécessite un véritable échange entre les concepteurs et les utilisateurs, l'un acceptant les lacunes d'une construction initiale, les autres acceptant ces « *prescriptions réciproques* » au sens de Hatchuel (1994).

L'appropriation est, de fait, un long processus dans lequel on retrouve :

- \* Une étape de « **pré-appropriation** » celle de la première interprétation ;
- \* Une étape « **d'appropriation originelle** » ;
- \* Puis de « **réappropriation** ».

Dans les deux cas observés, c'est la phase de réappropriation qui a été le plus favorable à l'outil. Or, c'est la priorisation de l'accompagnement pédagogique et le développement d'une communication appuyée qui ont été déterminant dans l'acceptation de l'outil et dans son intégration au contexte. L'appropriation est ici « *le fruit d'une interaction entre acteurs et outils dans le contexte d'une organisation singulière* » (GRIMAND, 2006, p 21).

Ainsi, dans une vision psycho-cognitive de l'outil, nous pensons que l'appropriation de l'outil de gestion que nous avons étudié s'inscrit collectivement et individuellement dans la durée. Le degré d'appropriation dépend de la visibilité, de la marge de manœuvre laissée à l'acteur et de sa perception de l'esprit encodé dans l'outil. Cela nécessite une certaine flexibilité permettant le développement d'un apprentissage et d'une maturation d'une culture qualité. Nous adhérons aux propos de Ciborra (2000) qui rapproche la notion d'appropriation à la notion « *d'hospitalité* », l'étranger que représente l'utilisateur doit avoir une certaine marge de manœuvre même s'il doit se conformer aux règles définies par « *l'hôte* » représenté par le concepteur.

### III La contrainte réglementaire comme opportunité

---

Nous observons également que la contrainte réglementaire de mise en œuvre d'un outil de gestion tel que l'outil de déclaration des événements indésirables n'est pas obligatoirement néfaste à l'organisation si elle est considérée comme une opportunité d'apprentissage collectif et d'évolution organisationnelle et si la phase de conceptualisation ne se situe pas dans une « *tour d'ivoire* » déconnectée des faits (DUMEZ, 1988, p186).

Il nous semble important de combattre l'isomorphisme normatif fondé sur une réaction passive fataliste liée aux contraintes réglementaires et de saisir l'opportunité qui est faite d'utiliser l'outil de gestion comme facteur d'intégration des changements prescrits. L'outil devrait être considéré comme réducteur de complexité et comme vecteur d'autonomisation. En effet, même si la coopération outil/utilisateurs est marquée par des intérêts parfois divergents, il existe des points de convergences sur lesquelles l'organisation peut s'appuyer.

---

*Section II - Vers un modèle ingénierique*

---

Les organisations hospitalières sont contraintes par la nécessaire réponse aux injonctions réglementaires, qu'il s'agisse de la mise en œuvre de la procédure de certification ou de la déclaration des événements indésirables. Les organisations sont ainsi façonnées par les pressions internes et externes auxquelles elles sont soumises (DI MAGGIO ET POWELL, 1983 ; KOSTOVA ET ROTH, 2002 ; SCOTT, 1995, 2001). L'organisation hospitalière a-t-elle d'autre choix que de s'adapter ?

Or, nous l'avons vu, les organisations hospitalières n'ont pas toutes évolué de la même manière, l'adaptation aux préceptes, méthodologies et injonctions qualité diffère selon la spécification du contexte, selon le niveau de performance dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques et selon l'intégration culturelle du concept de qualité.

Nous proposons dans cette section une méthode de mesure de la capacité de l'établissement à intégrer la démarche qualité. Cette méthode est issue des apports théoriques confrontés et enrichis par l'expérimentation *in situ* et par la parole des acteurs de terrain. Cette méthode se veut avant tout un outil diagnostique d'aide au repérage des facteurs contributifs ou non à l'intégration de la démarche qualité.

Cette section se compose de deux paragraphes, le premier justifie l'intérêt de la méthode et le second précise les conditions d'usage. La synthèse de ce chapitre exposera les limites de la méthode.

## I Le « pourquoi » d'une méthode

---

### I.1 Inscrire la méthode dans une dynamique contextualisée

L'étude réalisée au CHY ainsi que les éléments observés au CHRUX nous ont confortés dans notre positionnement : il existe bien une flexibilité interprétative de l'outil de gestion. Si les effets de l'outil sont non modélisables *a priori*, l'interaction entre la technologie et l'utilisateur est un levier d'action. Il existe une possibilité d'agir sur la structuration des outils de gestion, en l'occurrence de l'outil de gestion des événements indésirables, en observant les modalités d'appropriation de l'outil ainsi que le niveau de co-émergence entre l'outil et l'utilisateur.

Or, la seule analyse de l'outil ne suffit pas à notre sens. L'outil est complexe car il résulte d'une composante technique, d'une philosophie gestionnaire intégrée dans la conception et dans l'usage et d'une vision liée aux interprétations sous-jacentes à l'outil (HATCHUEL ET WEIL, 1996). Mais, il est aussi contextualisé, puisqu'il s'inscrit dans une organisation dont il tire sa signification. L'histoire de l'outil, sa fonction, ses phases de conception puis d'usage sont imprégnées de déterminants contextuels propres à l'organisation dans laquelle il vit.

Concevoir un modèle d'analyse des facteurs d'intégration de la démarche qualité ne peut se suffire d'une seule étude d'un outil de gestion, mais nécessite l'identification de facteurs clés qui prennent en compte des dimensions qui ne sont pas liées uniquement à la technologie et aux structures au sens de Giddens. C'est l'articulation entre différents indicateurs cités ci-dessous qui permet la détermination d'un niveau d'intégration possible de la démarche qualité :

- \* La prise en compte du niveau de maturité organisationnel dans le domaine de la qualité et gestion des risques ;
- \* La prise en compte de facteurs contextuels ;
- \* La prise en compte de facteurs culturels ;
- \* La prise en compte de l'outil dans sa technicité et dans son usage ;
- \* La prise en compte du niveau d'appropriation de l'outil par les utilisateurs.

Le modèle proposé est un instrument au service de la gestion. La notion « *d'instrument* » fait référence à une dimension supplémentaire qui est celle de l'actionnabilité intégrée à l'organisation. Le modèle comporte à la fois une vision matérielle, celle de l'instrument de gestion et une vision d'usage en lien avec la mobilisation de la pensée de celui qui l'utilise dans le cadre d'une action organisée.

## 1.2 Contribution du modèle à l'intégration de la démarche qualité

La démarche qualité a pour avantage de permettre des échanges, des débats sur la pratique, sur les normes professionnelles des acteurs du soin. Elle permet ainsi une traduction ou une réinterprétation de ces normes, chacun met au débat ses propres « *croyances positives* » (ce que l'on juge d'une situation) et ses « *croyances normatives* » (les jugements de valeurs) en fonction de sa propre identité professionnelle (BOUDON, 1995). Cette « *rationalisation négociée [...] prend en compte une définition pluraliste de l'organisation, fortement marquée à l'hôpital par la diversité des normes professionnelles.* » (REVERDY & VINCK, 2003, p.2).

Il existe toutefois un paradoxe entre les principes qualité de mise en cohérence, de mise aux normes des pratiques, la participation des acteurs de terrain et l'interprétation des directives par ces mêmes acteurs. L'ancrage de la démarche qualité par la normalisation a pour objet de répondre aux exigences des tutelles, mais souvent l'habilitation des professionnels, leurs initiatives pourtant voraces d'énergies sont peu prises en compte. Il faut alors trouver « *l'espace d'action où l'acteur peut choisir entre des alternatives, mais dans un milieu de dépendance* » (MAGGI, 1993). Cet espace d'action peut être traduit dans l'usage d'un outil de gestion de la qualité grâce aux différentes interprétations ou modalités d'appropriation des utilisateurs. La qualité est ainsi véhiculée par l'implication des acteurs dans une forme « *d'autocontrôle* » (ROJOT, 1998).

Les principes d'intégration d'une démarche qualité ne sont pas portés par une méthode type qui serait reproduite à l'identique dans n'importe quelle organisation hospitalière, ils sont intégratifs des facteurs de contingence spécifiques à l'organisation. L'application des préceptes qualité doit s'ajuster aux spécificités organisationnelles. Nous avons pu constater à travers l'étude de deux organisations que les niveaux d'intégration de la démarche qualité étaient corrélés à différents déterminants en lien avec la qualification de l'organisation, les facteurs contextuels et culturels ou encore, avec le niveau de maturité organisationnel concernant la qualité et la gestion des risques.

Un modèle adaptatif suggère une prise en compte distinctive de l'organisation et permet une intégration plus stable de la démarche qualité.

## 1.3 Un modèle au service de l'acteur

Le modèle propose une mesure des facteurs d'intégration de la démarche qualité selon quatre pôles (voir figure ci-après). Deux pôles concernent le concept de qualité : « *Niveau de maturité de la qualité et de la gestion des risques* » et « *facteurs culturels* » ; un pôle s'intéresse aux éléments de contexte internes de l'organisation : « *facteurs contextuels* » ; un dernier pôle concerne l'appropriation de l'outil de gestion des événements indésirables : « *niveau d'appropriation de l'outil de gestion* ».

## MODELE DE MESURE DES FACTEURS D'INTEGRATION DE LA DEMARCHE QUALITE

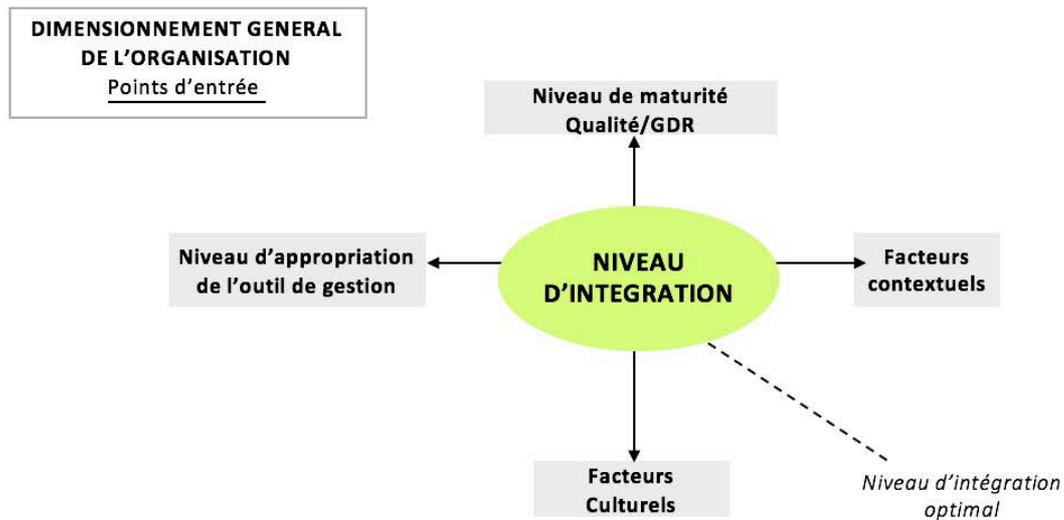


FIGURE 54 : LES QUATRE POLES DU MODELE DE MESURE DES FACTEURS D'INTEGRATION DE LA DEMARCHE QUALITE

La construction de ce modèle est le fruit d'une expérimentation basée sur des apports théoriques confrontés à une expérimentation sur plusieurs terrains de recherche. La place centrale des acteurs, leurs expériences, les échanges que nous avons pu avoir, les observations que nous avons pu réaliser ont été essentiels dans la détermination des indicateurs de mesure que nous proposons dans ce modèle.

Cette expérimentation nous éloigne de fait de la prescription d'un outil générique applicable à d'autres domaines comme l'industrie. Sa spécificité réside dans son caractère distinctif et propre aux organisations hospitalières. En effet, les utilisateurs des modèles intégrés à l'hôpital sont souvent démunis devant des outils qu'ils ne maîtrisent pas et dont la méthodologie parfois éloignée des pratiques ne permet pas une réelle compréhension ni une appropriation. Or si la catégorisation proposée est issue d'un langage connu de l'utilisateur, le modèle sera d'autant plus actionnable par les acteurs et en l'occurrence par les managers.

Dans les deux études menées et plus particulièrement en résonance avec le discours des managers du CHRUX, l'outil est « *moteur d'attention* » Grimand (2006, p 25) puisqu'il mobilise l'attention des managers. L'outil est ainsi perçu par les managers interrogés comme un soutien managérial et une aide dans la compréhension des préceptes qualité. Le modèle propose d'assister les responsables managers hospitaliers dans la compréhension du niveau d'intégration de la démarche qualité de l'organisation. Il est un guide concernant les choix organisationnels pour améliorer le niveau d'intégration de la démarche qualité et permet une remontée d'informations utiles car contextualisées.

## II Les modalités d'usage du modèle

### II.1 Points d'entrée : dimensionnement général

Le modèle d'analyse intègre une première phase descriptive du dimensionnement général de l'organisation. Cette étape doit permettre une compréhension globale de l'organisation, elle nécessite l'explicitation d'éléments généraux tels que :

- \* La qualification de l'organisation ;
- \* La dimension de l'organisation (sa taille, son histoire) ;
- \* La spécificité de ses activités ;
- \* Le niveau de certification actuel.

L'organisation ainsi située apporte une vision synthétique du cadre dans lequel une intégration de la démarche qualité est réalisable.

La notion de qualification de l'organisation s'inscrit dans le courant dit «de la contingence» développé par Henri Mintzberg précisant que chaque organisation est spécifique et qu'il n'existe pas de modèle universel d'organisation, ni de réponse type aux problématiques organisationnelles. La variété des organisations est liée aux facteurs de contingences internes et externes de chaque organisation qui définissent des types de configurations structurelles et produisent certaines régularités dynamiques en fonction de ces configurations.

Ainsi, la taille de l'organisation, son environnement, son système technique, les moyens de coordination de l'activité, les types d'interdépendances entre les membres de l'organisation, les systèmes de flux d'information, de processus de décision, ... sont autant d'indices éclairant la configuration spécifique de chaque organisation. Bien que l'organisation hospitalière soit qualifiée de bureaucratie professionnelle par Mintzberg (1982, p. 310) de par la standardisation des qualifications et le fort développement du centre opérationnel, les orientations stratégiques ou le marché de plus en plus concurrentiel, les objectifs de performances sont traduits différemment selon l'organisation en question. Les spécificités de soins de chaque organisation concourent également à la définition de l'identité d'une organisation.

En outre, le niveau de certification de l'organisation de santé donne un éclairage sur la mesure de la maturité organisationnelle dans le domaine de la qualité. En effet, le caractère obligatoire des procédures de certification offre un point de comparaison sur le niveau de l'établissement et sa capacité à maîtriser les préceptes de la démarche qualité. La Haute Autorité de Santé :

*« souhaite ainsi prononcer des décisions de certification justes et reproductibles mais également porteuses de sens pour chaque établissement [...] l'établissement doit être placé en position de se comparer à son environnement, de comprendre pourquoi il fait l'objet de cette décision au regard de la maturité de son système »<sup>471</sup>*

Ce niveau de maturité du système est établi par la Haute Autorité de Santé en fonction de points de conformité ou d'écartés identifiés lors de l'analyse des processus de l'organisation sur la base d'un référentiel unique de certification.

<sup>471</sup> Source : Guide méthodologique à destination des établissements de santé - Certification V2014 - Mars 2016, p.84.

L'éclairage ainsi réalisé de l'organisation est une vue d'ensemble plutôt généraliste et qui mérite une analyse plus précise que nous proposons de réaliser grâce à des indicateurs mesurables à partir de quatre domaines spécifiques (présentés dans le modèle d'analyse ci-après) :

1. Le niveau de maturité organisationnel concernant la qualité et la gestion des risques ;
2. Des facteurs contextuels ;
3. Des facteurs culturels ;
4. Le niveau d'appropriation de l'outil de gestion de déclaration des événements indésirables.

MODELE DE MESURE DES FACTEURS D'INTEGRATION DE LA DEMARCHE QUALITE

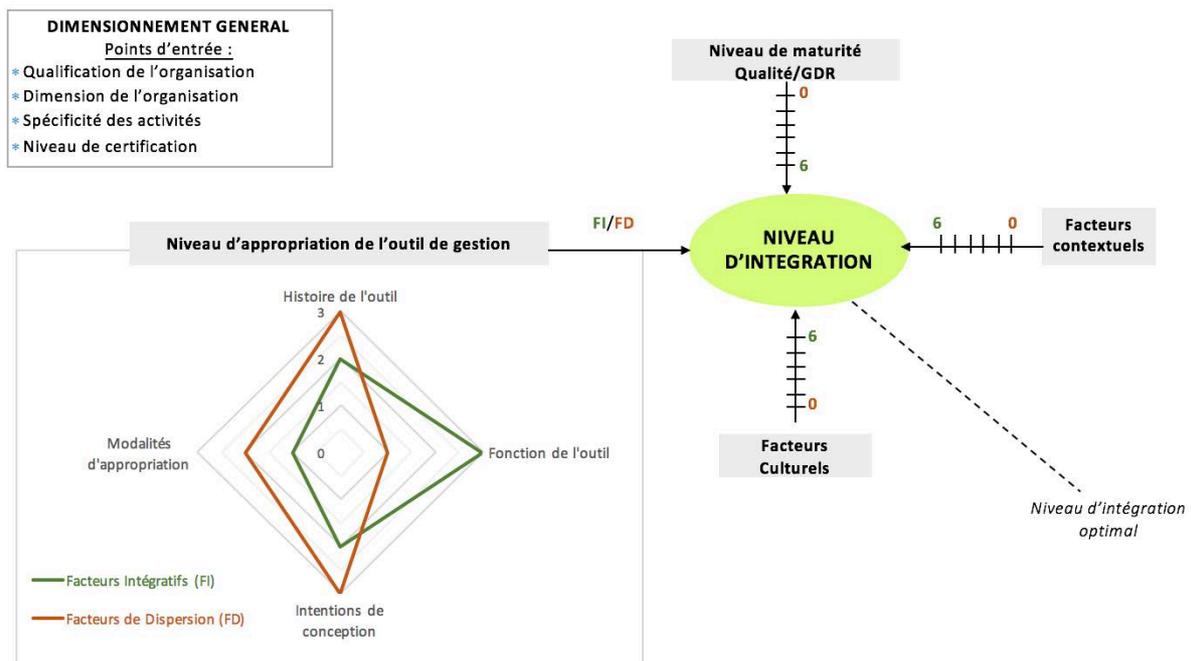


FIGURE 55 : MODELE DE MESURE DES FACTEURS D'INTEGRATION DE LA DEMARCHE QUALITE

## II.2 La mécanique d'usage du modèle

Les indicateurs sont formulés à partir de questions fermées à choix binaire une réponse « oui » attribuée à l'indicateur un score de « 1 », une réponse « non » attribuée un score de « 0 ». Le score total permet de classer la thématique sur une échelle de zéro à six, six étant considéré comme le niveau d'intégration le plus optimal. Le Choix de cette modélisation est lié au souhait de mise à disposition d'un outil de mesure rapidement opérationnalisable, le nombre d'indicateurs par axe est donc volontairement restreint.

La thématique du « niveau d'appropriation de l'outil de gestion » est mesurée de façon plus spécifique selon quatre axes. En effet, l'histoire de l'outil, sa fonction, les intentions de conception, ainsi que les modalités d'appropriation sont évaluées à partir de facteurs intégratifs ou de facteurs de dispersion. La représentation graphique sous forme de radar permet visuellement d'identifier les axes nécessitant un niveau d'intervention (facteurs de dispersion en rouge dans la figure ci-dessus) ou ceux favorables à un niveau d'intégration de la démarche qualité (facteurs d'intégration en vert dans la figure ci-dessus).

Les indicateurs ont été construits à partir des éléments théoriques étudiés et mis en perspectives dans notre étude de cas. Ils sont précisés ci-après.

## II.3 Les indicateurs de mesure du niveau d'intégration de la démarche qualité

### II.3.1.1 Niveau de maturité organisationnel concernant la qualité et la gestion des risques

Nous distinguons la notion de maturité organisationnelle concernant la qualité et gestion des risques du niveau de maturité prononcé par la HAS lors de la procédure de certification. En effet, nous avons pu constater que, en dehors des procédures réglementées, chaque organisation développe, construit de façon plus ou moins marquée un cadre favorisant ou contrariant l'appropriation de la démarche qualité et que nous avons traduit en indicateurs permettant de mesurer le niveau de maturité organisationnel relatif à la qualité et à la gestion des risques (voir tableau ci-après) :

	OUI (score = 1)	NON (score = 0)
* Décalage entre le discours organisationnel et l'objectivité de mise en œuvre de l'outil ?		
* Perception persistante par le terrain d'un clivage entre les principes qualité et la pratique réelle ?		
* Préceptes qualité acquis mais non traduits dans les pratiques ?		
* Sentiment persistant d'ingérence réglementaire, technocratique non adaptée à l'organisation ?		
* Sentiment de remise en cause perpétuel de ce qui était acquis et donc d'une surcharge de travail ?		
* Structuration organisationnelle de l'outil complexe ?		

TABLEAU 52 : INDICATEURS DE MESURE DU NIVEAU DE MATURETE ORGANISATIONNEL RELATIF A LA QUALITE ET GESTION DES RISQUES

Ainsi, les décalages entre les discours, les préceptes énoncés par l'institution et la réalité de mise en œuvre nuisent fortement au développement d'une réelle culture qualité. A *contrario*, la non traduction dans les pratiques par les acteurs de terrain des principes qualités prônés est également délétère.

Nous avons pu constater, dans les deux organisations observées, qu'il persistait un sentiment d'ingérence réglementaire, d'exigences méthodologiques imposées au gré de chaque procédure de certification, sans réflexion sur les modalités d'appropriation possible par l'organisation. En effet, les normes qualité sont souvent porteuses de conventions sur les formes de l'action plus que sur la notion de qualité elle-même (FURUSTEN S., 2000). Ces situations entraînent malheureusement souvent un sentiment de déconvenue, de perpétuel recommencement sans prise en compte des efforts réalisés. Ces « désenchantements » successifs couplés à des structurations organisationnelles complexes autour des outils mis en œuvre sont très défavorables à l'intégration des principes qualité. Cependant, s'il existe une adhésion des décideurs aux outils de gestion alors les pressions organisationnelles sont plus facilement relayées (CARPENTER, V. L., & FERROZ, E. H., 2001).

### II.3.1.2 Facteurs contextuels

L'étude que nous avons menée nous a permis d'observer que sur les deux structures étudiées, le contexte organisationnel impacte fortement le niveau d'intégration de la démarche qualité.

En effet, une attention particulière portée sur la dynamique collective d'appropriation envoie un signal fort aux professionnels d'une prise en compte de leurs réalités de travail, voire d'une valorisation des efforts engagés. Nous avons pu remarquer que la rationalité instrumentale portée par l'outil n'est pas toujours en phase avec la rationalité contextualisée des utilisateurs. En outre, la mise en œuvre d'outils de gestion sans réelle corrélation ou adaptation aux spécificités de travail est un obstacle à une réelle compréhension des enjeux défendus. De plus, l'existence d'outils de gestion parallèles, dont les finalités peuvent se chevaucher, donnent un signal négatif aux utilisateurs par un sentiment de perte de temps ou de surcharge de travail.

De fait, la considération par les dirigeants de l'individuel et de l'institutionnel comme deux éléments en lien permet de tenir compte de la dynamique des systèmes, ainsi que le suggère Giddens (1984), et de développer une vision holistique de l'organisation.

Nous avons traduit nos observations en indicateurs de mesure des facteurs contextuels favorables à l'intégration de la démarche qualité (voir tableau ci-après).

	OUI (score = 1)	NON (score = 0)
* <i>Des outils de gestion adaptés aux pratiques réelles ?</i>		
* <i>Valorisation de l'investissement produit ?</i>		
* <i>Rationalité instrumentale portée par l'outil en phase avec la rationalité contextualisée des acteurs/utilisateurs ?</i>		
* <i>Existence parallèle d'autres outils de gestion (présents ou à venir) pouvant interagir avec l'utilisation de l'outil de gestion ?</i>		
* <i>Prise en compte de la dynamique des systèmes ?</i>		
* <i>Prise en compte de l'individuel et de l'institutionnel comme deux éléments en lien ?</i>		

TABLEAU 53 : INDICATEURS DE MESURE DES FACTEURS CONTEXTUELS FAVORABLES A L'INTEGRATION DE LA DEMARCHE QUALITE

### II.3.1.3 Facteurs culturels

L'organisation est construite de rapports collectifs, de réseaux de situations organisées et de catégorisations basées sur la compétence technique et professionnelle, d'expérimentations de normes ou de valeurs transmises... L'ensemble des structures formelles et informelles de l'organisation représente un lieu d'implication des professionnels et d'apprentissage collectif des valeurs intégrées à l'organisation. Nous avons pu constater que les facteurs culturels influencent les modalités d'intégration de la démarche qualité

En effet, la façon dont les responsables en charge de la qualité transmettent les préceptes qualité impacte fortement l'adhésion et la compréhension des acteurs de terrain. Comme l'indiquait l'ingénieur qualité interrogée au CHRUX, l'utilisation d'une terminologie trop technique peut effaroucher les professionnels. Nous avons pu expérimenter, lors de notre intervention au CHY, que l'explicitation, la vulgarisation des outils ou techniques qualité utilisés favorisait l'implication des personnels. De façon plus marquée, nous avons remarqué que l'adaptation et la traduction des outils aux pratiques réelles sont essentielles car, non seulement, elles traduisent les principes qualité dans un langage compréhensible par les acteurs, mais aussi, elles permettent une participation et donc une implication des professionnels et *a fortiori* la reproduction des pratiques institutionnalisées au sens de Giddens. L'intégration des acteurs et la prise en compte de leurs suggestions instaurent un

véritable dialogue, une réciprocité dans l'échange. En effet, la perception qu'ont les acteurs détermine leurs implications dans la gestion de l'organisation. Ainsi, nous pensons que l'outil de gestion doit être pensé comme un « objet tiers » permettant grâce à l'appropriation et donc aux échanges interpersonnels et grâce à l'interprétation de l'outil par les utilisateurs de transmettre les concepts sous-jacents à savoir les principes de qualité.

En outre, la réflexion autour de la mise en place d'un outil de gestion de la qualité peut recentrer les visions managériales en légitimant des décisions et en favorisant une adhésion et des négociations autour d'un langage commun accepté de tous. Cependant, créer un climat de confiance, d'apprentissage collectif des erreurs nécessite du temps, mais également un positionnement managérial clair et partagé par tous les responsables.

De fait, la réflexion autour d'une politique institutionnalisée d'accompagnement et de communication est tout aussi déterminante. La mise en place de formations mieux adaptées aux spécificités de terrain a permis au CHRUX d'améliorer l'appropriation de l'outil de gestion des événements indésirables. La politique de communication développée au CHY a favorisé les questionnements et les échanges autour de la notion qualité.

Nous avons traduit ces composantes en indicateurs de mesure des facteurs culturels favorables à l'intégration de la démarche qualité (voir tableau ci-après).

	OUI (score = 1)	NON (score = 0)
* Philosophie véhiculée par l'institution et par les responsables en charge de la qualité : « la qualité doit s'adapter au terrain et non l'inverse » ?		
* Décalage entre les préceptes qualité et la pratique réelle ?		
* Utilisateur considéré comme un maillon central ?		
* Positionnement managérial : « outil considéré comme un levier managérial et une aide à l'amélioration des pratiques » ?		
* Vision punitive de l'erreur ?		
* Politique d'accompagnement et de communication institutionnalisée ?		

TABLEAU54 : INDICATEURS DE MESURE DES FACTEURS CULTURELS FAVORABLES A L'INTEGRATION DE LA DEMARCHE QUALITE

#### II.3.1.4 Niveau d'appropriation de l'outil de gestion

De même que pour les facteurs contextuels et culturels, le niveau d'appropriation des outils de gestion nous renseigne fortement sur le niveau d'intégration possible de la démarche qualité. En effet, ce sont souvent l'histoire de l'outil, sa fonction, ses modalités de conception ou encore les détournements, les utilisations imprévues qui rendent compte du déterminisme social de l'outil et renseignent sur le niveau d'adaptabilité voire de maturité des acteurs de terrain dans la compréhension des préceptes qualités.

Dans ces différentes étapes du cycle de vie de l'outil, nous avons pu observer dans les deux organisations étudiées des facteurs intégratifs de l'outil, mais également ce que nous appelons des facteurs de dispersion, c'est-à-dire des éléments non favorables à l'appropriation de l'outil. Concernant les modalités d'usage de l'outil la somme des facteurs intégratifs et/ou de dispersion de chaque critère est reportée dans un graphique de type radar.

##### II.3.1.4.1 L'histoire de l'outil

Nous considérons l'outil selon le point de vue de Berry comme « agissant ». En effet, dans la phase d'usage de l'outil, s'opèrent des ajustements, des simplifications, des échanges

(BERRY, 1983). Or, l'histoire de la mise en œuvre de l'outil et la fonction qui lui est attribuée marquent également le cycle de vie de l'outil.

Ainsi, la réflexion qui s'opère lors de la mise en œuvre de l'outil, au-delà de la phase de conception à un niveau stratégique, est déjà un déterminant du niveau d'appropriation de l'outil. Certains questionnements sont alors nécessaires afin de mesurer les facteurs favorisant ou contraignant l'implantation de l'outil :

- \* *La réflexion est-elle purement stratégique, réglementaire ?*
- \* *A-t-on envisagé l'intégration de l'outil dans le contexte particulier de l'organisation ?*
- \* *Est-il adaptable aux spécificités de terrain ?*
- \* *Un apprentissage pédagogique de l'outil par les utilisateurs est-il envisagé ?*

Nous proposons, dans le tableau suivant, des facteurs intégratifs et des facteurs de dispersion concernant l'histoire de l'outil.

Facteurs Intégratifs (FI)	Facteurs de Dispersion (FD)
Corrélation avec les enjeux stratégiques.	Réponse à des exigences réglementaires uniquement.
Compréhension du contexte et des éléments pourraient faciliter la mise en œuvre.	Aucune étude de faisabilité.
Formations concernant l'outil de gestion adaptées aux spécificités de terrain.	Aucune formation envisagée.

TABLEAU 55 : FACTEURS INTEGRATIFS OU DE DISPERSION DU NIVEAU D'APPROPRIATION DE L'OUTIL DE GESTION RELATIFS A L'HISTOIRE DE L'OUTIL

#### II.3.1.4.2 [La fonction de l'outil](#)

La fonction de l'outil nécessite également une réflexion en amont afin d'envisager les contraintes techniques de l'outil, son accessibilité par tous les utilisateurs. Le dimensionnement collectif ou spécifique à une catégorie de personnel doit être pensé, car il impactera la stratégie d'implantation de l'outil. En outre, la structuration organisationnelle de l'outil doit prendre en compte l'organisation institutionnelle de la qualité et gestion des risques existante afin d'éviter d'opacifier la lisibilité de l'outil et de favoriser son intégration organisationnelle.

Nous proposons, dans le tableau suivant, des facteurs intégratifs et des facteurs de dispersion concernant la fonction de l'outil.

Facteurs Intégratifs (FI)	Facteurs de Dispersion (FD)
Dimension collective.	Complexité technique de l'outil.
Accessibilité de l'outil.	Structuration organisationnelle de l'outil complexe.
Outil considéré comme « agissant ».	Outil clé en main.

TABLEAU 56 : FACTEURS INTEGRATIFS OU DE DISPERSION DU NIVEAU D'APPROPRIATION DE L'OUTIL DE GESTION RELATIFS A LA FONCTION DE L'OUTIL

#### II.3.1.4.3 [Intentions de conception](#)

La conception de l'outil est une phase capitale, car elle conditionne l'usage ultérieur. L'outil n'existe pas à l'état naturel, il est le résultat d'une réflexion, d'une intervention de l'intelligence humaine. Une coopération concepteurs/utilisateurs nous semble essentielle malgré les intérêts souvent divergents des deux parties. Ainsi, l'intégration dans cette phase d'une réflexion partagée avec les futurs utilisateurs évite des déconvenues dans le processus de développement de l'outil. La philosophie incorporée dans l'outil est alors adaptable aux enjeux à la fois stratégiques et opérationnels de l'organisation. La prise en

compte des réalités de travail est dès lors indispensable car elle permet d'ancrer une collaboration dans la mise en œuvre et un renforcement mutuel entre l'intention du concepteur et l'usage *in situ*.

Nous proposons, dans le tableau suivant, des facteurs intégratifs et des facteurs de dispersion concernant les intentions de conception de l'outil.

Facteurs Intégratifs (FI)	Facteurs de Dispersion (FD)
Philosophie de l'outil : amélioration des pratiques.	Non intégration des utilisateurs dans la conception.
Prise en compte des attentes.	Non intégration de la future interaction outil/utilisateurs.
Prise en compte des réalités de travail.	Manque d'accompagnement pédagogique.

TABLEAU 57 : FACTEURS INTEGRATIFS OU DE DISPERSION DU NIVEAU D'APPROPRIATION DE L'OUTIL DE GESTION RELATIFS AU INTENTIONS DE CONCEPTION DE L'OUTIL

#### II.3.1.4.4 Modalités d'appropriation

La phase d'usage de l'outil est une véritable mine d'information sur le système de significations construit lors de l'interprétation de l'outil par les utilisateurs. Observer les modalités d'appropriation, c'est percevoir l'outil à travers son caractère éminemment humain tel que le précise Gilbert (1998). La technique et le social sont enchevêtrés, car l'utilisation de l'outil concerne les membres de l'organisation et témoigne de ses utilisateurs. Il existe de fait, une réelle interaction entre la technique et le social. Les différentes modalités d'appropriation permettent socialement de donner un sens à l'organisation. La phase d'appropriation donne la possibilité aux utilisateurs de s'emparer des imperfections de l'outil pour co-construire ou reconstruire l'usage prédéterminé lors de la conception de l'outil. Cette co-émergence entre l'outil et l'utilisateur offre l'opportunité d'institutionnaliser les pratiques de gestion de la qualité. L'appropriation est ici « *le fruit d'une interaction entre acteurs et outils dans le contexte d'une organisation singulière* » (GRIMAND, 2006, p 21).

La part d'imprévisibilité dans l'usage nous renseigne, en effet, sur les capacités d'innovations ou d'échanges interservices ou interdisciplinaires. Les détournements informent sur le climat social ou sur le positionnement managérial autour de l'outil. Son utilisation plus ou moins marqué est révélatrice d'une technicité trop complexe ou d'un manque d'explicitations ou d'accompagnements de l'outil.

Nous proposons, dans le tableau suivant, des facteurs intégratifs et des facteurs de dispersion concernant les modalités d'appropriation de l'outil.

Facteurs Intégratifs (FI)	Facteurs de Dispersion (FD)
Solidarité d'usage.	Détournement organisationnel ou hiérarchique.
Types d'appropriation : utilisations imprévues, détournements positifs.	Sous-utilisation de l'outil.
Part de co-construction ou co-émergence dans l'usage (utilisation des imperfections) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Part d'imprévisibilité dans l'usage ; Déclencheur d'innovations ;</i></li> <li>• <i>Part d'échanges interstitiels.</i></li> </ul>	Types d'appropriation : règlements de comptes, revendications.

TABLEAU 58 : FACTEURS INTEGRATIFS OU DE DISPERSION DU NIVEAU D'APPROPRIATION DE L'OUTIL DE GESTION RELATIFS AUX MODALITES D'APPROPRIATION DE L'OUTIL

L'analyse du niveau d'appropriation de l'outil de gestion que propose le modèle suppose que l'outil de gestion soit déjà intégré à l'organisation. Une mise à distance est en effet nécessaire puisque tous les cycles de vie de l'outil sont questionnés.

---

## SECONDE PARTIE - SYNTHÈSE DU CHAPITRE 3

---

L' enjeu de l'intégration de la démarche qualité à l'hôpital ainsi que nous l'envisageons semble devoir conjuguer la faculté d'adaptation de l'organisation aux performances dans le domaine de la qualité ainsi qu'à ses capacités d'appropriation des outils de gestion.

Les enseignements tirés des réflexions théoriques confrontées aux deux terrains observés nous ont permis de proposer un modèle de mesure des facteurs d'intégration de la démarche qualité. Ce modèle découle d'une première ébauche que nous avons construite à partir des données analysées au CHRUX et que nous avons réajusté et enrichi à partir des éléments d'analyse de notre intervention au CHY.

Ce chapitre a précisé dans un premier temps le caractère invariant du contexte organisationnel spécifique des organisations hospitalières et l'intérêt de la prise en compte de l'outil dans une forme contextualisée tout en servant l'action collective. La place centrale des acteurs qui, par leurs interactions, leur réflexivité intentionnelle ou non, détermine l'usage, le mésusage, l'appropriation ou la re-construction de l'outil et participent ainsi activement à l'intégration des préceptes qualité. Le caractère contraint de la réglementation peut être considéré comme une opportunité de changement puisque la visée normative intégrée dans la phase de conception de l'outil peut modéliser l'action ou optimiser la décision managériale. Nous avons pu, dans un second temps, explorer les contributions du modèle à l'intégration de la démarche qualité. Enfin, dans un troisième temps, nous avons explicité les modalités d'usage du modèle.

Ce modèle n'a pas la prétention d'être un outil « *clé en main* » ou générique, il propose une grille de lecture adaptée à une organisation hospitalière qui a fait l'expérimentation de démarches qualité non efficaces ou qui constate une diminution de la dynamique qualité et qui souhaite analyser les modalités d'intégration possible d'une démarche qualité durable.

Les limites opposables concernent la spécification de l'organisation et la formalisation même de l'outil :

- \* Les notions de niveau de maturité dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques sont définies à partir d'éléments réglementaires applicables aux établissements de santé uniquement.
- \* En outre, la prise en compte de l'outil de gestion des événements indésirables nécessite qu'il soit intégré à l'organisation et que tous les cycles de vie de l'outil puissent être observés.
- \* De fait, le mode opératoire de l'outil n'a d'utilité que s'il est actionnable par les managers dans leur rôle de guide, de « *passerelles* » et d'accompagnants des acteurs de terrain.
- \* Enfin, la formalisation du modèle peut également être considérée comme une limite, puisqu'il s'agit d'une métrique s'appuyant sur des « *scoring* » où le résultat serait le produit d'un calcul qui s'amenderait du caractère « *humain* » part centrale de notre réflexion.

---

## SYNTHESE DE LA SECONDE PARTIE

---

La première partie de la thèse a permis d'explorer les concepts de qualité à l'hôpital et d'outil de gestion. Nous avons fait le constat que les organisations hospitalières ont subi de nombreuses réformes depuis les années 70. Dès lors, les préceptes et outils qualité ont été introduits dans le système de santé. Si la notion de qualité est désormais intégrée dans les organisations hospitalières, en partie par la mise en œuvre des procédures de certification, les outils de gestion de la qualité, de par leur conception (souvent synthétique ou très technique), sont peu enclin à favoriser une réelle reconfiguration organisationnelle ou à faciliter le développement d'une culture qualité. Les organisations hospitalières se sont peu ou prou adaptées à ces évolutions. Les outils de gestion participent pour autant à la dynamique de gestion car ils s'inscrivent dans un système, ils répondent aux pressions internes et externes et permettent l'intégration du fonctionnement organisationnel (MOIDSON, 1997). La « mise en acte » de l'outil par l'acteur/utilisateur lui confère un caractère éminemment humain. C'est cette interaction qui contribue à institutionnaliser ou non les structures au sens de Giddens. Etudier les processus d'appropriation de l'outil c'est alors comprendre les mécanismes qui lient l'outil à l'utilisateur et déterminer les leviers d'action pour faciliter l'intégration des préceptes qualité. Dès lors, nous pensons que les formes d'instrumentations choisies peuvent être pensées en vue de leur impact.

Cette seconde partie avait une triple ambition :

- **Premièrement : situer l'objet d'étude**

Nous avons souhaité situer l'outil de gestion choisi dans le contexte hospitalier. La portée démocratique de l'outil incarnée par son accessibilité, sa facilité d'utilisation et le peu de ressources à mobiliser pour son utilisation, font de cet outil un réel objet d'étude et d'observation. La philosophie véhiculée par l'outil intègre les préceptes qualité et permet l'examen des facteurs d'intégration de la démarche qualité à l'hôpital.

- **Deuxièmement : confronter les réflexions théoriques avec les pratiques réelles de terrain**

Nous avons réalisé une étude de l'outil « en usage » dans un contexte organisationnel. Cette étude s'est étendue au-delà d'une simple observation des processus d'appropriation. En effet, l'approche processuelle de l'outil dans toutes ses dimensions a permis de « mettre en évidence le comportement de l'objet dans le temps. » (Grenier et Josserand 1999, p. 104), mais elle a également permis de situer l'outil dans une dynamique contextuelle. En effet, l'étude de l'outil de déclaration des événements indésirables s'est déroulée à partir de l'observation de toutes les phases de vie de l'outil : de l'intentionnalité de la conception jusqu'à l'utilisation *in situ* par les acteurs de terrain. Ce choix ambitionnait de répondre à notre questionnement de recherche puisque nous pensons que c'est au cours du processus d'adoption de l'outil qu'émergent les leviers d'appropriation de la démarche qualité.

La richesse du terrain, des données primaires et secondaires recueillies, ainsi que l'observation de l'outil en usage sur un temps d'étude large nous ont apportés quelques premiers enseignements :

\* **Approche systémique de l'outil :**

L'outil s'inscrit dans un contexte organisationnel, or le niveau de performance concernant la qualité et la dynamique qualité ont un impact sur l'implantation et l'usage de l'outil. Un système de management de la qualité et des risques structuré et transparent conditionne également le niveau d'intégration de l'outil. En outre, l'outil est « *moteur d'attention* » Grimand (2006, p 25) puisqu'il mobilise l'attention des managers. Selon l'intention portée par les managers (soit au service de l'outil ou au détriment de l'outil) le processus d'appropriation s'inscrit alors dans une réelle dynamique collective au service d'une intégration plus efficiente des démarches qualité.

\* **Approche cyclique de l'outil :**

Nous avons pu comprendre que la phase conceptuelle est déterminante puisque la conception de l'outil est la phase qui insuffle l'esprit de la technologie et qui permet d'encoder la structure dans l'outil. La finalité de l'outil, les enjeux réglementaires ou stratégiques déterminent d'emblée l'intentionnalité qui est intégrée dans l'instrumentation elle-même. Cette phase est d'autant plus déterminante si elle intègre d'emblée l'utilisateur.

La part de l'utilisateur est fondamentale. Nous souscrivons aux propos de d'Amaury Grimand (2006, p 21) qui en parlant des rapports entre la phase de conception et celle d'usage fait état de « *valeur construite* ». L'observation de tous les cycles de vie de l'outil y compris sa phase de réactualisation nous enseigne que l'appropriation est « *le fruit d'une interaction entre acteurs et outils dans le contexte d'une organisation singulière* » (GRIMAND, 2006, p 21). C'est pourquoi, l'accompagnement de l'outil, l'explicitation du sens de l'outil, de sa finalité sont essentiels. Dès lors, l'outil doit être considéré comme « *agissant* », il est construit, déconstruit, il est approprié ou détourné par les utilisateurs, son usage est pérenne ou parcellaire, sa technicité évolue, son intentionnalité se transforme. Les utilisateurs s'emparent des imperfections de l'outil pour co-construire ou re-construire l'usage prédéterminé lors de la conception de l'outil afin de rapprocher l'outil des réalités organisationnelles (BERRY, 1983) ce qui lui donne un statut propre d'autonomisation.

En outre la très haute technicité de l'outil, son manque d'adaptabilité aux pratiques de terrain, voire la présence d'autres outils de gestion dont les finalités sont identiques sont des facteurs non intégratifs de l'outil.

Cette étude nous a permis de comprendre que les structures ne sont pas « *encodées* » dans la technologie, elles sont « *émergentes* » à travers la technologie « *en usage* » (GIDDENS, 1984).

*In fine*, l'observation de l'outil dans la dynamique contextuelle du premier terrain nous a permis de comprendre les effets de l'instrumentation sur le social et ceux du social sur l'instrumentation. Nous avons pu dès lors concevoir ce qui lie l'outil à l'utilisateur et observer les déterminants clés de l'outil, c'est-à-dire les facteurs intégratifs ou les facteurs de dispersion qui permettront d'envisager les leviers d'intégration possible de la démarche qualité.

▪ **Troisièmement : des leçons d'expérience vers un modèle**

A partir de cette première expérimentation nous avons compris que l'interaction de l'outil et de l'utilisateur, non seulement, contribue à institutionnaliser les structures existantes mais est également génératrice de structure. Il existe bien une dynamique de transformation sociale (ORLIKOWSKI 1992 ; DE VAUJANY 2003) qui s'apparente à une co-émergence dans l'usage. Ainsi, la structure ne peut être programmée dans la technologie. De même, les pratiques des utilisateurs autour de l'outil sont intégrées à un contexte spécifique. Nous souscrivons au propos d'Anthony Giddens (1984) : il est nécessaire de considérer la dynamique des systèmes et de considérer l'individuel et l'institutionnel comme deux éléments en lien.

Ainsi, nous avons saisi l'opportunité d'une réelle immersion en tant que chercheur-accompagnant pour réaliser une deuxième étude de cas dans une seconde organisation hospitalière. Une première phase de diagnostic a confirmé que la rationalité instrumentale portée par l'outil n'est pas toujours en phase avec la rationalité contextualisée des acteurs/utilisateurs. Dès lors, il s'agit de comprendre l'organisation dans ses spécificités, sa qualification, son niveau de performance dans le domaine de la qualité, son rapport à l'outil, les éléments contextuels en faveur d'une intégration de la démarche qualité.

Une seconde phase d'intervention nous a permis d'explorer les possibilités d'action d'un modèle de mesure des facteurs d'intégration de la démarche qualité. En effet, l'analyse des deux études de cas a démontré certaines similitudes concernant la prise en compte de déterminants facilitant l'intégration de la démarche qualité.

En outre, nous avons pu observer lors de notre intervention que les différentes actions menées plus largement sur le système de management de la qualité et plus spécifiquement sur l'outil de gestion ont entraîné un nouveau niveau de co-émergence outil/utilisateur fruit des réinterprétations et de la co-production avec les acteurs. Ce constat a conforté notre volonté de formaliser un modèle de mesure des facteurs d'intégration de la démarche qualité. En effet, la spécificité de chaque organisation hospitalière, ses capacités propres en termes de performance dans le domaine de la qualité, le contexte dans lequel se sont implantés et développés les outils de gestion de la qualité sont autant d'indicateurs permettant la compréhension du niveau d'intégration possible de la démarche qualité.

Cette méthode n'ambitionne pas d'être une réponse « *clé en main* » garantissant l'intégration des préceptes qualité, elle est un guide donnant quelques clés de compréhension aux managers et responsables sur le niveau d'intégration possible de la démarche qualité. L'intégration « *aux forceps* » des principes et méthodes qualité dans une organisation est un leurre, mais la prise en compte des spécificités de l'organisation, de ses capacités mobilisatrices, permettront d'adapter les principes qualité à l'organisation.

---

*Conclusion Générale*

---

« Chaque dizaine ou vingtaine d'années, l'hôpital est secoué d'un spasme organisationnel qui est apparenté par certains à une mode [...]. A chacune des périodes identifiées correspond en effet à une vague de fond sociétale qui provoque des ruptures, ou plus exactement une compilation de conduites professionnelles qui sédimente chacune des strates successives apparues aux différentes périodes de la construction de la réalité hospitalière » (LETEURTRE, PATRELLE, QUARANTA, & RONZITRE, 1999)

C' est ainsi qu'était introduit la définition et les enjeux de la qualité hospitalière dans l'ouvrage «*la qualité hospitalière*» en 1999. Les évolutions des organisations hospitalières et les réformes constantes qui se sont succédées depuis ont nettement contribué à confirmer ces propos prémonitoires. Aujourd'hui encore les établissements de santé connaissent de profondes mutations et le concept de la qualité y tient une place désormais centrale. En effet, en 2016 la loi de modernisation<sup>472</sup> prévoit la refondation du service public autour de Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT)<sup>473</sup> et augure à l'aune de 2020 des procédures de certifications communes. Toujours en 2016<sup>474</sup>, le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins reposant sur une dotation complémentaire allouée aux établissements en fonction de leurs résultats est généralisé<sup>475</sup>.

Ces évolutions nourrissent le travail de recherche qui a été le nôtre depuis quatre années. Il n'est plus temps de se poser la question de l'intégration de la démarche qualité dans les organisations hospitalières, mais bien de repenser ces reconfigurations à partir des enseignements tirés de ces transformations. La qualité est un incontournable à l'hôpital, elle aura une place de plus en plus centrale, l'incitation financière et les démarches de certification de plus en plus continues<sup>476</sup> seront des déterminants de cette intégration. Or, les organisations hospitalières n'ont pas toutes le même degré de maturité dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques ou la même culture qualité. Les spécificités organisationnelles sont différentes, le niveau d'appropriation des outils de gestion de la qualité varie. Pour autant, cette adaptation est nécessaire.

Ce travail de recherche a été une réelle immersion dans les arcanes de ces organisations. La compréhension de la notion de qualité à l'hôpital et sa traduction à travers les processus d'appropriation des outils de gestion de la qualité nous ont permis d'explorer, de traduire et d'enrichir les réflexions théoriques par une confrontation sur le terrain.

<sup>472</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>473</sup> Décret no 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

<sup>474</sup> Décret n°2015-1866 du 30 décembre 2015 relatif au financement de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

<sup>475</sup> Pour l'instant la généralisation concerne les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

<sup>476</sup> La HAS expérimente en 2016 la visite « non annoncée » de certification V2014 (HOSPIMEDIA - le 03/02/16).

### \* Les objectifs initiaux et les hypothèses de recherche

Les objectifs initiaux qui fondaient cette recherche étaient articulés autour de l'idée force que **les outils de gestion de la qualité peuvent être des leviers d'appropriation de la démarche qualité par les organisations hospitalières.**

Afin de vérifier la validité de cette idée force, nous avons posé deux hypothèses :

**La première hypothèse** postulait que les outils de gestion de la qualité sont porteurs de structures. De ce point de vue, l'outil de gestion de la qualité, dès sa conception, est encodé de normes, de ressources, il est ensuite incarné à travers des schémas interprétatifs lors de son usage. Il est ainsi porteur de structures et son utilisation quotidienne participe *in fine* à institutionnaliser ces structures. Il existe ainsi une co-structuration possible entre les individus et la technologie permettant un renforcement ou une transformation de la structure organisationnelle. Dès lors, si l'esprit de la démarche qualité est encodé dans l'outil dès la phase de conception alors la structure organisationnelle peut s'adapter aux changements nécessaires et réglementés.

**La seconde hypothèse** postulait que la structure ne peut être programmée dans la technologie. Dans cette hypothèse, les outils de gestion de la qualité ont un rôle indirect dans le processus de structuration. Les structures n'étant pas « encodées » dans la technologie, elles sont émergentes à travers la technologie « en usage ». Alors, la co-évolution entre l'humain et la technologique offre la possibilité d'institutionnaliser les pratiques de gestion de la qualité. Il existerait ainsi une adaptation possible de l'intégration de la démarche qualité selon le niveau de co-émergence.

### \* Le cheminement de recherche et les enseignements tirés

La recherche nous a permis de faire différents constats :

#### **Une organisation hospitalière contrainte à l'intégration de la démarche qualité**

Le concept de qualité est présent dans les organisations hospitalières depuis les années 80 importé du monde industriel et rendu nécessaire par l'exigence accrue de maîtrise des coûts, la place de plus en plus prégnante des usagers et de la médiatisation, mais aussi, le besoin de rationalisation organisationnelle des établissements de santé. Pour autant, la perception du terme qualité est variable, elle est notamment perçue comme un support technique de la performance ou de l'efficacité, ou comme un outil managérial. La qualité reste un concept flou. Son interprétation hétérogène apporte une caractéristique particulière à l'intégration de cette notion dans le domaine de la santé.

Or, la configuration des organisations hospitalières est spécifique, ce qui contribue à la disparité d'intégration de la démarche qualité. L'organisation hospitalière, manque de flexibilité et s'adapte mal à l'environnement externe. Le morcellement de l'activité, la multiplicité des acteurs, le cloisonnement des tâches, l'hétérogénéité des besoins, la recrudescence de l'activité, ne sont que quelques facteurs évoqués et contributifs aux difficultés organisationnelles que connaît l'hôpital et qui rendent encore plus complexe l'assimilation d'une démarche qualité intégrée à la gestion organisationnelle.

En outre, l'évolution du concept de qualité à l'hôpital a été impactée par des réformes successives. En effet, la qualité dans les organisations de santé n'est pas fondée uniquement sur des normes, mais aussi sur une succession de textes réglementaires qui ont régentés la qualité à l'hôpital. L'hôpital a ainsi été percuté par de nombreuses réformes rendant difficile l'intégration des instruments de gestion par le fait même que les phases d'appropriation, trop courtes entre deux réformes, n'étaient pas adaptées à la mise en œuvre efficace et pérenne de la démarche qualité. Actuellement, la Loi de

modernisation, vise à rassembler les acteurs de santé autour de stratégies partagées et implique, de ce fait, une vision partagée du déploiement des démarches d'amélioration continue de la qualité.

### **Les outils de gestion de la qualité au service de l'intégration de la démarche qualité**

La réglementation impose ainsi à l'organisation hospitalière d'intégrer la qualité dans ses fondements, sans pour autant mesurer la capacité de l'organisation à assimiler la démarche qualité. La qualité est un outil de gestion qui accompagne le développement des organisations. Elle peut être appréhendée comme un outil de gestion, mobilisateur des acteurs de l'organisation, même si la mise en œuvre d'une gestion par la qualité bouleverse souvent les modes d'organisation des établissements. Cependant, comme le précise Lozeau, l'application d'une simple technique de gestion (portée par les principes de la démarche qualité) ne garantit pas l'incrémentation organisationnelle (LOZEAU, 2004).

Face aux contraintes de l'organisation hospitalière à devoir se conformer à un cadre très réglementé dans le domaine de la qualité et à devoir adapter son organisation à ces évolutions, les outils de gestion de la qualité représentent une opportunité de compréhension et d'adaptation des préceptes qualité.

Nous avons considéré l'outil de gestion comme structurant en tant « *qu'instrumentation de gestion* » au sens de Gilbert (1998). Les outils de gestion participent à la dynamique de gestion et sont fondateurs de l'organisation car ils créent un système de signification. Dans ce sens, l'approche structurationniste d'Anthony Giddens est une vision dynamique de l'organisation. En effet, la théorie de la structuration porte un regard sur l'action humaine, les interactions, les systèmes sociaux, la structure. Elle met en avant deux perspectives *a priori* antagonistes : la société (objectivisme) et l'individu (subjectivisme) mais qui sont complémentaires. Pour Giddens, il n'existe pas de déterminants extérieurs, d'influence sociétale qui agissent sur l'outil, mais la notion d'interaction entre l'outil et l'utilisateur est centrale. Ainsi, les règles et les ressources utilisées par les acteurs et qui définissent la structure sont également des moyens de reproduction du système social. Les utilisateurs participent à la modification du statut de l'outil et lui redonnent une identité propre. Ainsi l'outil possède un statut propre d'autonomisation.

### **Les outils de gestion de la qualité à l'épreuve des organisations hospitalières**

Outre l'outil, c'est l'usage, l'appropriation par l'opérateur qui en fait un outil de gestion efficace. Bien souvent dans les organisations hospitalières, les acteurs ont été inondés d'outils dits « *de gestion* » dont le sens pour l'action n'était pas toujours compréhensible. De fait, dans ces organisations, de nombreux outils ont été interprétés comme « *encombrants* » le quotidien<sup>477</sup>, d'une part parce qu'ils ne bénéficiaient pas d'une réflexion conceptuelle en lien avec la réalité du travail, et d'autre part, car l'accompagnement de ces outils n'était pas toujours présent. En outre, la mise en place d'outils de gestion parfois sophistiqués, participe à un sentiment de divergence entre le travail « *prescrit* » et le travail « *réel* ».

Mais nous avons pu observer que l'usage de l'outil, son investissement par l'opérateur lui apportent une seconde entité (RABARDEL, 2005). Il est porteur d'une connaissance liée à sa conception, mais il subit aussi une médiation de par son utilisation (HATCHUEL, 2005) et peut se voir réinventé.

En effet, l'observation que nous avons pu faire de l'outil en usage ne confirme pas notre première hypothèse : « *il existe une co-structuration possible entre les individus et la technologie permettant un renforcement ou une transformation de la structure organisationnelle dès lors que l'esprit de la démarche qualité est encodé dans l'outil dès la phase de conception* ». En effet, la phase de conception essentielle de ce point de vue, n'est pas toujours prise en considération et c'est l'actualisation de l'outil durant l'usage qui

---

<sup>477</sup> En référence à l'histoire de l'implantation de l'outil de gestion du CHRUX traité dans la partie empirique de notre travail.

nous a permis « d'encoder » l'esprit de la démarche qualité. C'est à ce prix que nous avons pu constater une meilleure adaptation de la structure aux évolutions attendues. C'est aussi pourquoi, nous avons pu constater la validité de notre seconde hypothèse : « *les structures n'étant pas encodées dans la technologie, elles sont émergentes à travers la technologie en usage* ». En effet, nous pensons qu'il existe une co-évolution entre l'humain et la technologique durant la phase d'appropriation. C'est l'histoire de l'outil, son usage, son interprétation, son accompagnement ainsi que son actualisation dans l'usage qui permettent d'institutionnaliser des pratiques de gestion de la qualité. Le niveau de co-émergence outil/utilisateur est alors un indicateur du niveau d'intégration possible de la démarche qualité.

### **Un terrain d'entente possible**

La théorie de la structuration de Giddens nous a apporté un éclairage sur la notion de dynamique des systèmes et l'intérêt de considérer l'individuel et l'institutionnel comme deux éléments concomitants. Or, la rationalité instrumentale portée par l'outil montre dans cette étude qu'elle n'est pas toujours en phase avec la rationalité contextualisée des acteurs/utilisateurs. Ainsi, la structure ne peut être programmée dans la technologie. De même, les pratiques des utilisateurs autour de l'outil sont intégrées à un contexte spécifique.

Aussi, l'observation de l'outil durant tout son cycle de vie, la prise en considération par les concepteurs et les dirigeants des différentes étapes d'appropriation, de détournement, voire de rejet par les utilisateurs permet, ainsi que nous avons pu le remarquer, une actualisation bénéfique de l'outil. Cette attention particulière portée sur la dynamique collective d'appropriation envoie un signal fort aux professionnels d'une prise en compte de leurs réalités de travail, voire d'une valorisation des efforts engagés.

La visée instrumentale de la démarche qualité est imparfaite nous l'avons constaté, elle est actionnée, traduite, modifiée par l'homme. Or, c'est par le déploiement et l'accompagnement des instruments de gestion de la qualité qu'il est possible d'objectiver le déploiement des démarches qualité dans les organisations hospitalières.

L'étude d'un outil de gestion de la qualité dans un premier terrain de recherche nous a conduit à poser les prémices d'un premier modèle de mesure des facteurs d'intégration de la démarche qualité. Notre intervention, réalisée dans un second terrain de recherche, nous a éclairé sur la nécessaire prise en compte à la fois spécifique et aussi systémique de l'organisation hospitalière. Ainsi, les explorations de terrain menées dans le cadre de notre recherche ont montré qu'il n'existe pas d'alternative standardisée de l'intégration de la démarche qualité dans une organisation hospitalière, mais que la réponse doit se faire en situation et prendre compte des facteurs de contingences internes et externes de l'organisation.

Nous pensons que les leviers d'action doivent tenir compte de facteurs spécifiques à l'organisation : le niveau de maturité dans le domaine de la qualité, le niveau d'implémentation d'une culture qualité, le niveau d'appropriation des outils de gestion de la qualité. Le modèle ingénierique que nous avons proposé dans notre dernier chapitre n'est pas une solution « *clés en main* » d'intégration de la démarche qualité, il n'est qu'un outil de mesure visant à la compréhension des facteurs sur lesquels l'organisation peut s'appuyer pour améliorer son niveau d'intégration de la démarche qualité.

### **\* Les apports de cette recherche**

#### **Le premier apport de notre travail de recherche est d'ordre conceptuel**

Nous proposons un modèle ingénierique de mesure des facteurs d'intégration de la démarche qualité adapté au management hospitalier. Le modèle offre la possibilité d'établir une métrique à partir de quatre déterminants de l'intégration de la démarche

qualité : facteurs contextuels, facteurs culturels, niveau de maturité dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques et niveau d'appropriation d'un outil de gestion de la qualité. Le modèle permet ainsi aux acteurs hospitaliers de mettre en évidence les processus organisationnels favorisant l'intégration de la démarche qualité. L'appréhension de la démarche qualité est ainsi détachée de son socle purement réglementaire et donc intégrée, voire incorporée aux fondements organisationnels. L'approche processuelle des outils de gestion interroge de fait sur les dimensions techniques, structurelles et culturelles de l'organisation.

### **Le second apport est d'ordre méthodologique**

Il réside dans l'apport d'une méthode construite à partir d'expérimentations réalisées dans des organisations hospitalières et non pas issue de l'industrie. Les éléments de mesure sont spécifiquement déterminés à partir d'une confrontation d'éléments théoriques, enrichis et modifiés par l'expérimentation et l'expression des acteurs de terrain. Le modèle est avant tout un guide et non pas une trame générique permettant une vision élargie des possibilités d'action. Il n'a pas pour ambition de représenter une solution « *toute faite* » garantissant une intégration immédiate et pérenne de la démarche qualité. Cependant, la mise en place d'indicateurs de mesure permet d'apporter des éléments de réponses opératoires aux managers et adaptés aux modes d'organisations actuels des établissements de santé.

#### **\* Les limites de cette recherche**

Ce travail de recherche présente deux limites :

#### **Une première limite liée à l'expérimentation de la méthode**

En effet, le modèle proposé dans notre dernier chapitre est le fruit de confrontations successives d'éléments théoriques et d'expérimentations de terrain. Or, ce modèle n'a pas été testé sous cette forme dans une organisation hospitalière, il n'a pas été éprouvé en tant qu'outil de mesure même s'il a reçu l'approbation des managers et dirigeants de notre second terrain de recherche. Sa mise en œuvre nécessite, en effet, une phase d'observation de l'outil de gestion de la qualité et une phase de compréhension de l'organisation dans ses différentes dimensions. Une expérimentation à plus grande échelle dans d'autres organisations hospitalières permettrait dès lors une validation empirique.

#### **Notre seconde limite est liée au niveau de maturité de cette recherche**

La démarche qualité à l'hôpital est en perpétuelle évolution. Les réglementations et méthodologies dans ce domaine ne sont pas toutes expérimentées encore. Notre recherche se situe en tant qu'étape dans le processus évolutif des démarches qualité dans les établissements de santé. En outre, ce travail se limite à une seule méthode offrant une seule voie d'abord des facteurs d'intégration de la démarche qualité dans un domaine où de nombreux outils et méthodes qualité sont publiés.

#### **\* Les perspectives de la recherche**

Les perspectives qu'ouvre cette recherche concernent la méthodologie du modèle proposé. La métrique est en effet possible par la mise en place de « *scoring* » des indicateurs et des facteurs contributifs ou de dispersion. Un travail d'informatisation de l'outil permettrait une mesure à grande échelle et une projection statistique du niveau d'intégration de la démarche qualité des organisations hospitalières. A l'heure où la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, présente la stratégie nationale

« E-santé »<sup>478</sup> et précise « j'ai décidé que l'évaluation des solutions e-santé serait une priorité nationale du prochain programme de recherche sur la performance du système des soins » et qu'il faut « outiller la démocratie sanitaire »<sup>479</sup>, les perspectives de numérisation du modèle proposé pourraient intégrer ces évolutions.

Cependant la limite opposable à cette perspective est qu'elle propose la formalisation d'un outil dont les limites sont celles que nous avons pu rencontrer dans nos expérimentations. Or, nous concevons la notion d'outil comme celle d'un « instrument » faisant référence à une dimension supplémentaire qui est celle de l'actionnabilité de connaissances, de compétences et de comportements (Gilbert, 1998). Elle n'a de sens que si l'acteur est intégré.

---

« La fonction c'est la dynamique »<sup>480</sup>

Jean-Pierre Sauvage, prix Nobel de Chimie 2016

---

---

<sup>478</sup> « Stratégie Nationale E-Santé 2020, Le numérique au service de la modernisation et de l'efficience du système de santé » publication du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 4 juillet 2016.

<sup>479</sup> Source : Extrait du discours prononcé au colloque dédié au Big Data du 4 juillet 2016.

<sup>480</sup> Source : Jean-Pierre Sauvage prix Nobel de Chimie 2016 le 5 octobre 2016 interviewé à l'université de Strasbourg.

## BIBLIOGRAPHIE

- ACKER, D., BENSADON, A.-C., LEGRAND, P., & MOUNIER, C. (2012). "Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants". IGAS, RAPPORT N°RM2012-046P, IGAS.
- ACKER, F. (2005). "Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital". *Revue française des affaires sociales*, 1/n°1, pp. 161-181.
- ACKER, F., & DENIS, G. (1991, Octobre-décembre). « De l'administration du personnel à une gestion économique de l'emploi à l'hôpital ». *RFAS*, N°4, pp. 25-40.
- ADNET, F., AUSTONI, J., GUIBERT, A., & LE ROUX, P. (2010). "Expérience d'audit croisé au sein du réseau départemental Crique : application à la gestion des événements indésirables en établissements de santé ". *Risques & Qualités*, Volume VII - N°1, pp. 30-34.
- AGGERI, F., & HATCHUEL, H. (1997). "Les instruments de l'apprentissage. Construction et diffusion d'une expertise recyclage dans la conception automobile". Dans M. JC, *Du mode d'existence des outils de gestion* (pp. 217- 247). Séli Arslam.
- AGGERY, F., & LABATUT, J. (2010, Septembre). "La gestion au prisme de ses instruments. Une analyse généalogique des approches théoriques fondées sur les instruments de gestion". *Finance Contrôle Stratégie*, Vol. 13, N° 3, pp. 5-37.
- AISSANI, Y., & BORDES, O. (2007/29). « Démarche qualité, sensemaking et émergence dans des structures de communication ». *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, Vol. 13, pp. 59-90.
- AKRICH, A., CALLON, M., & LATOUR, B. (1988, Juin). "A quoi tient le succès des innovations : l'art de l'intéressement". *Annales des Mines - Gérer et Comprendre*.
- AKRICH, A., CALLON, M., & LATOUR, B. (2006). "Sociologie de la traduction : textes fondateurs". Paris : Presses de l'Ecole des mines.
- AKRICH, M. (1991). « Les utilisateurs, acteurs de l'innovation » . *Éducation permanente* , N°134, pp. 79-89.
- ALBARELLO, L. (2011). "Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche". Bruxelles : De Boeck.
- ALLARD-POESI, F. (2003). « Sens collectif et construction collectif de sens ». Dans V. B. (dir.), *Le sens de l'action Karl E. Weick : socio-psychologie de de l'organisation* (pp. 91-114). Paris: Vuibert, Série Vital-Roux.
- ALTER, N. (1990). "La gestion du désordre dans l'entreprise". Paris : L'Harmattan.
- ALTER, N. (1993a). « Innovation et organisation : deux légitimités en concurrence ». *Revue Française de Sociologie*, Vol. 34, N°2, pp. 12-40.
- ALTER, N. (2000). "L'innovation ordinaire". Paris : PUF.
- AMALBERTI, R., GREMION, C., AUROY, Y., MICHEL, P., SALMI, R., PARNEIX, P., HUBERT, B. (2007). "Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine". DREES, Etudes et résultats N° 584.
- AMAR, L. (1996). « La modernisation de deux hôpitaux généraux vécue par deux cadres soignants » . Dans A.-P. Contandriopoulos, & Y. Souteyrand, "L'hôpital stratégie. Dynamiques locales et offre de soins". Montrouge : John Libbey et MIRE.

- ANAES. (2000). « Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé ».
- ANDERSON, P., & TUSHMAN, M. (1990). "Technological discontinuities and dominant designs : a cyclical model of technological change". *Administrative Science Quarterly*, Vol. 35, pp. 604-633.
- ANHOURY, P., & VIENS, G. (1994). "Gérer la qualité et les risques à l'hôpital". Paris: ESF.
- ARCHER, M. (1995). "Realistic social theory : the morphogenetic approach". Cambridge : Cambridge University Press.
- ARCHER, M. (2003). "Structure, Agency and The Internal Conversation". Cambridge: Cambridge University Press.
- ARGYRIS, C. (1995). "Savoir pour agir : surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel ". Paris : Interéditions.
- ARGYRIS, C., & SCHON, D. (2001). "Apprentissage organisationnel : théorie, méthode, pratique". De Boeck Université.
- ARGYRIS, C., PUTNAM, R., & McLAIN SMITH, D. (1985). "Action Science". Jossey-Bass .
- ARNAUD, N. (2009). "Densification de l'agencement (inter-)organisationnel. Le cas du secteur du transport de meubles neufs ". *Gérer et Comprendre* , N°96, pp. 3-21.
- AUBOUIN, N., & al. (2012/4). « Les outils de gestion dans les organisations culturelles : de la critique artiste au management de la création ». *Management & Avenir*, N°54, pp. 191-2414.
- AUTISSIER, D., & WACHEUX, F. (2000). "Structuration et management des organisations". Paris: L'Harmattan, collection Logiques de Gestion.
- AVENIER, M. (2007). "Repères pour la transformation d'expérience en science avec conscience". Dans A. M. C., *La construction de savoirs pour l'action* (p. 245). L'Harmattan.
- AVENIER, M. (2009). " Franchir un fossé réputé infranchissable: construire des savoirs scientifiques pertinents pour la pratique". *Management & avenir*, N°10, pp. 188-206.
- AVENIER, M. (2009). « Genericization ». Dans G. D. .J. Mills, *Encyclopedia of Case Study Research* (pp. 422-424). London : Sage.
- AVENIER, M., & C., S. (2007). "Elaborer des savoirs actionnables et les communiquer à des managers". *Revue française de gestion*, 5, N°174, pp. 25-42.
- AVENIER, M., & SCHMITT, C. (2005). "Savoirs actionnables dans les sciences de l'organisation entendues comme des sciences de conception : éléments de présentation et de réflexion. *Sixième Congrès Européen de Science des Systèmes*, (pp. 1-10).
- AVENIER, M., & SCHMITT, C. (2007). "La construction de savoirs pour l'action". L'Harmattan.
- BABEAU, O. (2008). « Le décalage entre travail prescrit et travail réel : la dimension absente des manuels de management ». *Gestion 2000* , 4, pp. 161-171.
- BABEAU, O., & CHANLAT, J.-F. (2008). « La transgression, une dimension oubliée de l'organisation ». *Revue française de gestion*, 3/N° 183, pp. 201-219.
- BABEAU, O., & CHANLAT, J.-F. (2011/1). « Déviance ordinaire, innovation et gestion » L'apport de Norbert Alter. *Revue française de gestion*, N°210, pp. 33-50.
- BACKOFF, R., & NUTT, P. (1990). "Organizational Publicness and its Implications for Strategic Management." *Division du secteur public de l'Academy of Management (communication personnelle)*.
- BAKER, T., & SIMON, J. (2010). "Embracing risk : The changing culture of insurance and responsibility". Chicago : University of Chicago Press.

- BALOGUN, J., & JOHNSON, G. (2004). "Organizational restructuring and Middle Manager sensemaking". *Academy of Management Journal*, Vol. 47 N°4, pp. 523-549.
- BARDIN, L. (1991). "L'analyse de contenu". Paris : PUF.
- BARLEY, S. (1986). "Technology as an Occasion for Structuring : Evidence from Observations of CT Scanners and the Social Order of Radiology Departments". *Administrative Science Quarterly*, Vol 31, N°1, pp. 78-108.
- BARLEY, S. (1990). "Images of Imaging : Notes on Doing Longitudinal Field Work". *Organization Science*, Vol. 1, N° 3, pp. 220-247.
- BARLEY, S., & KUNDA, G. (1992). "Design and Devotion : Surges of Rational and Normative Ideologies of Control in Managerial Discourse". *Administrative Science Quarterly*, Vol. 37, N°3, pp. 363-399.
- BARNETT, W., & BURGELMAN, R. (1996). "Evolutionary perspectives on strategy". *Strategic Management Journal*, Vol. 17, pp. 5-19.
- BARTHES, R. (1972). "Mythologies: The Complete Edition, in a New Translation". Hill & Wang.
- BARTOLI, A. (2005). "Le management dans les organisations publiques". Dunod, Collection Management Public.
- BAUMARD, P. (1997). "Constructivisme et processus de la recherche : L'émergence d'une "posture" épistémologique chez le chercheur". *Colloque Constructivisme et Sciences de Gestion IAE de Lille le 23 octobre*, (pp. 1-19). Lille.
- BAYART, J.-F. (1996). "L'illusion identitaire". Fayard (23 octobre 1996).
- BAYON, D., BERRY, M., COLASSE, B., DOBLIN, S., DOUBLET, J., & ZINSOU, L. (1996). "Vie et mort des outils de gestion". *Entreprise et histoire*, N°13, pp. 137-148.
- BECK, U. (2001). "La société du risque : sur la voie d'une autre modernité". Paris : Fayard.
- BEDE, D., & al. (2012/4). "L'appropriation d'un outil de gestion de la qualité à travers le prisme de la légitimité : le cas d'un Institut d'Administration des Entreprises". *Management et Avenir*, n°54, pp. 83-106.
- BELET, A. (2003, Septembre). « La révolution de l'entreprise apprenante ». *L'expansion Management Review*, N°110, pp. 80-86.
- BELORGEY, N. (2010). "L'hôpital sous pression : enquête sur le "nouveau management public" ". Dans P. B. Bouinot C., *Les hôpitaux et l'investissement* . Paris: LCDJ – Dexia .
- BEN FREDJ BEN ALAYA, L. (2007/4). « Le concept de "création collective de sens" Un usage pertinent dans le contexte de veille anticipative stratégique". *Revue des Sciences de Gestion*, N°226-227, pp. 99-109.
- BENAMOUZIG, D. (2009). « L'évaluation des aspects sociaux - Une contribution sociologique à l'évaluation en santé ». HAS.
- BENET, T., GAGNAIRE, J., JEAN-DENIS, M., GERBIER-COLOMBAN, S., HAESEBAERT, J., KHANAFER, N., VANHEMSS, P. (2013, Juin 18). "Les freins à la déclaration des événements indésirables liés aux soins : une étude transversale au groupement hospitalier Édouard Herriot, CHU de Lyon ". *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* , N° 24-25 , pp. 275-278.
- BENGHOZI, J. (1987). "L'harmonie des sphères : une réflexion sur l'éclatement des grandes organisations et l'émergence de rationalités contingentes irréductibles". *Economies et Sociétés*, N°6, pp. 111-125.
- BERGER, P., & LUCKMANN, T. (1966). "The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge". New-York : Doubleday .

- BERGER, P., & LUCKMANN, T. (1996). "La construction de la réalité sociale". Paris : Méridiens Kliencksiek.
- BERNOUX, P. (2002). "Le changement dans les organisations : entre structures et interactions". *Relations Industrielles/Industrial Relations*, Vol.57, N°1 , pp. 77-99.
- BERNOUX, P. (2004). "Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations". Paris : Seuil.
- BERNOUX, P., AMBLARD, H., HERREROS, G., & LYVIAN, Y.-F. (2005). "Les nouvelles approches sociologiques des organisations". Edition du Seuil (3ème édition).
- BERRY, M. (1983). "Le rôle des outils de gestion dans l'évolution des systèmes sociaux complexes". C.R.G-École polytechnique . rapport pour le Ministère de la recherche et de la technologie.
- BERRY, M. (1983). "Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains". *Rapport du CRG, École Polytechnique*.
- BERRY, M. (1983). « L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains » . Texte de synthèse au rapport collectif pour la DGRST, fait par le CRG.
- BES, M. (1998). « La capitalisation active des connaissances : principes, contextes et obstacles » . *Gérer et Comprendre*, N°54, pp. 38-51.
- BESSON, P., ESCOFFIER, B., LORINO, P., PESQUEUX, Y., & BOUQUIN, H. (1998). « Contrôle de gestion et responsabilité : le contrôle rend-il irresponsable ? » . *Entreprises et Histoire*, N°20, pp. 117-127.
- BLANCHET, A., & GOTMAN, A. (2014). "L'enquête et ses méthodes : l'entretien". Paris : Armand Colin 2ème édition.
- BOLLECKER, M., & DURAT, L. (2006). « L'apprentissage organisationnel et individuel dans le processus de décision ». *La Revue des Sciences de Gestion*, 4, N°220-221, pp. 139-148.
- BORZEIX, A., & FRAENKEL, B. (. (2001). "Langage et travail". Paris: Editions du CNRS.
- BOUDON, R. (1979). "La logique du social". Paris : Hachette.
- BOUDON, R. (1995). "Le juste et le vrai, Etude sur l'objectivité des valeurs et de la connaissance". Fayard.
- BOURDEUX, C. (2003, Novembre-Décembre). « Enquête sur la perception de la qualité par des professionnels de santé ». *Soins Psychiatriques*, N°229.
- BOURGEON, D. (2007). "Don, résilience et management". Editions Lamarre, collection Fonction cadre de santé.
- BOURGUIGNON, A. A. (2004b). "Changer d'outils de contrôle de gestion ? De la cohérence instrumentale a la cohérence psychologique". *Finance Contrôle et Stratégie*, Vol. 7, N°3, pp. 31-61.
- BOURGUIGNON, A., & JENKINS, A. (2004, Septembre). "Changer d'outils de contrôle de gestion ? De la cohérence instrumentale à la cohérence psychologique". *Actes de la 1ère Journée : Gestion des Ressources Humaines et Contrôle de Gestion - Les aspects humains de l'audit et du contrôle de gestion*. Rennes: niversité de Rennes 1, IGR, 2004.
- BOURRET, P. (2006). "Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible". Seli Arslan.
- BOUSSARD, V., & MAUGERI, S. (2003). "Du politique dans les organisations. Sociologie des dispositifs de gestion". Paris : L'Harmattan.

- BOUSSARD, V., & MAUGERI, S. (2003). "Dispositifs de gestion et simulacres de contrôle", dans *Du politique dans les organisations, sociologie des dispositifs de gestion sous la direction de Valérie Boussard et Salvatore Maugeri*. L'Harmattan.
- BOUYSSOU, J. (1997). "Théorie générale du risque". Paris : Economica.
- BOWKER, G., & STAR, S. (2000). "Sorting Thongs Out. Classification and its Consequences". Cambridge: MIT Press.
- BRAMI, J., & AMALBERTI, R. (2010). "La sécurité du patient en médecine générale". Springer Science & Business Media.
- BRIERS, M., & CHUA, W. (2001). "The Role of Actor-Networks and Boundary Objects in Management Accounting Change: a Field Study of an Implementation of Activity-Based Costing". *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 26, N° 3, pp. 237-269.
- BURLAUD, A. (2000). « Contrôle et gestion », in B. COLASSE (dir.), *Encyclopédie de comptabilité, contrôle de gestion et audit*. pp. 521-532.
- BURSTIN, A., GARRIGUE-GUYONNAUD, H., & SCOTTON, C. (2013). "L'hôpital". IGAS. Paris : La documentation française.
- CALLON, M. (1981). "Pour une sociologie des controverses technologiques". *Fundamenta Scientae*, Vol. 2, N°3-4, pp. 381-399.
- CALLON, M. (1986). "Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc". *L'Année sociologique*, N°36, 169-208.
- CALLON, M., & LATOUR, B. (1991). "La science telle qu'elle se fait". Paris : Éditions La Découverte.
- CALLON, M., MILLO, Y., & MUNIESA, F. (2007). "Market Devices". Malden : Blackwell Publishing.
- CAPGRAS, J., GUILHOT, N., PASCAL, C., & CLAVERANNE, J. (2012). "La recherche-intervention entre diachronie et synchronie : heuristique pour une approche alternative". *Projectics/Proyética/Projectique*, 2/N°8, pp. 157-168.
- CARAYOL, V. (2000). "Pour une approche communicationnelle de la qualité". *Communication et organisation*, N°17.
- CARDY, R., & SELVARAJAN, T. (2002). "Management interventions. In N. Anderson, D.S. Ones, P. Sinangil & H.K. Viswesvaran" (Eds.). *Handbook of industrial, work and organizational psychology*.
- CARPENTER, V. L., & FERROZ, E. H. (2001). "Institutional theory and accounting rule choice : an analysis of four US state governments' decisions to adopt generally accepted accounting principles". *Organization and Society*, Vol. 26, N° 7-8, 565-596.
- CARTON, S., & al. (2006). « Vers une théorie de l'appropriation des outils de gestion informatisés : une approche intégrative ». *Management & Avenir*, N°3, pp. 159-179.
- CARTON, S., & al. (2006/3). « Vers une théorie de l'appropriation des outils de gestion informatisés : une approche intégrative ». *Management & Avenir*, N°9, pp. 159-179.
- CASERIO-SCHONEMANN, C., FOURNET, N., & ILEF, D. (2012). "Expérimentation portant sur la déclaration des événements indésirables graves (EIG) liés aux soins en établissement de santé." Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire. Institut de veille sanitaire.
- CHALAYER ROUCHON, S. a. (2006/3). « L'influence des facteurs organisationnels et stratégiques sur l'appropriation des outils comptables et financiers ». *Management & Avenir*, N°9, pp. 127-140.

- CHANDLER, A. (1962). « *Stratégie et Structure de l'entreprise* ». (T. d. Schaufelberger., Trad.) Paris: Editions d'Organisation.
- CHANLAT, J.-F. (2003). "Le managérialisme et l'éthique du bien commun: la question de la motivation au travail dans les services publics". Dans T. Duvillier, J.-L. Genard, & A. Piraux, *La motivation au travail dans les services publics* (pp. 51-64). Paris : L'Harmattan.
- CHARREIRE PETIT, S. (2003). "L'étude empirique longitudinale". e-thèque, collection expertise et recherche.
- CHARREIRE, S., & HUAULT, I. (2001, Septembre). "Le constructivisme dans la pratique de recherche : une évaluation à partir de seize thèses de doctorat". *Finance Contrôle Stratégie*, Vol. 4, N°3, pp. 31-55.
- CHARVET-PROTAT, S., JARLIER, A., & PRÉAUBERT, N. (1998). "Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital". ANAES.
- CHAUVIÈRE, M. (2007). "Trop de gestion tue le social". Paris: La découverte Collection Alternative sociale .
- CHEVALIER, G. (2009). "Éléments de management public, le management public par la qualité". Saint-Just-La-Pendue, 42540, France: AFNOR.
- CHIAPELLO, E., & GILBERT, P. (2013). "Sociologie des outils de gestion : introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion". Clamecy, Nièvre : La Découverte.
- CHO, S., MATHIASSEN, L., & NILSON, A. (2008, Décembre). "Contextual dynamics during health information systems implementation : an event-based actor-network approach". *Journal of Information Systems*, Vol. 17, N°6, pp. 614-630.
- CIBORRA, C. (2000). "A critical review of the literature on the management of corporate information infrastructure". Oxford University Press.
- CIBORRA, C. (2004). "Bricolage, heuristics, serendipity, and make-do". *The Social Study of Information and Communication Technology : innovations, actors and contexts*, p. 19.
- CLARGE, F., & GLESS, P. (2012). "La performance globale dans les établissements sanitaires et médico-sociaux". Bordeaux : Les études hospitalières.
- CLARK, J., MODGIL, C., & MODGIL, S. (1990). "Consensus and Controversy : Anthony Giddens". Londres : The Falmer Press.
- CLAVERANNE, J.-P. (2003). "L'hôpital en chantier : du ménagement au management". *Revue française de gestion*, 5/ n°146, pp. 125-129.
- CLEMENT, J. (2011). "Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République". Bordeaux: Etudes hospitalières.
- CLOT, Y. (1995). "Le travail sans l'homme". Paris: La découverte.
- COCHOY, F., GAREL, J., & TERSSAC, G. (1998). "Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes Iso 9000". *Revue française de sociologie*, Vol.39, N° 4, pp. 673-699.
- COLDEFY, M., COM-RUELLE, L., & LUCAS-GABRIELLI, V. (2011). "Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. Questions d'économie de la santé ". N°164.
- CONEIN, B., DODIER, N., & THEVENOT, L. (. (1993). "Les objets dans l'action : de la maison au laboratoire". *Raisons pratiques*, N°4.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P. (2008). « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance ». *Santé publique*, Vol. 20, 191-199.
- CORCUFF, P. (2007). "Les nouvelles sociologies". Barcelone, Espagne : Armand Colin (2ème édition refondue).

- COUANAU, R. (2003). "Rapport sur l'organisation interne de l'hôpital". Rapport d'information, Assemblée Nationale.
- COURTOT, H. (1998). "La Gestion des risques dans les projets". Paris : Economica.
- COUTY, E., KOUCHNER, C., LAUDE, A., & TABUTEAU, D. (2009). "La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé". Rennes : EHESP.
- CRAIB, I. (1992). "Anthony Giddens". Londres/New York: Routledge.
- CROZIER, M. (1970). "La société bloquée". Paris : Le Seuil.
- CROZIER, M., & FRIEDBERG, E. (1977). "L'acteur et le système". Paris : Le Seuil.
- DADOY, M. (1976). "Les systèmes d'évaluation de la qualification du travail. Pratique et idéologie. *Sociologie du Travail*, N°2, pp. 115-135.
- DAGOGNET, F. (1989). "Eloge de l'objet : pour une philosophie de la marchandise". Paris : Vrin.
- DAMON, J. (2007). « Anthony Giddens (né en 1938) ». *Informations sociales* , Vol. 8, N°144, pp. 55-55.
- DANIELLOU, F., . SIMARD, M., & . BOISSIERES, I. (2010). "Les facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle : un état de l'art." Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle. Toulouse : ICSI.
- DAVID, A. (1998, septembre-octobre). "Outils de gestion et dynamique du changement". *Revue Française de Gestion*, N° 120, pp. 44-59.
- DAVID, A. (1998). « Models implementation : a state of the art ». *Actes de EURO Conference, 12-16 juillet*. Brussels.
- DAVID, A. (1999). "Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion". *Conférence de l'AIMS*, (pp. 1-23).
- DAVID, A. (2002/3). « Décision, conception et recherche en sciences de gestion ». *Revue française de gestion*, N° 139, pp. 173-185.
- DAVID, A. (2004). "Les connaissances en sciences de gestion : devons-nous choisir entre scientificité et actionabilité ? ". *First International Co-sponsored Conference Research methods Division Academy of Management*. Lyon : ISEOR.
- DAVID, A. (2004). "Les connaissances en sciences de gestion: devons-nous choisir entre scientificité et actionnabilité". *Traversée des frontières entre méthodes de recherche qualitatives et quantitatives*, (pp. 845-870.)
- DAVID, A. (2008). "La recherche-intervention, cadre général pour la recherche en management ?" . Dans A. H. Albert David, *Les nouvelles fondations des sciences de gestion* (pp. 193-213 ). Paris: FNEGE.
- DAVID, A., & HATCHUEL, A. (2007). "Des connaissances actionnables aux théories universelles en sciences de gestion". *AIMS - XVIème Conférence Internationale de Management Stratégique*. Montréal.
- DE CERTEAU, M. (1990). "L'invention du quotidien Tome 1 : Arts de faire". Paris : Coll. Folio Essais, Editions Gallimard.
- DE GAULEJAC, V. (2005). "La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social". Paris : Seuil.
- DE KERVASDOUÉ, J. (2015). "Une organisation complexe. " (Vol. Vol. 5). Que sais-je ?
- DE LA VILLE, V. (1998). « L'apprentissage organisationnel: perspectives théoriques ». *Management et organisation des entreprises, Cahiers français*, N° 287, pp. 96-104.

- DE SANCTIS, G., & POOLE, M. (1994). "Capturing the complexity in advanced technology use : adaptive structuration theory". *Organization Science*, Vol. 5, N° 2, pp. 121-147.
- DE SINGLY, F. (2014). "L'enquête et ses méthodes : le questionnaire". Clamecy : Armand Colin 3ème édition.
- DE TERSSAC, G. (2002). "Le travail : une aventure collective". Toulouse : Octarès éditions.
- DE VAUJANY, F. (2003). "Les figures de la gestion du changement socio-technique". *Sociologie du travail*, Vol. 45, N°4, pp. 515-536.
- DE VAUJANY, F. X. (2006). « Introduction générale au cahier spécial. Les outils de gestion : vers de nouvelles perspectives théoriques ». *Management & Avenir*, 3/N°9, pp. 107-108.
- DE VAUJANY, F., & CLUZE, G. (2004, Mai/Juin). « La dynamique d'urgence dans le processus d'adoption technologique : Le cas des technologies Internet ». *La Revue des Sciences de Gestion : Direction et Gestion.* , Vol. 39, N° 207, pp. 29-42 .
- DE VAUJANY, F.-X. (2005). "De la conception à l'usage : éléments d'un management de l'appropriation des objets et outils de gestion ". Editions EMS, Collection "Questions de Société".
- DE VAUJANY, F.-X. (2005). « De la pertinence d'une réflexion sur le management de l'appropriation des objets et outils de gestion ». *De la conception à l'usage Vers un management de l'appropriation des outils de gestion, coordonné par F-X. De Vaujany* , pp. 21-34.
- DE VAUJANY, F.-X. (2006). "Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage". *Management & Avenir*, III(n°9), pp. 109-126.
- DECHAMP, G., & al. (2006/3). « Management stratégique et dynamiques d'appropriation des outils de gestion : proposition d'une grille de lecture ». *Management & Avenir*, N°9, pp. 181-200.
- DECHOW, N., & MOURITSEN, J. (2005). "Enterprise resource planning systems, management control and the quest for integration". *Accounting, Organizations and Society*, N°30, pp. 691-733.
- DEDALE, C. (2009). "Bilan de la mise en œuvre du programme de gestion des risques dans les établissements de santé depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2 / E4 n°176 du 29 mars 2004 relative à la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques en établissement de santé Etude commandée par le Ministère de la santé et des sports ". Ministère de la Santé et des Sports, DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS).
- DEGOS, L., ROMANEIX, F., MICHEL, P., & Bacou, J. (2008). "Looking to Europe: Can France keep its patients happy?". *BMJ: British Medical Journal*, Vol. 336, N° 7638, p. 254.
- DEHARO, G., & al., e. (2014). « Les risques en entreprise : dialogues entre la gestion et le droit ». *Management & Avenir*, Vol 8 n°74, pp. 135-143.
- DEJOURS, C. (2003). "L'évaluation du travail à l'épreuve du réel". Paris : Inra ed.
- DELONE, W., & MCLEAN, E. (2003, Spring). « The DeLone and McLean Model of Information Systems Success : A Ten-Year Update ». *Journal of Management Information Systems* , Vol. 19, No. 4 , pp. 9-30.
- DEMEESTERE, R. (2000). "Que peut-on attendre d'une comptabilité de gestion dans le secteur public ?". *Politiques et Management Public*, Vol.18, N°4, pp. 19-46.
- DEMEESTERE, R., & LORINO, P. (2000). "Gestion des risques et processus stratégiques". XXIème Congrès AFC 18-20 Mai, (p. 60). Angers.

- DEMING, W. (1991). "*Hors de la crise*". Paris: Economica, 2ème Edition.
- DESANCTIS, G., & POOLE, M. (1994). "Capturing the Complexity in Advanced Technology Use : Adaptive Structuration Theory". *Organization Science*, Vol. 5, N° 2, pp. 121-147.
- DETCHESSAHAR, M. (1999). « Quand discuter, c'est produire » . *VIII<sup>ème</sup> Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique Paris, Ecole Centrale, 26, 27 et 28 mai.*
- DETCHESSAHAR, M., & JOURNE, B. (2007). "Une approche narrative des outils de gestion". *Revue française de gestion* , N°174 , pp. 77-92.
- DEVEREUX, G. (1998). "*De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*". Editions Aubier Montaigne.
- DEVRETON, B. (2008/2). « Le rôle des représentations sociales au cours du processus de construction d'un outil de contrôle de gestion ». *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 14, pp. 125-153.
- DHOS. (2004). "*Recommandations pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé*". Paris : MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.
- DIETRICH, A. (2009, Avril). « Le manager intermédiaire ou la GRH mise en scène » . *Revue Management & Avenir* , N° 21, pp. 196-206.
- DIMAGGIO, P.-J., & POWELL, W.-W. (1983). "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields". *American Sociological Review*, pp. 147-160.
- DJELLAL, F., C., G., & GALLOUG, F. (2004, janvier-mars). "De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et noeud de réseaux. Les différentes facettes de l'innovation hospitalière". *Revue Française des Affaires Sociales*, n°1, pp. 223-248.
- DODIER, N. (1995). "*Les hommes et mes machines : la conscience collective dans les sociétés technicisées*". Paris: Editions Métailié.
- DOMINGUEZ-PÉRY, C. (2011). "*Valeurs et outils de gestion. De la dynamique d'appropriation au pilotage*". Paris: Hermès Science Publications.
- DOUGHERTY, D. (2002). "Grounded Theory Research Methods. Dans J. (. Baum, *Companion ti Organizations* (pp. 849-866). Oxford : Blackwell.
- DREVEYTON, B. (2011). Construire un outil de contrôle au sein des organisations publiques : une opportunité au développement d'un nouveau mode d'action. "*Management International*", Vol. 15, N° 4, pp. 11-24.
- DUMAS, M., & RUIILLER, C. (2011). "Quelles compétences pour le cadre de santé de demain. Entre prescriptions multi-objectifs et réalité du terrain : un métier à « panser »". *XXII<sup>ème</sup> congrès de l'AGRH*, (p. 19). Maroc.
- DUMEZ, E., MINVIELLE, E., & MARRAUD, L. (Novembre 2015). "*Etat des lieux de l'innovation en santé numérique*".
- DUPUY, J.-P. (1992). "*Introduction aux sciences sociales : logique des phénomènes collectifs*". Paris: Ellipses.
- DURIEUX, P. (1998). "*Evaluation, qualité et sécurité dans le domaine de la santé. Guide des principaux termes*". Paris: Médecine-Science, Flammarion.
- DURKHEIM, E. ((1893) 1998). "*De la division du travail social*". Paris : PUF.
- DURKHEIM, E. (1983). "*Le suicide*". Paris : PUF.

- DUTTON, J., ASHFORD, S., O'NEILL, R., HAYES, E., & WIERBA, E. (1997). "Reading the Wind: How Middle Managers Assess the Context for Selling Issues to Top Managers". *Strategic Management Journal*, 18:5, pp. 407-423.
- DYER, W., & WILKINS, A. (1991). "Better Stories, Not Better Constructs, to Generate Better Theory : A Rejoinder to Eisenhardt". *The Academy of Management Review*, Vol. 16, N° 3, pp. 613-619.
- EGGRICLX, A. (2012/4). "Réflexion critique sur l'adoption d'outils de gestion par mimétisme : le cas de la LOLF". *Management et Avenir*, n°54, pp. 61-82.
- EI GAIED, M. (2010). "La transplantation managériale de l'hôpital. Démarches qualité à l'hôpital, changements symboliques des mentalités et nouveaux rapports au travail". Sarrebruck: Editions universitaires européennes.
- EMERY, F., & TRIST, E. L. (1960). "Socio-technical systems". Dans C. W. CHURCHMAN, & M. (. VERHULST, *Management Sciences, Models an Techniques* (Vol. Vol. 2, pp. 83-97). Oxford: Pergamon Press.
- ENGEL, F., KLETZ, F., & MOISDON, J.-C. (1997). « L'instrument multiprise ou les « métamorphoses des ICR » », dans Du mode d'existence des outils de gestion, Ouvrage collectif sous la direction de Jean-Claude Moisdon. pp. 114-133.
- ENGESTRÖM, Y. (1996). "Developpement as Breaking away and Opening up : a Challenge to Vygotski and Piaget". *Swiss Journal of Psychology*, N°55, pp. 126-132.
- ENGESTRÖM, Y. (2001). "Expansive Learning at Work : Toward an Activity Theoretical Reconceptualization". *Journal of Education and Work*, Vol. 14, N°1, pp. 133-156.
- ENGESTROM, Y. (2000). « Activity theory as a framework for analyzing and redesigning work ». (Ergonomics, Éd.) Vol.43, N°7, pp. 960-974.
- ERLINGSDDOTTIR, G., & LINDBERG, K. (2005). "Isomorphism, Isopraxism, and Isonymism : Complémentary or Competing Processes ?". Dans S. B. & E. S. (dir.), *Global ideas. How Ideas, Objects and Practices Travel in the Global Economy*, Malmö/Koegel/Herndon/Abingdon. Liber & Copenhagen Business School Press.
- FARIDAHET, D., & al. (2004). "De l'hôpital-Fonction de production à l'hôpital service complexe et noeud de réseaux, les différentes facettes de l'innovation hospitalière". *Revue française des affaires sociales*, 1/N°1, pp. 223-248.
- FAYOL, H. (1999). "L'administration industrielle et générale". Dunod (2ème édition).
- FERONI, I., & KOBER-SMITH, A. (2005). « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne ». *Revue française de sociologie*, Vol 46/3, pp. 469-494.
- FINCHAM, R. (2002). "Narratives or success and failure in systems developpement". *British journal of Management*, N° 13, pp. 1-14.
- FISHER, s., & HOWELL, A. (2004). "Beyond user acceptance : An examination of employee reactions to information technology systems". *Ressource Management*, Vol. 43, N° 2-3, pp. 243-258.
- FLICHY, P. (2003). "L'innovation technique : récents développements en sciences sociales. Vers une nouvelle théorie de l'innovation ". La Découverte.
- FLOYD, S., & WOOLDRIDGE, B. (2000). "Building strategy from the middle :Reconceptualizing strategy process". London: Sage.
- FRAENKEL, B. (1995). "La traçabilité. Une fonction caractéristique des écrits de travail". *Connexions*, N°65, pp. 63-75.

- FRAISSE, S., ROBELET, M., & VINOT, D. (2003). « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles ». *Revue française de gestion*, Vol. 5, N° 146, 155-166.
- FURUSTEN, S. (2000). "The knowledge base of standards" . Dans N. e. BRUNSSON, *A World of Standards* (pp. 71-84). Oxford : Oxford University Press.
- GAGLIO, A. (2003). "Enterprise resource planning systems and accountants : towards hybridization ?". *European Accounting Review*, Vol. 12, N°1, pp. 123-153.
- GAUTIER, A. (2012). "Théorisation d'une pratique de retour d'expérience organisationnel, comment éclairer le sens de l'action dans les comportements en situation?". *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, Vol. 8, pp. 193-221.
- GAVARD-PERRET, M.-L., GOTTELAND, D., HAON, C., & JOLIBERT, A. (2012). "Méthodologie de la recherche en sciences de gestion, réussir son mémoire ou sa thèse". Villatuerta: Pearson (2ème édition).
- GEERTZ, C. (1983). "Local Knowledge". New York : Basic Books.
- GIDDENS, A. (1976). "New Rules of Sociological Method. A Positive Critique of Interpretative Sociologies". Londres: Hutchinson.
- GIDDENS, A. (1979). "Central problems in Social Theory. Action, Structure and Contradiction in Social Analysis". Londres: Macmillan.
- GIDDENS, A. (1981). "Agency, institution, and time-space analysis". Dans K. CETINA, & A. (. CICOUREL, "Advances in Social Theory and Methodology. Boston : Routledge.
- GIDDENS, A. (1984). "The constitution of Society". Cambridge : Polity Press.
- GIDDENS, A. (1987). "Social Theory and Modern Sociology". Cambridge : Polity Press.
- GIDDENS, A. (1990). "Structuration theory and sociological analysis". Dans J. Clark, C. Modgil, & S. Mofgil, "Consensus and Controversy : Anthony Giddens" (pp. 297-315). Londres : The Falmer Press.
- GIDDENS, A. (1993). "The impact of structuration theory on the study of organizations". Dans L. Louise, *Administrative Sciences Association of Canada* (pp. 1409-1418).
- GIDDENS, A. (1994). "Les conséquences de la modernité". Paris : L'Harmattan .
- GIDDENS, A. (2012). "La constitution de la société : éléments de la théorie de la structuration" (éd. 2ème édition "Quadrige"). (M. Audet, Trad.) PUF.
- GIDDENS, A., & PIERSON, C. (1998). "Conversations with Anthony Giddens. Making Senses of Modernity". Cambridge : Polity Press.
- GILBERT, C. (2001). « Retour d'expérience : théorie et pratique. Le rapport de la Commission d'Enquête britannique sur l'Encéphalopathie Spongiforme Bovine (ESB) au Royaume- Uni entre 1986 et 1996 ». *Cahiers du GIS Risques Collectifs et Situations de Crise*, N°1.
- GILBERT, P. (1998). "L'instrumentation de gestion : la technologie de gestion science humaine ?". *Economica*.
- GILORMINI, P. (2009). « L'identité narrative du manager socialement responsable : Les apports de la sociologie d'Anthony Giddens » . *Revue de l'organisation responsable*, Vol. 4, pp. 31-42.
- GIOIA, D. (1986). "Symbols, scripts, and sensemaking: creating meaning in the organizational experience.". Dans H. & Sims, *The thinking organization*. (pp. 49-74). San Francisco, CA : Jossey-Bass Publishers.

- GIRIN, J. (1983). "Les situations de gestion de gestion". Dans M. BERRY, "Le rôle des outils de gestion dans l'évolution des systèmes sociaux complexes, sous la direction de M. BERRY, C.R.G-École polytechnique, 1983, rapport pour le Ministère de la recherche et de la technologie.". Paris : Economica.
- GIRIN, J. (1989). "L'opportunisme méthodique dans les recherches sur la gestion des organisations". *Journée d'étude la recherche-action en action et en question*. Paris: AFCET, Collège Systémique, Ecole Centrale Paris.
- GIRIN, J. (1990). "L'analyse empirique des situations de gestion: éléments de théorie et de méthode.". Dans P. d. al., *Épistémologies et sciences de gestion* (pp. 141-182). Economica.
- GLASER, B., & STRAUSS, A. (1967). "The discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research". Chicago: IL : Aldine.
- GLASERSFELD, E. v. (2001). "The radical constructivist view of science" . *Foundations of Science, special issue on Impact of Radical Constructivism on Science, 6/1-3*, pp. 31-43.
- GLOUBERMAN, S., & MINTZBERG, H. (2001, Winter). « Managing the care of health and the cure of disease » . *Health Care Management Review* , Vol. 26, N°1 , pp. 70-84.
- GODE, C. (2011, Janv-Fév). « Construire le sens par le retour d'expérience : le cas de l'Equipe de Voltige de l'Armée de l'air ». *management & Avenir*, Vol. 1, N°41, pp. 416-434.
- GODENER, A., & FORNERINO, M. (2005). "Pour une meilleure participation des managers au contrôle de gestion". *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 11, Vol .1, 121-140.
- GOGUE, J.-M. (2006). "Qualité totale, et plus encore : le management de la qualité en question" . Paris : L'Harmattan.
- GOGUEY, M. (2001). "La gestion des risques à l'hôpital: une nécessité". *Bulletin Juridique de Santé Publique*; Edition TISSOT.
- GRATACAP, A. (2006). "« Organisation éclatée et transversalité : de la nécessaire intégration de la gestion globale des risques au management stratégique »". *Vie & Sciences de l'entreprise*, 3/ N°172, pp. 59-79.
- GREENWOOD, R., OLIVIER, C., SAHLIN, K., & SUDDABY, R. (2008). "Introduction". Dans R. GREENWOOD, C. OLIVIER, K. SAHLIN, & R. (. SUDDABY, "The sage Handbook of Organizational Institutionalism" (pp. 1-46). Londres/Thousand Oaks/New Dehli : Sage publication.
- GREGSON, N. (1989). "On the (ir)relevance of structuration theory to empirical research". Dans D. e. Held, "Social Theory and Moderne Societies. Anthony Giddens and his Critics" (pp. 235-248). Cambridge : Cambridge University Press.
- GRENIER. (2003). « L'organisation créatrice de contrainte paradoxale ». *Revue française de gestion* , 3, N° 144 , pp. 83-103.
- GRENIER, C., & JOSSERAND, E. (1999). "Recherches sur le contenu et recherches sur le processus". Dans R.-A. e. Thiétart, *Méthodes de recherche en management* (pp. 104-136). Paris : Dunod.
- GRIMAND, A. (2006). "Introduction : l'appropriation des outils de gestion, entre rationalité instrumentale et construction du sens". *Publications de l'Université de Saint-Etienne*, pp. 13-27.
- GRIMAND, A. (2006). "L'appropriation des outils de gestion. Vers de nouvelles perspectives théoriques ?". Saint-Etienne : Presses Universitaires de Saint-Etienne.

- GRIMAND, A. (2012/4). « L'appropriation des outils de gestion et ses effets sur les dynamiques organisationnelles : le cas du déploiement d'un référentiel des emplois et des compétences », *Management & Avenir*, N° 54, pp. 237-257.
- GUBA, E., & LINCOLN, Y. (1989). "Fourth Generation Evaluation. Londres : Sage.
- GUILLAUME, O. (2008). "Le sens organisationnel, le cas des démarches qualité". Paris : L'Harmattan.
- GUILMOT, N., & VAS, A. (2012/45). « Les cadres intermédiaires au coeur du sensemaking » Le processus de création de sens en contexte de changement organisationnel. *revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, Vol. 18, pp. 77-99.
- HACKING, I. (1983). "Representing and intervening, Introductory topics in the philosophy of natural science". Cambridge university press.
- HAEFFNER, A.-L. (2002, Février). *Gestion hospitalière*. « Cadres infirmiers et démarche qualité : des managers en mutation », pp. 97-100.
- HAS. (2011, Septembre 26). "Déclaration des événements indésirables". Paris.
- HASSELBLADTH, H., & KALLINOKOS, J. (2000). « The project of rationalization : a critique and reappraisal of neo-institutionalism in organization studies ». *Organization Studies*, vol. 21, N° 4, pp. 697-720.
- HATCHUEL, A. (1994, Juin-Juillet-Août). « Apprentissages collectifs et activités de conception ». *Revue Française de Gestion*, pp. 109-120.
- HATCHUEL, A. (1994b). "Les savoirs de l'intervention en entreprise". *Entreprises et Histoire*, N°7, pp. 59-75.
- HATCHUEL, A. (2000). "Quel horizon pour les sciences de gestion ? Vers une théorie de l'action collective" . Dans H. A. David A., *Les nouvelles fondations des sciences de gestion* . Paris : Vuibert.
- HATCHUEL, A. (2001). "The Two Pillars of New Management Research". *British Journal of Management*, pp. S33-S39.
- HATCHUEL, A. (2005). « Pour une épistémologie de l'action. L'expérience des sciences de gestion », dans TEULIER R. et LORINO P. (Dir.), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*. Paris : La Découverte.
- HATCHUEL, A., & MOISDON, J.-C. (1993). « Modèles et apprentissage organisationnel. » *Cahiers d'Economie et Sociologie Rurales* , 28, pp. 17-32.
- HATCHUEL, A., & MOLET, H. (1986). « Rational Modelling in Understanding Human Decision Making : about two case studies ». *European Journal of Operations Research*, N°24, pp. 178-186.
- HATCHUEL, A., & WEIL, B. (1992). « L'Expert et le Systeme. Gestion des savoirs et métamorphose des acteurs dans l'entreprise industrielle ». Paris : Economica.
- HATCHUEL, A., & WEIL, B. (1995). "Expert in Organizations". Walter de Gruyter.
- HATCHUEL, A., NOBRE, T., DE MORAIS, A.-P., & PALLEZ, F. (1997). "Des autobus bien tempérés. Une nouvelle partition pour les métiers" . Dans J.-C. Moisdon, *Du mode d'existence des outils de gestion* (pp. 192-215). Séli Arslam.
- Haut Conseil de la Santé Publique. (2011). *Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients, principes et préconisations*. Haut Conseil de la Santé Publique, collection Avis et Rapports. Haut Conseil de la Santé Publique.
- Haute Autorité de Santé. (2009, Novembre). "Revue de mortalité et de morbidité (RMM) - Guide méthodologique". 58. Paris, France : HAS.

- Haute Autorité de Santé. (2010). "Analyse de la littérature sur l'impact des démarches de certification des établissements de santé". HAS.
- Haute Autorité de Santé. (2012). "La sécurité des patients, mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé -Des concepts à la pratique". Saint-Denis : HAS.
- Haute Autorité de Santé. (2012, Mars). *Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé*. Consulté le 10 Mai , 2016, sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante)
- HEALY, J., & BRAITHWAITE, J. (2006). "Designing safer health care through responsive regulation.". *Medical Journal of Australia*, Vol.184, N°10, p. S56.
- HERBERT, A. S. (1991 (1ère édition 1969)). "Sciences des systèmes, sciences de l'artificiel". Paris: Dunod-Bordas.
- HERREROS, G. (2007). « L'hôpital à l'épreuve des réformes : Entre institution et organisation » . *Santé et sociétés*, N° 21, pp. 23-36.
- HERREROS, G., & MILLY, B. (2011). "La qualité à l'hôpital, un regard sociologique". Condé-sur-Noireau, France: L'Harmattan.
- HERTZBERG, F. I. (1966). "Work and the nature of man."
- HOFMAN, D., & MARK, B. (2006). "An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes" ;. *Personnel Psychology*, Vol.59, pp. 847-869.
- HOOD, C. (1991). « A public management for all seasons » . *Public Administration*, Vol. 69, N°1 , pp. 3-19.
- HOOD, C. (1995). "The "New Public Management" in the 1980s: variations on a theme". *Accounting Organizations and Society*, XX N°2/3, pp. 93-109.
- HUSSER, J. (2010). « La théorie de la structuration : quel éclairage pour le contrôle des organisations ? » . *Vie & sciences de l'entreprise*, N°183-184, pp. 33-55.
- HUSSER, J. (2011). « Le pilotage des équipes hospitalières par le management quotidien d'articulation ». *Vie & Sciences de l'entreprise*, Vol. 3, N° 189, pp. 23-45.
- HUSSON, J. (2009). "L'hôpital en quête de performance: perspectives méthodologiques pour un nouveau risk-management hospitalier". *Gestion 2000*, Vol. 26, N°5, p. 21.
- ISAAC, H. (1998). "Les normes qualité dans les services professionnels : une lecture des pratiques à travers la théorie des conventions". *Finance-Contrôle-Stratégie*, Vol. 1, N°2, pp. 89-112.
- IVES, B., & OLSON, M. (1984). "User Involvement and MIS Success : A review of Research". *Management Science* , 30 (5) , pp. 583-603.
- JOAS, H. (1992). "La créativité de l'agir". (L. Cerf, Éd.)
- JODELET, D. (1997). "Représentations sociales : un domaine en expansion" . Dans D. Jodelet, *Les représentations sociales* (pp. 31-62). Paris : Presses Universitaires de France.
- JOHANET, G. (1995). "Santé,dépenser sans compter, des pensées sans conter". Paris: Santé de France.
- JONES, T., & DUGDALE, D. (2002). "The ABC Bandwagon and the juggernaut of modernity". *Accounting , Organizations and Society*, Vol. 21, N° 1-2, pp. 121-163.
- JUSTIN, J. (2005, Juin). " De l'influence des outils de gestion sur le comportement des acteurs". *Revue « Echanges », la Revue de l'Association des Directeurs Financiers et de Contrôle de gestion*, pp. 12-13.

- KAHNEMAN, D., & TVERSKY, A. (1979). "Prospect theory: an analysis of decision under risk". *Econometrica*, N°4, pp. 263-291.
- KARASEK, R.-A., & THEORELL, T. (s.d.). "Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life". New York : Basic Book.
- KASPERSEN, L. (1995). "Anthony Giddens : Introduction til en Samfundstoeretiker". Copenhagen: Hans Reitzels Forlag A/S.
- KERVERN, G. (1986, avril 18). "Les modes qui tuent". *La Tribune de l'Expansion*.
- KETS DE VRIES, M., & MILLER, D. (1985). "L'entreprise névrosée ". Paris : Mac Graw Hill Traduction française.
- KIM, D. (1993, Fall). "The link between individual learning and organizational learning". *loan Management review*, Vol. 35, N° 1, pp. 37-50.
- KIMBERLY, J., & MINVIELLE, E. (1991, Avril-juin). "L'analyse de la qualité des soins et de l'utilisation des ressources à l'hôpital". *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, pp. 79-94.
- KLEIN, S., & CHANET, P. (2013, Février). L'épidémiologie. *ADEL*, pp. 44-98.
- KNIGHT, F. (1964). "Risk, Uncertainty and profit". New-York : Kelley.
- KOENIG, G. (1993, Novembre). "Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles". *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, N°9, pp. 4-17.
- KOENIG, G. (1996). "Karl E. Weick". *Revue Française de Gestion* , N°108 , pp. 57-70.
- KOSTOVA, T., & ROTH, K. (2002). « Adoption of an organizational practice by subsidiaries of multinational corporations : institutional and relational effects ». *Academy of Management Journal*, Vol.45 N°1, pp. 215-233.
- LACOSTE, M. (2000, mai-octobre ). "L'espace du langage, de l'accomplissement du travail à son organisation". *Sciences de la société* , N° 50-51 , pp. 197-215.
- LACROIX, J.-G., MIEGE, B., MOEGLIN, P., & TREMBALY, G. (1983). « La convergence des telecommunications et de l'audiovisuel : un renouvellement de perspectives ». *Technologies de l'infomation et société* , Vol 5, N°1 , pp. 81-106.
- LAEPE, L. (2002). "Reporting of adverse events". *The New England Journal of Medecine*, 347(20), pp. 1633-8.
- LAKATOS, I. (1994). "Histoire et méthodologie des sciences : Programmes de recherche et reconstruction rationnelle". (T. d.-F. Giard, Trad.) Paris : PUF.
- LAM, A. (2000). "Tacit Knowledge, Organizational Learning an Societal Institutions : an Integrate Framework". *Organization Studies*, Vol. 23, N°3, pp. 487-513.
- LANGLEY, A. (1989). "In search of rationality : The purposes behind the use of formal analysis in organizations". *Administrative Science Quaterly*, N°34, pp. 598-631.
- LANGLEY, A. (1999). "Strategies for Theorizing from Process Data". *Academy of Management Review*, Vol. 24, N°4, pp. 691-170.
- LARAMEE, A. (2010). "La communication dans les organisations : une introduction théorique et pragmatique". Québec : Presses de l'Université du Québec, 2e éd.
- LAROCHE, H., & NIOCHE, J.-P. (1994, Juin-Juillet-Août ). "L'approche cognitive de la stratégie d'entreprise." *Revue Française de Gestion*, N°99, pp. 64-78.
- LATOURET, B. (1989). "La science en action". Paris : La Découverte.
- LATOURET, B. (1994). "une sociologie sans objet ? Remarques sur l'interobjectivité". *Sociologie du travail*, Vol. 36, N°4, pp. 587-607.
- LATOURET, B. (2006). "Petites leçons de sociologie des sciences". Paris : La Découverte.

- LAUFER, R. (2008). « Les institutions du management : légitimité, organisation et nouvelle rhétorique » in A. DAVID, A. HATCHUEL et R. LAUFER (Eds.). (V. 2. édition, Éd.) pp. 45-81.
- LAVANT, Y., & DE LA VILLARMOIS, O. (2001/2 ). "Origine et développement d'une méthode de calcul des coûts : la méthode des unités de valeur ajoutée (UVA)". *Comptabilité - Contrôle - Audit*, Tome 7, p. 45 à 66.
- LAWRENCE, P.-R., & LORSCH, J.-W. (1973). "Adapter les structures de l'entreprise". Paris: Éditions d'Organisation.
- LAZAR, J. (1992). "La compétence des acteurs dans la "théorie de la structuration" de Giddens". *Cahiers internationaux de sociologie*, Vol. XCIII, pp. 399-416.
- LE BRETON, D. (2012). "La sociologie du risque". Paris: PUF - Que sais-je ?.
- LE GOFF, J.-P. (1992). « Le Mythe de l'entreprise. Critique de l'idéologie managériale ». Paris: La Découverte.
- LE MOIGNE, J. (1995). "Les Epistémologies Constructivistes". PUF, coll. - Que sais-je ?.
- LE MOIGNE, J. (2000). Préface. Dans I. d. Quatuor, Avenir, M.J. (pp. 7-15).Paris : L'Harmattan.
- LE MOIGNE, J. (2001). "Le Constructivisme, Tome 1: Les Enracinements". Paris : L'Harmattan.
- LECLET, H., & VILCOT, C. (2007). "Qualité en santé, 150 questions pour agir". Saint-Juste-La-Pendue, 42540, France: AFNOR.
- LEFEVRE, P. (2002). « Théories et stratégies du management ». *les cahiers de l'actif*, N° 314-317, pp. 27-38.
- LEJEUNE, A., & HARVEY, P. (2007, Septembre-octobre). "L'analyse des systèmes d'activité, l'apprentissage extensif et le codesign en communauté : une approche alternative à la réingénierie du système de santé au Québec". *Gestion 2000*, pp. 143-159.
- LENAY, O., & MOISDON, J.-C. (2003). "Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité, trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier". *Revue française de gestion*, 5/N°146, pp. 131-141.
- LEONARD-BARTON, D. (1988). "Implementation as Mutual Adaptation of Technology and Organization ". *Research Policy*, N°17, pp. 251-267.
- LEROI-GOURHAN, A. (1964). "Le geste et la parole - Technique et langage" (Vol. Vol. 1). Paris: Albin Michel.
- LETEURTRE, H., PATRELLE, I., QUARANTA, J.-F., & RONZIERE, N. (1999). "La qualité hospitalière". Berger-Levrault.
- LEVANT, Y., & DE LA VILLARMOIS, O. (2001). "Origine et développement d'une méthode de calcul des coûts: la méthode des unités de valeur ajoutée (UVA)". *Comptabilité-Contrôle-Audit*, N°2, pp. 45-66.
- LEWIN, K. (1951). "Field Theory in Social Science". Harper and Row.
- LEWIN, K. (1997). "Action research and minority problems, in Kurt Lewin". *Resolving social conflicts: Field theory in social science*, pp. 143-152.
- LIKERT, R. (1932). "A technique for the measurement of attitudes". *Archives of Psychology*, 140, pp. 5-53.
- LIN, A., & CONFORD, T. (2000). "Sociotechnical Perspectives on Emergence Phenomena" in Coakes, D. Willis et R. Lloyd-Jones. pp. 51-59.
- LIVIAN, Y. (1996). "L'évolution du rôle de l'encadrement intermédiaire en Europe. Quelques réflexions à partir d'une étude sur cinq pays.". Dans CEREQ, *L'avenir des catégories*

- intermédiaire d'encadrement : journées d'études du CEREQ et du réseau des centres associés* (pp. 209-219).
- LIVIAN, Y.-F., & BARET, C. (2002). « Pour une meilleure prise en compte de l'inscription institutionnelle de la Gestion des Ressources Humaines : quelques propositions », Dans H. I, *La construction sociale de l'entreprise autour des travaux de Mark Granovetter* (pp. 289-311). Paris: Editions EMS Management et Société.
- LOBNA, A. (2012). « La greffe des outils de gestion dans les hôpitaux publics tunisiens », *Management & Avenir, IV(N°54)*, pp. 107-125.
- LORINO, P. (2002). "Vers une théorie pragmatique et sémiotique des outils appliquée aux instruments de gestion ". Document de recherche, Essec Research Center.
- LORINO, P. (2005). «Théorie des organisations, sens et action : le cheminement historique, du rationalisme à la genèse instrumentale des organisations » Dans : *Entre connaissance et organisation : l'activité collective. . Colloque de Cerisy. La Découverte.*
- LORINO, P. (2007). « Un défi pour les sciences de gestion : le tournant paradigmatique du modèle de la décision au modèle de l'action collective ». Dans A. C. Martinet, *Sciences du management : épistémique, pragmatique et éthique* (pp. 69-83). Paris: Vuibert Coll. Fnege.
- LOZEAU, D. (s.d.). «Des rituels et des hommes : la gestion de la qualité en milieu hospitalier au Québec». *Administration publique du Canada , 42 (4)*, pp. 542-565.
- LOZEAU, D. (1996). «L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité : résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec» . *Ruptures, 3 (2)*, pp. 187-208.
- LOZEAU, D. (2004). "la démarche qualité : de l'enlisement d'une technique à l'enracinement d'un archétype". *13ème conférence de l'AIMS. La vallée de la Seine.*
- LUKÀCS, G. (1960). "*Histoire et conscience de classe*". Paris: Minit.
- MAC GREGOR, D. (1960). "*La dimension humaine de l'entreprise*". Edition Française.
- MARCH, J. (1994). "*A Primer on Decision Making*". New York: Free Press.
- MARTIN, D. P., & C., P. (2007). « Outils de gestion et pilotage dynamique de l'action collective », *Finance Contrôle Stratégie , Vol 10, N° 3* , pp. 75-110.
- MARTINEAU, R. (2008). « Les outils de gestion, lieu de rencontre entre théorie et pratique : une revue de littérature ». *Congrès des IAE* (pp. 1-12). Lille : Réseau des IAE.
- MARTINEAU, R. (2012/4). « Les usages-types d'un outil de gestion des risques à l'hôpital ». *Management & Avenir, N°54*, pp. 215-236.
- MARTINET, A. (2007). "*Sciences du management : épistémique, pragmatique et éthique*". Paris: Vuibert.
- MASLOW, A. (1958). "*A Dynamic Theory of Human Motivation.*"
- MATHEU, M. (1986, Mars). "Quelle familiarité distante. Quel regard poser sur la gestion dans notre société?". *Annales des mines. Gérer et comprendre*, pp. 82-94.
- MAUREL, D. (2012, Décembre 1). « *Sense-making : un modèle de construction de la réalité et d'appréhension de l'information par les individus et les groupes* ». Consulté le 25 Novembre, 2013, sur *Études de communication 35/2010*: <http://edc.revues.org/index2306.html>
- MAYO, E. (1933). "*The Human Problems of an Industrial Civilization, New York*". Macmillan.

- MAZARS, A. (2000). "Le processus d'adoption de nouveaux outils de gestion : quels facteurs de succès ? Etude exploratoire. IXième Conférence internationale de management stratégique "perspectives en management stratégique" (p. 21). Montpellier : AIMS.
- MAZOUZ, B., SPONEN, S., & ROUSSEAU, A. (2015). « Le gestionnaire public en question. La difficile conciliation des logiques bureaucratique et managériale ». *Revue française de gestion*, 5, N° 250, pp. 89-104.
- McGRATH, K. (2002). "The golden circle : a way of arguing and acting about technology in the London Ambulance Service". *European Journal of Information Systems*, Vol. 11, N°4, p. p.251.
- MERRIEN, F.-X. (1999, printemps). « La Nouvelle Gestion Publique : un concept mythique » . *Revue Lien social et Politiques* , N°41 , pp. 95-103.
- MESTROVIC, S. (1998). "Anthony Giddens. *The last modernist*". Londres/New York: Routledge.
- MEYER, J.-W., & ROWAN, B. (1977). "Institutionalized organizations: Formal structures as myth and ceremony". *American Journal of Sociology*, pp. 340-363.
- MICHEL, P., QUENON, J. L., DJIHOUD, A., & BRU-SONNET, R. (2009). "Les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers: fréquence et analyse approfondie des causes." (Vol. N°24). (D. s.-s. patient, Éd.) DREES.
- MILES, M., & HUBERMAN, A. (1991). "Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes". De Boeck Université.
- MILLER, D. (1996). "A Preliminary Typology of Organizational Learning : Synthesizing the Literature". *Journal of Management* , Vol. 22, n°3 , pp. 485-505.
- MILLER, G. (1956). "The Magical Number Seven, Plus or Minus Two : Some Limits on our Capacity for Processing Information". *Psychological Review*, 63/2, pp. 81-97.
- MILLER, K.-D. (1992). "A framework for integrated risk management in international business". *Journal of International Business Studies*, Vol. 23, N°2, pp. 311-331.
- MILLER, P., & T, O. (2007). « Mediating instruments and making markets: Capital budgeting, science and the economy ». *Accounting, Organizations and Society*, vol. 32, N° 7-8, pp. 701-734.
- MINTZBERG, H. (1982). "Structure et dynamique des organisations" (Chap. 19). Paris Montréal: Editions d'organisation.
- MINVIELLE, E. (2003). " De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé.". *Revue française de gestion*., N°5, 167-189.
- MINVIELLE, E., & CONTANDRIOPOULOS, A.-P. (2004). "La conduite du changement, quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ?". *Revue française de gestion*, 3/n°150, pp. 29-53.
- MOISDON, J. (2012). "Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation ". *Droit et Société* , Vol. 1, N°80, pp. 91-115.
- MOISDON, J.-C. (1997). "Du mode d'existence des outils de gestion ". Séli-Arslan.
- MOISDON, J.-C. (2005). « Comment apprend-on par les outils de gestion ? Retour sur une doctrine d'usage », dans TEULIER R. et LORINO P. (Dir.), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective* . Paris: La Découverte .
- MOREL, C. (2014). "Les décisions absurdes : Sociologie des erreurs radicales et persistantes". Barcelone: Folio.
- MOREL, C. (2014). "Les décisions absurdes II: Comment les éviter". Malesherbes: Folio.
- MOSCOVICI, S. (1979). *Psychologie des minorités actives* . Paris: PUF.

- MOSCOVOCI, S. (1997). "Des représentations collectives aux représentations sociales" . Dans D. Jodelet, *Les représentations sociales* (pp. 62-86). P.U.F.
- MOTET, G. (2010). « Le concept de risque et son évolution ». *Annales des Mines - Responsabilité et environnement, Vol.1, N°57*, pp. 32-37.
- MOYNIHAN, D.-P., FERNANDEZ, S., KIM, S., LEROUX, K.-M., PIOTROWSKI, S.-J., WRIGHT, B.-E., & YANG, K. (2001, janvier). "Performance regimes amidst governance complexity ". *Journal of public administration research and theory, Vol. 21, No suppl.*, pp. 141-155.
- MUNIESA, F., & CALLON, M. (2009). "La performativité des sciences économiques". Dans P. E. STEINER, *"traité de sociologie économique"* (pp. 289-324). Paris: PUF.
- MUSCA, G. (2006). "Une stratégie de rcherche processuelle : l'étude longitudinale de cas enchâssés". *M@n@gement, Vol. 9, N°3*, pp. 153-176.
- NANCY, C. (s.d.). *Organigrammes des directions*. Consulté le Juillet 20, 2015, sur CHU Nancy: [www.chu-nancy.f](http://www.chu-nancy.f)
- NARO, G. (1998/2). "Dimension humaine du contrôle de gestion". *Comptabilité-Contrôle-Audit , Tome 4*, pp. 45-69.
- NARO, G. (2010). *"Perspectives critiques en comptabilité: le "Nouveau Management Public" en question(s)*. (E. H. Publications, Éd.) Paris.
- NEUVILLE, J. (1996, mars-avril-mai ). "La qualité en question". *Revue Française de Gestion , N°108*, pp. 37-48.
- NIZARD, G. (1999). *"Les métamorphoses de l'entreprise : pour une pédagogie du management"*. Paris : Economica.
- NIZET, J. (2007). *"La sociologie de Anthony Giddens"*. Lassay-les-Châteaux: La découverte, Collection Repères.
- NOBRE, T., & BIRON, N. (2002). « L'ABC à l'hopital : le cas de la chirurgie infantile » . *Finance Contrôle Stratégie, Vol. 5, 2* , pp. 85-105.
- O'BRIEN, M., PENNA, S., & HAY, C. (1999). *"Theorizing Modernity : Reflexivity, Environment and Identity in Giddens' Social Theory"*. New York : Longman.
- OCCELLI, P. (2011). *"La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique"*. HAS.
- OIRY, E. (2011). « Usages imprévus et dynamique des outils de gestion. Réflexions à partir du cas d'un instrument de gestion des compétences ». *Management international , Vol. 15 N°2*, pp. 11-22.
- OIRY, E. (2012/4). « La conception des instrumentations de gestion RH : l'apport du concept de rapport de prescription » . *@GRH, N°5*, pp. 11-44.
- ORLIKOWSKI, W. (1992). "The Duality of Technology : Rethinking the Concept of Technology in Organizations". *Organization Science, Vol. 3, N°3*, pp. 398-427.
- ORLIKOWSKI, W. (2000). « Using technology and constituting structures: a practice lens for studying technology in organizations » . *Organization Science , Vol. 11, N°4*, pp. 404-428.
- ORLIKOWSKI, W., & SCOTT, S. (2008). "Sociomateriality: Challenging the separation of technology, work and organization ". *Academy of Management Annals, 2 (1)*, pp. 433-474.
- OSBORNE, D., & GAEBLER, T. (1993). *"Reinventing Government : How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector"*. New York : Penguin.
- PAGE, B. (1976). "The theory of political ambiguity". *American Political Science Review, vol. 70, n° 3* , pp. 742-52 .

- PAILLE, P., & MUCCHIELLI, A. (2003). "L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales". Paris: Armand Colin.
- PARIS, T. (2010). "Manager la créativité – Innover en s'inspirant de Pixar, Ducasse, les Ateliers Jean Nouvel, Hermès". PearsonVillage Mondial.
- PARKER, C. (2002). "The open corporation: effective self-regulation and democracy.". Cambridge University Press.
- PAZET, A., & PEZET, E. (s.d.). "La société managériale. Essai sur les nanotechnologies de l'économie et du social". Paris : La ville brûle.
- PEDON, A. (1996). "Changement technologique et apprentissage organisationnel : une synthèse de la littérature". Cahier de Recherche du ERESTRATE
- PEREIRA, R. (2002). "An adopter-centered approach to understanding adoption of innovations". *European journal of Innovation Management*, Vol. 5, N° 1, pp. 40-49.
- PERETTI-WATEL, P. (s.d.). "La société du risque". Paris : La Découverte.
- PERRIAULT, J. (1989). "La Logique de l'usage : essai sur les machines à communiquer". Paris : Flammarion.
- PERROW, C. (1984). "Normal accidents" . New Jersey: Princeton University Press.
- PESQUEUX, Y. (2003). "Le concept de risque au magasin des curiosités". Dans *Identification et maîtrise des risques: enjeux pour l'audit, la comptabilité et le contrôle de gestion* (pp. pp. CD-Rom). Belgique.
- PESQUEUX, Y. (2007). "Gouvernance et privatisation ". Paris: 1ère Ed. 2007 Avril, Presses Universitaires de France.
- PESQUEUX, Y. (2012). « La gestion du risque : une question d'expert ? ». *Prospective et stratégie*, 1/N°2-3, pp. 243-265.
- PETTIGREW, A. (1979). « On studying organizational cultures ». *Administrative Science Quarterly*, XXIV, pp. 570-581.
- PETTIGREW, A. (1990). "Longitudinal field research on change : theory and practice". *Organization Science*, Vol.1, N°3, pp. 267-292.
- PETTIGREW, A., WOODMAN, R., & CAMERON, K. (2001). "Studying Organizational Change and Development : Challenges for Future Research". *Academy of Management Journal*, Vol. 44, N°4, pp. 697-713.
- PEZET, E., & PEZET, A. (2010). "La société managériale: essai sur les nanotechnologies de l'économie et du social". Paris: Dauphine University.
- PFEIFFER, Y., MANSER, T., & WEHNER, T. (2010). "Conceptualising barriers to incident reporting : a psychological framework". *Qual Saf Health Care*, 19(6):60p .
- PHELPS, C. (1995). "Les fondements de l'économie de la santé". Paris: Publi Union.
- PIAGET, J. (1959). « Apprentissage et connaissance » . Dans J. P. P. Greco, *Apprentissage et connaissance, études épistémologiques génétiques* . PUF.
- PIAGET, J. (1967). "Biologie et connaissance : essai sur les relations entre les régulations organiques et les processus cognitifs ". (Gallimard, Éd.)
- PIAGET, J. (1975). "L'équilibration des structures cognitives : problème central du développement ". Paris: Presses Universitaires de France.
- PICHAULT, F., & NIZET, J. (2000). "Les pratiques de gestion des ressources humaines : approches contingente et politique". Paris: Seuil "Point-essais Sciences humaines".
- PIDGEON, N.-F. (1991). "Safety culture and risk management in organizations". *Journal of Cross-Cultural Psychology*, Vol. 22, N° 1, pp. 129-140.

- PIERRU, F. (2012). "Planifier la santé, une illusion technocratique ?". *Les tribunes de la santé*, 4/N°37, pp. 83-94.
- PIOVESAN, D. (2003). *Les restructurations des cliniques privées : adaptations, évolution ou métamorphose ?* Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion. Lyon : Université Jean Moulin LYON 3, IFROSS.
- PIPERINI, M.-C. (2006). "Psychodynamiques de la démarche qualité à l'hôpital". *Connexions*, 1/N°85, pp. 153-165.
- PLANE, J. (2004). "Recherche-Intervention et innovation managériales". Dans P. R. Wacheux, *Management des ressources humaines. Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*. (pp. 143-157). De Boeck.
- PLANE, J. (2004). "Recherche-Intervention et innovation managériales". D. Dans P. R. Wacheux, "Management des ressources humaines. Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales." (pp. 143-157)). De Boeck.
- PLANE, J. (2012). *"Théorie et management des organisations"*. DUNOD, 3ème édition.
- POUPART, J., DESLAURIERS, J.-P., GROULX, L.-H., LAPERRIERE, A., MAYER, R., & PIRES, A. .. (1997). *"La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques"* . Montréal: Editions Gaëtan Morin.
- POWER, M. (1996). «Making things auditable ». *Accounting, Organizations and Society*, vol 21, N°2/3, pp. 289-315.
- PRESTON, A., COOPER, D., & COOMBS, R. (1992). "Fabricating budgets : a study of the production of management budgeting in the national health service". *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 17, N°6, pp. 561-593.
- PROULX, S. (s.d.). « Usages des technologies d'information et de communication : reconsidérer le champ d'étude ? » . *SFSIC, Emergences et continuité dans les recherches en information et communication* , pp. 57-66.
- PROULX, S. (2001). « Les formes d'appropriation d'une culture numérique comme enjeu d'une société du savoir » . *Actes du colloque COREVI, Gouvernance et usages d'internet : vers un nouvel environnement normatif* . Montréal.
- PUPION, P.-C. (2012). *"Statistiques pour la gestion - 3e édition : Applications avec Excel, SPSS, AMOS et SmartPLS"*. Paris : DUNOD.
- QUARANTA, J.-F.(2004/03). "Méthodologie de la gestion des risques en établissement de santé, les limites du concept". *Risques & qualité en milieu de soins*, 1(1), pp. 39-44.
- RABARDEL, P. (1995). *"Les hommes et les technologies. Approche cognitive des instruments contemporains"*. Paris: Armand Colin.
- RABARDEL, P. (2005). "Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir". Dans R. e. TEULIER, *"Entre connaissance et organisation : l'activité collective"* (p. 328). Paris: La découverte.
- RABARDEL, P. (2005). « Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir » dans TEULIER R. et LORINO P. (Dir.), *"Entre connaissance et organisation : l'activité collective"*. 251-265.
- RABINOW, P. (1988). *"Un ethnologue au Maroc. Réflexions sur une enquête de terrain"*. (H. p. française, Éd.) Paris : Hachette.
- REASON, J. (1993). *"L'erreur Humaine"*. Paris: PUF.
- REASON, J. (2000, Mars 18). "Human error: models and management". *BMJ*, Vol. 320, N° 7237, pp. 768-770.

- REDMAN, T., MATHEWS, B., WILKINSON, A., & SNAPE, E. (1995). Quality Management in Services : Is the Public Sector Keeping Pace ? ». *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 8, N° 7, pp. 21-34.
- REVERDY, T., & VINCK, D. (26 mars 2003). "La démarche qualité à l'hôpital, une rationalisation négociée de l'organisation". *Journée d'étude du Grepsyt Rhône Alpes*. Grenoble.
- REYNAUD, J. (1997). "Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale". Paris : Armand Colin.
- REYNAUD, J.-D. (1988). « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome ». *Revue française de gestion*, Vol. 29, pp. 5-18.
- REYNAUD, J.-D. (1989). "Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale." Paris : A. Colin (collection U-Sociologie).
- REYNAUD, J.-D. (1995). "Le conflit, la négociation et la règle". Paris : Octares édition.
- RICE, R., & ROGERS, E. M. (1980, June). "Reinventing in the Innovation Process ". *Creation, Diffusion, Utilization* , 1(4), pp. 499-514.
- RIVELINE, C. (1991). "Un point de vue d'ingénieur sur la gestion des organisations." *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, pp. 50-62.
- ROCHER, S. (2008/1). « De l'implantation à l'appropriation d'un outil de gestion comptable dans le secteur public local : une approche interactionniste ». *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 14, pp. 49-67.
- ROETHLISBERGER, F. J., & DICKSON, W. D. (1939). "Management and the Worker ". Harvard University Press .
- ROGERS, E. (1995). "Diffusion of innovation". 4 Ed., The Free Press.
- ROJOT, J. (1998, Mai-Juin). « La théorie de la structuration ». *Revue de gestion des ressources humaines* , N°26-27, pp. 44-60.
- ROJOT, J. (2012). "La théorie de la structuration". Dans O. Germain, "Les grands inspirateurs de la théorie des organisations" (Vol. Tome 1). Editions EMS.
- ROLLAND, S. (2009). « Un bilan de 20 ans de certification des systèmes de management de la qualité » : les apports perçus de la certification ISO 9000 par les managers ». *management & Avenir*, 9 n°29, pp. 31-51.
- ROULEAU, L., & BALOGUN, J. (2011). "Middle managers, strategic sensemaking, and discursive competence". *Journal of Management Studies* , 48:5, pp. 953-983.
- ROUSSEAU, A., & WARNOTTE, G. (1994, Décembre). "La responsabilisation des cadres face à la Qualité Totale : un construit social ?". *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, N°37 , p. 37.
- ROUSSEL, E. (2010, Août). "Cadre de santé, quelles évolutions de la fonction et des compétences ?". *Soins Cadres*, Vol. 19, N°75, pp. 32-33.
- ROUSSEL, P., MOLL, M. C., & GUEZ, P. (2007). Risques & Qualité en milieu de soins. "Étape 2: Identifier les risques a priori", Vol. 4, pp. 239-247.
- ROUSSEL, P., MOLL, M. C., & GUEZ, P. (2008). "Étape 3: Identifier les risques a posteriori". *Risques & Qualité*, Vol 5, N°1, pp. 46-58.
- ROUSSEL, P., MOLL, M. C., & GUEZ, P. (2008). "Étapes 4 et 5: Hiérarchiser les risques identifiés puis mettre en œuvre le plan d'action en assurant son suivi". *Risque & Qualité*, Vol. 5, N°2, pp. 39-48.

- ROZICH, J., HARADEN, C., & RESAR, R. (2003). "Adverse drug event trigger tool: a practical methodology for measuring medication related harm". *Quality and Safety in Health Care*, 12(3), pp. 194-200.
- RUBISE, P. (s.d.). "Risque technologique". *Encyclopedia Universalis*.
- RUEF, M., & SCOTT, R.-W. (1998). « A multi-dimensional model of organizational legitimacy: hospital survival in changing institutional environments ». *Administrative Science Quarterly*, Vol. 43, pp. 877-904.
- RUNCIMAN, W., BAKER, G., MICHEL, P., JAUREGUI, I., LILFORD, R., ANDERMANN, A., & WEEKS, W. (2008). "The epistemology of patient safety research". *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, Vol. 6, N° 4, pp. 476-486.
- SAINTOYANT, V., DUHAMEL, G., & MINVIELLE, E. (2012). « Gestion des risques associés aux soins : état des lieux et perspectives ». *Pratiques et Organisation des Soins*, N°1 Vol 43, pp. 35-45.
- SARKER, S., SARKER, S., & SIDOROVA, A. (2006). "Understanding business process change failure : an actor-network perspective". *Journal of management Information Systems*, Vol. 23, N°1, pp. 51-86.
- SCHEIN, E. (1993, Winter). "How can organizations learn faster? The challenge of entering the green room". *Sloan Management review*, Vol. 34, N° 2, pp. 85-92.
- SCHMITT, C., & LEYMARIE, S. (2004, Mars 18-20). "Vers l'actionnabilité de la recherche en gestion : pour une approche dialectique entre recherche et pratiques". *Academy of Management, Division Méthodes de Recherche*.
- SCHUTZ, A. (1966). "Collected Papers, den hague, nifhoff ". Dans P. L. Berger, "he Social Construction of Reality ". new york : doubleday.
- SCHWEYER, F.-X. (1999). "Le corps des directeurs d'hôpital. Entre logique professionnelle et régulation d'État". Rapport de Recherche LAPSS/ENSP-MIRE . Rennes: ENSP.
- SCHWEYER, F.-X. (2006). "L'hôpital, une transformation sous contrainte". *Revue française des affaires sociales*, 4/N°4, pp. 203-223.
- SCIEUR, P. (2011). "Sociologie des organisations introduction à l'analyse de l'action collective organisée". Paris: Armand Colin (3ème édition).
- SCOTT, S., & BARRETT, M. (2005). "Strategic risk positioning as sensemaking in crisis : the adoption of electronic trading at the London international financial futures and options exchange". *The Journal of Strategic Information Systems*, Vol. 14, N°1, pp. 45-68.
- SCOTT, W.-R. (2001). "Institutions and Organizations ". 2nd Ed, 1ère Ed. en 1995 Thousand Oaks, CA: Sage.
- SCOUARNEC, A. (2004). "L'observation des métiers : définition, méthodologie et "actionnabilité" en GRH". *Management & Avenir*, N°1, pp. 23-42.
- SCOUARNEC, A. (2004). "L'observation des métiers: définition, méthodologie et "actionnabilité" en GRH". *Management & Avenir*, N°1, pp. 23-42.
- SEGRESTIN, D. (1997). "L'entreprise à l'épreuve des normes de marché. Les paradoxes des nouveaux standards de gestion dans l'industrie". *Revue de sociologie française*, Vol. 38, N° 3, pp. 553-585.
- SEGRESTIN, D. (2004). "Les chantiers du manager". Armand Colin.
- SELIGMANN, L. (2006). "Sensemaking throughout adoption and innovation decision process". *European Journal of Innovation Management*, Vol. 9, N°1, pp. 108-120.
- SENGE, P. (1991). "La cinquième discipline. L'art et la manière des organisations qui apprennent". Editions Générales First.

- SERIS, J. (1990). "Bergson et la technique". *Bergson : naissance d'une philosophie* (pp. 121-138). Colloque.
- SHEWHART, W. A. (1989). "Les fondements de la maîtrise de la qualité". Paris : Economica, XVIII.
- SIMON, H. (1979, Sep.). « Rational Decision Making in Business Organisations ». *American Economic Review*, Vol. 69, n° 4, pp. 493-513.
- SIMON, H. A. (1983). "Administration et processus de décision". Paris : Economica [1945].
- SIMONDON, G. (1958). "Du mode d'existence des objets techniques". Paris : Editions Aubier.
- SITI-NABIHA, A., & SCAPENS, R. (2005). "Stability and change : an institutionalist study of management accounting change". *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol. 18, N°1, pp. 44-73.
- SPENCER, B. (1994). "Models of Organization and Total Quality Management : a Comparison and Critical Evaluation". *Academy of Management Review*, Vol. 19, N° 3, pp. 446-471.
- STAKE, R. (1994). Case Studies. Dans N. D. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- STAKE, R., DENZIN, N., & LINCOLN, Y. S. (1994). "Handboock of qualitative research". London: Sage Publications.
- STAR, S., & GRIESEMER, J. (1989). « Institutional ecoogy, "Translation" and coherence. Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of vertebrate zoology, 1907-1939 ». *Social Studies of Sciences*, pp. 387-420.
- STEBON, M. (1996, Avril-juin). "Le risque comme problème politique. Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique". *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, pp. 11-28.
- STRAUSS. (1992). "L'hôpital et son ordre négocié". Dans B. I., *La trame de la négociation*. Paris: L'Harmattan.
- STRAUSS, A., & CORBIN, J. (1994). "Grounded Theory Methodology : An Overview". Dans N. Denzin's, & Y. (. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research* (pp. 273-285). CA : Sage.
- SUCHMAN, M.-C. (1995). « Managing legitimacy: strategic and institutional approaches ». *Academy of Management Review*, XX n°3, pp. 571-610.
- SUREAU, C., LECOURT, D., & DAVID, G. (2006). "L'Erreur médicale". Paris: PUF.
- SWISS, J. E. (1992). « Adapting Total Quality Management (TQM) to Government ». *Public Administration Review*, Vol. 52, N° 4, pp. 356-362.
- TABUTEAU, D. (2007). "Principes et organisation de la sécurité sanitaire". Dans F. Bourdillon, G. Bruckner, & D. Tabuteau, "Traité de santé publique". Paris: Flammarion Médecine-Sciences.
- TABUTEAU, D. (2008). "Quinze ans de sécurité sanitaire. De la loi du 4 janvier 1993 aux défis de 2008". Paris: Presse des Sciences Po, Collection "Verbatim".
- TENKASI, R., MORHMAN, S., & jr., M. A. (2007). « Making knowledge contextually relevant: The challenge of connecting academic research with practice ». *The Third Organization Studies Summer Workshop*. Crête.
- TEULIER, R., & LORINO, P. (2005). "Entre connaissance et organisation : l'activité collective". Paris : La Découverte.
- THEVENOT, L. (1986). "Les investissements de forme". Dans L. Thévenot, *Conventions économiques* (pp. 21-71). Paris: PUF, Cahiers du Centre d'étude de l'emploi.
- THIETARD, R. (2012). "Le management". Presses Universitaires de France (Édition : 13).

- THIETART, R., & FORGUES, B. (1997). "Action, Structure and Chaos". *Organization Studies*, Vol. 18, N°1, pp. 119-143.
- THIETART, R.-A. &. (2007). "Méthodes de recherche en management". Paris : DUNOD, 3ème édition.
- TOLBERT, P., & ZUCKER, L. (1983). « Institutionnal sources of change in the formal structure of organizations : the diffusion of civil service reform, 1880-1935 ». *Administrative Science Of Quarterly*, Vol. 28, N°1, pp. 22-39.
- TORRES-BLAY, O. (2009). "Economie d'entreprise organisation, Stratégie et Territoire". Lonrai : Economica (3ème édition).
- TOWNLEY, B. (1997). "The Institutional logic of performance appraisal". *Organization Studies*, Vol. 18, N°2, 261-285.
- TURNER, B. (1976). "The organizational and inter organisational development of disasters". *Administrative Science Quarterly*, Vol. 21, pp. 378-397.
- VAN CAMPENHOUDT, L., & QUIVY, R. (2013). "Manuel de recherche en sciences sociales" (éd. 4ème édition). Saint-Jean de Braye: DUNOD.
- VAN DE VAN, A., & POOLE, M. (1995). "Explaining Development and Change in Organizations". *Academy of Management Review*, Vol. 20, N°3, pp. 510-540.
- VAN DE VEN, A., & HUBER, G. (1990). "Longitudinal field research methods for studying processes of organizational change". *Organization Science*, Vol. 1, N°3, pp. 213-219.
- VAN WILLINGEN, J. (1986). "Applied anthropology". Bergin and Garvey Publishers.
- VANECLOO, P. (1993). "L'écriture de projets dans les hôpitaux : loi du 31 juillet 1991". *Etudes de communications, supplément 1993*, pp. 105-109.
- VAS, A. (2009). "Challenging resistance to change from the top to the shop floor level: an exploratory study". *International Journal of strategic change management*, 1:3, pp. 213-230.
- VERET, C., & MEKOUAR, R. (2005). "Fonction : risk manager". Dunod.
- VITALIS, A. (1994). "Médias et nouvelles technologies : pour une socio politique des usages". Editions Apogée.
- VOOR DE GEZONDHEIDSZORG, F. (2008). "Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe". Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins en Santé.
- VYGOTSKI, LEONTEV, & LURIA. (1986). "Psicologia y pedagogia". Madrid, Espagne : Ediciones Akal, S.A.
- WALTON, M. (2004). "Creating a 'no blame' culture: Have we got the balance right?" . *Quality and Safety in Health Care*, Vol : 13, pp. 163-164.
- WARNER, W., & LOW, J. (1947). "The social system of the modern factory". New Haven, Yale University Press.
- WEBER, M. (1971). *Économie et société*. Paris: Presse Pocket.
- WEICK, K. (1979). *The Social Psychology of Organizing* . New-York : Random House, Second Edition.
- WEICK, K. (1993). "Sensemaking in Organizations : Small Structures with Large Consequences". Dans J. K. (ed.), *Social Psychology in Organizations: Advances in Theory and Research*. . Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- WEICK, K. (1993). "The collapse of sense-making in organizations : The Man Gulch disaster" . *Administrative Science Quarterly*, Vol. 38, pp. 628-652.

- WEICK, K. (2001). *"Making sense of the organization"*. Blackwell publishing.
- WEICK, K. E. (1995). *"Sensemaking in Organizations"*. Thousand Oaks, Sage.
- WEICK, K., SUTCLIFF, K., & OBSTFELD, D. (2005, July-August ). "Organizing and the process of sensemaking". *Organization science* , Vol. 16, N°4, pp. 409-421.
- WESTRUM, R. (2004). "A typology of organisational cultures" . *Quality and safety in health care*, Vol 13 (suppl 2), pp. ii22-ii27.
- WIBO, J.-L. (1998). *Introduction aux cyndiniques*. Paris : ESKA.
- WILEY, N. (1988). "The micro-macro problem in social theory". *Sociological Theory*, Vol. 6, pp. 254-261.
- WILEY, N. (1994). *"Semiotic Self"*. Chicago : The University of Chicago Press.
- YANG, C. (2003). « The Establishment of a TQM System for the Health Care Industry ». *The TQM Magazine*, Vol. 15, N°2, pp. 93-98 .
- YIN, R. (1984). *"Applications of Case Study Research (Applied Social Research Methods)"*. Sage Publications.
- YIN, R. (1989). *"Case Study Research. Design and Methods (Applied Social Research Methods)"*. Sage Publications.
- ZARIFIAN, P. (2003). *"À quoi sert le travail ?"*. Paris : La dispute.

**TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES**

TABLEAU 1 : DENOMINATION ET QUALIFICATION DES DIRECTIONS ET RESPONSABLES QUALITE SUR HUIT ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE SUR LE GRAND-EST. ....	18
FIGURE 1 : ETUDE EXPLORATOIRE, NOMBRE DE MEMOIRE PAR THEMATIQUE ET PAR ANNEE.....	18
TABLEAU 2: « LE STRUCTUREL, LES SYSTEMES SOCIAUX ET LA STRUCTURATION » (GIDDENS, "THE CONSTITUTION OF SOCIETY", 1984, P. 74).....	23
FIGURE 2 : MODELE CONCEPTUEL TRIADIQUE (ORLIKOWSKI, 1992, P.402) .....	24
TABLEAU 3 : « INFLUENCES ET POSITIONS ONTOLOGIQUES DU CONSTRUCTIVISME » ADAPTE DE (BAUMARD, 1997, P. 5).....	27
TABLEAU 4 : ELEMENTS STRUCTURANTS ET CRITERES DE SCIENTIFICITE DU CONSTRUCTIVISME (CHARREIRE & HUULT, 2001, P. 38).....	28
FIGURE 3 : POSTURE DE CHERCHEUR INTERVENANT.....	30
FIGURE 4 : UN CADRE DE REFERENCE POUR L'ELABORATION DE SAVOIRS ACTIONNABLES A PARTIR DE L'EXPERIENCE DE MANAGERS.....	33
TABLEAU 5 : MODES DE RECHERCHE SELON L'OBJECTIF ET LA POSTURE DU CHERCHEUR (DAVID, 1999, P. 17).....	34
FIGURE 5 : STRUCTURATION GENERALE DE LA RECHERCHE .....	39
TABLEAU 6 : ELEMENTS DE RECHERCHE A INTEGRER AU QUESTIONNAIRE SELON LES DIMENSIONS D'ANALYSE .....	45
TABLEAU 7 : OPERATIONNALISATION DE L'ANALYSE DES CONCEPTS (QUESTIONNAIRE) .....	46
TABLEAU 8 : ECHANTILLONNAGE DU QUESTIONNAIRE ET TAUX DE RETOUR .....	47
FIGURE 6 : LIEU D'EXERCICE PROFESSIONNEL DES REpondANTS .....	47
FIGURE 7 : FONCTION DES REpondANTS .....	48
TABLEAU 9 : REPARTITION DES REpondANTS PAR FILIERE D'ORIGINE .....	48
FIGURE 8 : EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DES REpondANTS.....	48
TABLEAU 10 : EXPERIENCE PROFESSIONNELLE PAR FONCTION DU REpondANT.....	48
TABLEAU 11 : ELEMENTS DE RECHERCHE A INTEGRER AUX ENTRETIENS SELON LES DIMENSIONS D'ANALYSE .....	50
TABLEAU 12 : OPERATIONNALISATION DE L'ANALYSE DES CONCEPTS (ENTRETIENS) .....	51
TABLEAU 13 : DESCRIPTIF ET CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON CONCERNANT LES ENTRETIENS.....	53
TABLEAU 14 : CODAGE DES ENTRETIENS .....	54
TABLEAU 15 : PLANIFICATION ET COMPTE-TENU DES RENCONTRES DANS LE CADRE DU RECUEIL DES DONNEES SECONDAIRES .....	56
TABLEAU 16 : DONNEES SECONDAIRES .....	56
TABLEAU 17 : DEFINITION DU TERME "QUALITE " PAR 23 CADRES SUPERIEURS DU CHRUX .....	62
TABLEAU 18 : PRESENTATION DES VARIABLES ANALYSEES .....	76
FIGURE 9 : ILLUSTRATION DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	76
FIGURE 10 : THEMATIQUES PRODUITES DANS LES MEMOIRES .....	76
FIGURE 11 : EVOLUTION REGLEMENTAIRE SUR LA PERIODE OBSERVEE .....	83
FIGURE 12 : EVOLUTION DU CONCEPT DE QUALITE FACE AUX CONTRAINTES REGLEMENTAIRES ET AU NIVEAU DE MATURITE DE LA DEMARCHE QUALITE.....	86
TABLEAU 19 : CONCEPTION DES OUTILS DE GESTION SELON LES COURANTS THEORIQUES.....	99

FIGURE 13 : DESCRIPTIF DES APPROCHES INSTITUTIONNALISTES .....	101
TABLEAU 20 : APPROCHE INSTITUTIONNALISTE A TRAVERS CERTAINES PUBLICATIONS (EXTRAITS CHIAPELLO & GILBERT, 2013, CHAP. IV) .....	103
FIGURE 14 : DESCRIPTIF DES APPROCHES INTERACTIONNELLES .....	104
TABLEAU 21 : APPROCHE INTERACTIONNELLE A TRAVERS CERTAINES PUBLICATIONS (EXTRAITS CHIAPELLO & GILBERT, 2013, CHAP. V) .....	108
TABLEAU 22 : « TROIS REGARDS SUR L'APPROPRIATION » .....	121
FIGURE 15 : LE PROCESSUS DE STRUCTURATION .....	140
TABLEAU 23 : SYNOPTIQUE DES DEFINITIONS PROPOSEES PAR A. GIDDENS (GIDDENS, 2012, P. 74) .....	141
FIGURE 16 : MODELE DE STRATIFICATION DE L'AGENT .....	144
FIGURE 17 : LES DIMENSIONS DE LA DUALITE DU STRUCTUREL .....	149
TABLEAU 24 : LES DIMENSIONS DE L'ANALYSE DE LA PHASE DE RECHERCHE EMPIRIQUE .....	149
FIGURE 18 : PRESENTATION DE L'OUTIL DANS LA CONFIGURATION THEORIQUE DE GIDDENS .....	152
FIGURE 19 : PHASES DE GESTION GLOBALISEE DES RISQUES .....	171
TABLEAU 25 : EXTRAITS DU « RAPPORT DU DIAGNOSTIC ETABLI SUITE A L'ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE NATIONALE SUR LA GESTION DES RISQUES POUR LA DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS) » (DEDALE, 2009) .....	171
TABLEAU 26 : CLASSIFICATION DES METHODES SELON LEUR TYPE (DEDUCTIVES, INDUCTIVES) .....	174
TABLEAU 27 : DONNEES RELATIVES AUX EIAS DANS LES HOPITAUX DE SOINS AIGUS EN AUSTRALIE, AU DANEMARK, AU ROYAUME-UNI ET AUX ÉTATS-UNIS .....	176
TABLEAU 28 : ECHANTILLONNAGE ETABLISSEMENTS DE SANTE INTERROGES .....	177
TABLEAU 29 : SYNTHESE DES REPONSES .....	178
TABLEAU 30 : COMPARATIF ENQUETE EINS 2004 ET 2009 (EXTRAITS) .....	178
TABLEAU 31 : EXEMPLE DE METHODOLOGIES A EMPLOYER SELON LE TYPE D'APPROCHE DANS LE CADRE D'UNE GESTION CURATIVE DES RISQUES .....	183
FIGURE 20 : ILLUSTRATION DU SCHEMA DE REASON .....	184
TABLEAU 32 : LES QUATRE ETAPES DE LA METHODE ALARM .....	186
TABLEAU 33 : LES DIFFERENTES ETAPES DU DEROULEMENT D'UN CREX .....	188
FIGURE 21 : SCHEMA DE MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF DE RETOUR D'EXPERIENCE .....	188
TABLEAU 34 : EXEMPLE DE METHODOLOGIES A EMPLOYER SELON LE TYPE D'APPROCHE DANS LE CADRE D'UNE GESTION PREVENTIVE DES RISQUES .....	189
TABLEAU 35 : LES DIFFERENTES ETAPES D'UNE AMDEC .....	190
TABLEAU 36 : COMPARATIF DES METHODOLOGIES CITEES .....	192
FIGURE 22 : PORTEE CENTRALE DE L'OUTIL DE GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES .....	193
TABLEAU 37 : PRINCIPES D'ÉTUDE DE L'OUTIL DE GESTION (OUTIL DE DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES) .....	195
FIGURE 23 : ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION DE LA QUALITE ET DES USAGERS DU CHRUX .....	201
TABLEAU 38 : PRINCIPES D'ÉTUDE DE L'OUTIL DE GESTION (OUTIL DE DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES) - PARTIE DIMENSION FONCTIONNELLE .....	203
TABLEAU 39 : POSITIONNEMENT DES DIFFERENTES PROCEDURES DE CERTIFICATIONS SUR LA GESTION DES RISQUES .....	204

FIGURE 24: LES OBJECTIFS DE LA GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES .....	205
FIGURE 25 : LOGIGRAMME DE NOTIFICATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES .....	207
FIGURE 26 : ETAPES DU TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES AU CHRUX.....	208
FIGURE 27 : STRUCTURATION DE LA GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES .....	210
TABLEAU 40 : INSTITUTIONNALISATION DU SUIVI DU TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES.....	210
FIGURE 28 : CATEGORISATION DES ENTRETIENS SUR LA DIMENSION « QUALITE A L'HOPITAL » .....	211
FIGURE 29 : PERCEPTIONS POSITIVES DE LA QUALITE .....	212
FIGURE 30 : INSCRIPTION DE LA QUALITE DANS LE QUOTIDIEN.....	213
FIGURE 31 : PERCEPTIONS MANAGERIALES DE L'OUTIL (N°2) .....	215
FIGURE 32 : IMPACTS MANAGERIAUX DE L'UTILISATION DE L'OUTIL .....	215
TABLEAU 41 : PRINCIPES D'ETUDE DE L'OUTIL DE GESTION (OUTIL DE DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES) - PARTIE DIMENSION STRUCTURELLE .....	217
TABLEAU 42 : PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA MISE EN PLACE DE L'OUTIL DE DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES AU CHRUX.....	220
FIGURES 33 : REPARTITION SELON LES FONCTIONS DES PERSONNES AYANT PARTICIPEES A LA CONCEPTION OU A L'AMELIORATION DE L'OUTIL .....	221
FIGURE 34 : FONCTION DES UTILISATEURS DE L'OUTIL .....	222
FIGURE 35 : CORRELATION EXERCICE PROFESSIONNEL DES REpondANTS ET CONNAISSANCE DE L'OUTIL.....	223
FIGURE 36 : CATEGORISATION DES ENTRETIENS SUR LA DIMENSION « THEORIE DE LA STRUCTURATION » .....	226
FIGURE 37 : MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT A L'UTILISATION DE L'OUTIL .....	227
FIGURE 38 : REPARTITION DES CATEGORIES DE PROFESSIONNELS FORMEES.....	227
TABLEAU 43 : PRINCIPES D'ETUDE DE L'OUTIL DE GESTION (OUTIL DE DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES) - PARTIE DIMENSION PROCESSUELLE .....	230
FIGURE 39 : ESTIMATION DU NOMBRE DE DECLARATIONS DANS LE SERVICE DU REpondANT.....	230
FIGURE 40 : PERCEPTION NEGATIVE DE L'OUTIL DANS SON USAGE .....	231
FIGURE 41 : CATEGORISATION DES ENTRETIENS SUR LA DIMENSION « THEORIE DE LA STRUCTURATION ».....	233
FIGURE 42 : ÉVOLUTION DE L'OUTIL GRANIT EN 2013 .....	236
TABLEAU 44 : SUIVI DES DEMANDES GRANIT ADRESSEES A LA CELLULE DE VEILLE .....	237
FIGURE 44 : TABLEAU DE BORD DE SUIVI DES EVENEMENTS INDESIRABLES.....	239
FIGURE 45 : TYPE D'ÉVOLUTION DE L'OUTIL OBSERVE .....	240
TABLEAU 45 : DETERMINANTS CLES DE L'OUTIL APRES ANALYSE DE L'OUTIL « AGISSANT ».....	245
TABLEAU 46 : EXEMPLES D'APPORTS DE L'OUTIL EN USAGE SELON L'ETUDE MENEÉ AU CHRUX .....	247
FIGURE 46 : DETERMINANTS PERMETTANT UN RECENSEMENT DES LEVIERS D'INTEGRATION DE LA DEMARCHE QUALITE .....	249
FIGURE 47 : DISPOSITIF DE PILOTAGE QUALITE ET GESTION DES RISQUES EN AVRIL 2015 AU CHY .....	262
TABLEAU 47 : SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE L'OUTIL DE GESTION AU CHY EN 2015 .....	270
FIGURE 48 : STRUCTURE DE PILOTAGE DU SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DES RISQUES DU CHY ....	275
TABLEAUX 48 : TABLEAU SYNTHETIQUE DES ROLES ET RESPONSABILITES DES COMPOSANTES INSTITUTIONNELLES ....	276
FIGURE 49 : METHODE D'ANALYSE DES THEMATIQUES – SOURCE HAS DIAPORAMA « LE COMPTE QUALITE-OUTIL DE VALORISATION ET DE SUIVI DE VOTRE DISPOSITIF DE GESTION DES RISQUES » .....	278

FIGURE 50 : PRESENTATION DE LA PROCEDURE DE CERTIFICATION EN INSTANCE AU CHY EN MAI 2015 .....	279
TABLEAU 49 : PROJET DE MODELISATION DU SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES .....	281
FIGURE 51 : POSITIONNEMENT DE LA QUALITE DANS L'ORGANIGRAMME DU CHY (2015) .....	282
FIGURE 52 : MODELISATION DE L'APPROCHE PROCESSUS CHOISIE AU CHY.....	283
FIGURE 53 : SYSTEME DOCUMENTAIRE DU CHY .....	290
TABLEAU 50 : DIAGNOSTIC DE L'OUTIL DE GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES DU CHY EN 2015 .....	295
TABLEAU 51 : IMPACT DES DETERMINANTS DE L'OUTIL SELON LE CONTEXTE .....	308
FIGURE 54 : LES QUATRE POLES DU MODELE DE MESURE DES FACTEURS D'INTEGRATION DE LA DEMARCHE QUALITE .....	314
FIGURE 55 : MODELE DE MESURE DES FACTEURS D'INTEGRATION DE LA DEMARCHE QUALITE .....	316
TABLEAU 52 : INDICATEURS DE MESURE DU NIVEAU DE MATURETE ORGANISATIONNEL RELATIF A LA QUALITE ET GESTION DES RISQUES.....	317
TABLEAU 53 : INDICATEURS DE MESURE DES FACTEURS CONTEXTUELS FAVORABLES A L'INTEGRATION DE LA DEMARCHE QUALITE .....	318
TABLEAU54 : INDICATEURS DE MESURE DES FACTEURS CULTURELS FAVORABLES A L'INTEGRATION DE LA DEMARCHE QUALITE .....	319
TABLEAU 55 : FACTEURS INTEGRATIFS OU DE DISPERSION DU NIVEAU D'APPROPRIATION DE L'OUTIL DE GESTION RELATIFS A L'HISTOIRE DE L'OUTIL .....	320
TABLEAU56 : FACTEURS INTEGRATIFS OU DE DISPERSION DU NIVEAU D'APPROPRIATION DE L'OUTIL DE GESTION RELATIFS A LA FONCTION DE L'OUTIL.....	320
TABLEAU 57 : FACTEURS INTEGRATIFS OU DE DISPERSION DU NIVEAU D'APPROPRIATION DE L'OUTIL DE GESTION RELATIFS AU INTENTIONS DE CONCEPTION DE L'OUTIL.....	321
TABLEAU 58 : FACTEURS INTEGRATIFS OU DE DISPERSION DU NIVEAU D'APPROPRIATION DE L'OUTIL DE GESTION RELATIFS AUX MODALITES D'APPROPRIATION DE L'OUTIL.....	321

**TABLE DES MATIERES**

REMERCIEMENTS ..... 4

LISTE DES ABREVIATIONS ..... 5

INTRODUCTION GENERALE ..... 7

**CHAPITRE LIMINAIRE : PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE ET METHODE .....14**

**Section I - Repères méthodologiques et épistémologiques ..... 16**

**I Problématique et question de recherche ..... 17**

    I.1 Les fondements de la recherche : la qualité outil de gestion à l'hôpital ..... 17

        I.1.1 La qualité notion incontournable à l'hôpital mais perception mitigée ..... 17

        I.1.2 La qualité outil managérial..... 19

        I.1.3 La qualité instrument de gestion..... 20

        I.1.4 Des démarches qualités imposées réglementairement mais peu adaptées à l'organisation ..... 20

    I.2 La contribution des outils de gestion de la qualité à l'intégration de la démarche qualité ..... 21

        I.2.1 L'outil de gestion facteur d'intégration possible de la démarche qualité..... 21

        I.2.2 Une approche institutionnaliste du concept d'outil de gestion ..... 23

            I.2.2.1 La place de l'acteur dans l'organisation ..... 23

            I.2.2.2 La dualité de la structure et du structurel..... 23

            I.2.2.3 Les outils porteurs de structure ..... 24

            I.2.2.4 Les outils de gestion ont un rôle indirect dans le processus de structuration ..... 25

            I.2.2.5 Approche cyclique de l'adoption des outils de gestion..... 25

    I.3 Formulation de la question de recherche et hypothèses ..... 26

**II Fondements épistémologiques de la recherche ..... 27**

    II.1 Posture épistémologique constructiviste ..... 27

    II.2 Recherche intervention ..... 28

        II.2.1 Concevoir des savoirs théoriques et pratiques ..... 28

        II.2.2 A la croisée de la théorie et de l'expérience professionnelle..... 31

            II.2.2.1 Opportunisme Méthodique..... 31

II.2.2.2	Une expérience professionnelle au service de la qualité.....	31
II.2.2.3	Une expérience pédagogique à la croisée du management et de la qualité	31
II.2.2.4	L'opportunité du chercheur intervenant .....	32
II.3	Savoirs actionnables .....	33
II.4	Modèle ingénierique.....	34
II.4.1	Implication des praticiens dans la définition de la question de recherche .....	35
II.4.2	Intégration de l'expérience de praticiens dans la construction de savoirs scientifiques.....	36
<b>III</b>	<b>Design de la recherche : du terrain au laboratoire de recherche .....</b>	<b>36</b>
III.1	Approche processuelle .....	36
III.2	Modalité de recherche : étude longitudinale de cas.....	37
	<b>Section II - De la méthode aux méthodes d'intervention .....</b>	<b>40</b>
<b>I</b>	<b>Principes d'analyse de l'outil .....</b>	<b>41</b>
I.1	Principes d'analyse .....	41
I.2	Analyse de l'outil « agissant ».....	42
<b>II</b>	<b>Méthode de recueil et d'analyse des données primaires.....</b>	<b>43</b>
II.1	L'enquête .....	43
II.1.1	Construction du questionnaire .....	43
II.1.2	Protocole de recherche du questionnaire .....	44
II.1.2.1	Canevas général :.....	44
II.1.2.2	Prisme théorique : Théorie de la structuration A. Giddens .....	45
II.1.2.3	Points déterminants de la recherche :.....	45
II.1.2.4	Opérationnalisation de l'analyse des concepts .....	46
II.1.2.5	Hypothèses .....	46
II.1.2.6	Echantillonnage et taux de retour .....	47
II.1.3	Les résultats .....	47
II.1.3.1	Description de l'échantillon .....	47
II.2	Les entretiens .....	49
II.2.1	Protocole de recherche des entretiens .....	49
II.2.1.1	Canevas général :.....	49
II.2.1.2	Objectifs visés :.....	50
II.2.1.3	Opérationnalisation de l'analyse des concepts .....	51
II.2.1.4	Public concerné .....	51
II.2.1.5	Echantillon : .....	52

II.2.1.6	Guide d'entretien .....	53
II.2.2	Exploitation .....	53
II.2.2.1	Méthodologie retenue : analyse de contenu .....	53
II.2.3	Les résultats .....	55
<b>III</b>	<b>Méthode de recueil et d'analyse des données secondaires .....</b>	<b>55</b>

<b>PREMIERE PARTIE : DE LA PROBLEMATIQUE AUX CONCEPTS .....</b>	<b>57</b>
---	-----------

**CHAPITRE 1 : EVOLUTION DU CONCEPT DE QUALITE A L'HOPITAL..... 58**

**Section I - La qualité à l'hôpital, des acceptions mouvantes .....60**

<b>I</b>	<b>La qualité : du concept à son instrumentation .....</b>	<b>61</b>
I.1	Le concept de qualité à l'hôpital objet de nombreuses publications.....	61
I.2	Un flou sémantique autour du terme qualité.....	61
I.2.1	Une interprétation hétérogène .....	61
I.2.2	Une notion intégrée au contexte .....	63
I.3	Le concept de qualité : de l'industrie à l'hôpital .....	63
I.3.1	Une notion corrélée au produit.....	63
I.3.2	Du produit à l'organisation .....	63
<b>II</b>	<b>Des contingences hospitalières particulières.....</b>	<b>64</b>
II.1	Un contexte de rationalisation .....	65
II.2	Une surproduction législative .....	65
II.2.1	La planification sanitaire .....	65
II.2.2	L'évaluation de l'activité .....	66
II.2.2.1	Les ordonnances Juppé .....	66
II.2.2.2	La loi Hôpital Patient Santé Territoire .....	67
II.2.3	La Loi de modernisation.....	67
II.3	Particularités du modèle hospitalier et impact sur la démarche qualité .....	68
II.3.1	Une mission de service public .....	69
II.3.2	Peu de maîtrise de la « matière première » .....	69
II.3.3	La multiplicité, la technicité, la haute spécialisation des activités.....	69
II.3.4	Une configuration organisationnelle contraignante .....	69

<b>III</b>	<b>Impact du déploiement des démarches qualité sur le développement de l'organisation .....</b>	<b>70</b>
III.1	Approche technicienne de la qualité.....	70
III.1.1	La mesure de l'activité.....	70
III.1.2	L'hôpital « projet ».....	70
III.1.3	La certification .....	71
III.1.4	La responsabilisation des acteurs .....	71
III.1.5	Une réglementation substitutive au développement organisationnel .....	71
III.2	De la vision technicienne à l'instrument de gestion .....	72
III.2.1	Le management vecteur du déploiement des démarches qualité.....	72
III.2.2	Une conciliation nécessaire entre résultats et complexité de l'organisation....	73
	<b>Section II - La qualité à l'épreuve des faits : étude exploratoire .....</b>	<b>74</b>
<b>I</b>	<b>Méthodologie de l'étude préliminaire .....</b>	<b>75</b>
I.1	Les acteurs étudiés.....	75
I.2	Matériau de la recherche .....	75
<b>II</b>	<b>Les résultats .....</b>	<b>76</b>
II.1	Présentation des résultats .....	76
II.1.1	Vision instrumentale de la qualité.....	77
II.1.2	Qualité synonyme d'évaluation .....	77
II.1.3	Qualité gestion de projet.....	77
II.1.4	Qualité versus certification .....	77
II.1.5	Qualité gouvernance.....	77
II.2	Impact du cadre réglementaire sur les objets de recherche observés .....	78
II.2.1	Une vision instrumentale de la qualité confortée par les réformes .....	78
II.2.2	Forte incitation réglementaire concernant l'évaluation .....	79
II.2.3	Les procédures de certification socle de la qualité .....	80
II.2.3.1	La qualité : démarche projet .....	80
II.2.3.2	La qualité : démarche transversale.....	80
II.2.3.3	La qualité : mesure par les indicateurs.....	81
II.2.3.4	La qualité : évaluation des pratiques.....	81
II.2.3.5	La qualité : gestion des risques .....	81
II.2.3.6	La qualité : recherche d'efficacité .....	81
II.2.3.7	La qualité articulée autour du management.....	82
II.2.3.8	La qualité intégrée à la gouvernance.....	82
II.3	Développement organisationnel insuffisant .....	83
II.3.1	Des impacts réglementaires non adaptés à l'organisation .....	83

II.3.2	Des managers traducteurs inévitables des réformes .....	85
II.4	Une adaptation organisationnelle nécessaire .....	86
II.4.1	Intégration proactive de la qualité .....	86
II.4.2	Opportunisme organisationnel.....	87
II.4.3	Diagnostic indispensable .....	87
<b>SYNTHESE DU CHAPITRE 1 .....</b>		<b>88</b>
<b>CHAPITRE 2 - DES OUTILS DE GESTION AU SERVICE DES ACTEURS.....</b>		<b>90</b>
<b>Section I - Délimitation du concept d'outil de gestion .....</b>		<b>93</b>
<b>I</b>	<b>Introduction aux outils de gestion .....</b>	<b>94</b>
I.1	Substrat technique .....	94
I.2	Instrumentation .....	95
I.3	Outil de « gestion » .....	95
<b>II</b>	<b>Différentes approches .....</b>	<b>96</b>
II.1	Approche rationnelle, déterministe .....	97
II.2	Approche normative .....	98
II.3	Approche sociotechnique .....	98
<b>Section II - Regards institutionnalistes et interactionnalistes .....</b>		<b>100</b>
<b>I</b>	<b>Approche institutionnaliste .....</b>	<b>101</b>
I.1	Approche néo-institutionnelle .....	101
I.2	Approche conventionnaliste .....	102
I.3	Approche structurationniste .....	102
<b>II</b>	<b>Approche interactionnelle .....</b>	<b>104</b>
II.1	Théorie de l'acteur-réseau .....	104
II.2	La théorie de l'activité .....	105
II.3	Paradigme narratif de l'étude des organisations .....	106
II.3.1	L'outil produit des effets organisationnels.....	106
II.3.2	L'outil s'inscrit dans un processus interactionnel.....	106
II.4	Théorie de l'acteur stratégique .....	107
<b>III</b>	<b>Perspectives socio-politiques, cognitives, symboliques.....</b>	<b>109</b>

<b>IV</b>	<b>Mixité de l’outil .....</b>	<b>109</b>
IV.1	Rôle de médiation.....	109
IV.2	Processus itératif .....	110
IV.3	Rôle fondamental de l'appropriation .....	110
<b>Section III - Impacts des outils de gestion sur l’organisation .....</b>		<b>111</b>
<b>I</b>	<b>La dimension organisationnelle des outils de gestion.....</b>	<b>112</b>
I.1	Les outils sont fondateurs de l'organisation .....	112
I.2	Les outils répondent aux pressions externes.....	112
I.3	Les outils sont réducteurs de la complexité .....	113
I.4	Les outils influencent le social .....	113
I.5	Légitimation nécessaire de l'outil.....	114
<b>II</b>	<b>Outils de gestion et organisations hospitalières .....</b>	<b>115</b>
II.1	Un contexte de modernisation favorable à l'implantation des outils de gestion 115	
II.2	Des outils de gestion participant aux objectifs de performance .....	116
II.3	Des outils de gestion implantés dans une organisation professionnelle particulière .....	116
II.4	Des outils de gestion composante gestionnaire .....	117
<b>Section IV - De l’usage à l’appropriation des outils de gestion par les acteurs ....</b>		<b>118</b>
<b>I</b>	<b>Les processus d’appropriation .....</b>	<b>119</b>
I.1	L'appropriation définit le statut des outils de gestion .....	120
I.2	Le processus d'appropriation est intégrateur .....	120
<b>II</b>	<b>Les différents types d’appropriation .....</b>	<b>122</b>
II.1	L'appropriation imprévue .....	122
II.2	Le bricolage .....	122
II.3	L'appropriation au service de la stratégie.....	123
II.3.1	Une phase de conception essentielle.....	123
II.3.2	Visée stratégique .....	123
II.4	Appropriation gage d'efficacité.....	124
II.5	L'appropriation vectrice de créativité .....	124
II.6	L'appropriation support d'apprentissage .....	125
II.6.1	Notions d'apprentissage.....	125
II.6.2	Apprentissages collectifs.....	125
II.6.3	Apprentissages individuels.....	125

II.6.4	Apprentissages et outils de gestion .....	126
<b>III</b>	<b>Rôle de l'utilisateur dans l'appropriation .....</b>	<b>126</b>
III.1	Acceptation par les utilisateurs .....	127
III.2	Le rôle des représentations sociales.....	127
III.3	Le sens donné par les acteurs (Sensemaking) .....	128
III.3.1	La création de sens .....	128
III.3.2	Perception organisationnelle des individus .....	128
III.3.3	La contrainte organisationnelle créatrice de sens et d'appropriation.....	128
III.4	La carte de lecture de l'appropriation .....	129
III.5	Une nécessaire coordination .....	130
III.6	Le rôle de l'encadrement dans l'appropriation des outils de gestion .....	130
	<b>SYNTHESE DU CHAPITRE 2 .....</b>	<b>132</b>
	 <b>CHAPITRE 3 - POUR UNE LECTURE DES OUTILS DE GESTION PAR LA THEORIE DE LA STRUCTURATION .....</b>	 <b>134</b>
	 <b>Section I - Apports de la théorie de la structuration dans l'étude des outils de gestion 137</b>	
<b>I</b>	<b>L'apport de Giddens .....</b>	<b>138</b>
I.1	Giddens face à la critique .....	138
I.1.1	Les critiques négatives .....	138
I.1.1.1	Un apport majoritairement théorique .....	138
I.1.1.2	Une non prise en compte des capacités des acteurs.....	139
I.1.2	Les critiques positives .....	139
I.1.3	L'auteur face aux critiques.....	139
<b>II</b>	<b>La théorie de la structuration.....</b>	<b>140</b>
II.1	La structure ou le structurel, le système social, la structuration .....	140
II.1.1	1 -Le structurel, les structures .....	141
II.1.1.1	Fonctionnalisme .....	141
II.1.1.2	Structuralisme .....	141
II.1.2	2 - Les systèmes sociaux .....	142
II.1.3	3 – La structuration.....	142
II.2	« La dualité du structurel » .....	142
II.2.1	Le structurel : une caractéristique à la fois habilitante et contraignante.....	142
II.3	L'organisation .....	143

II.4	L'action.....	143
II.5	L'Acteur/Agent.....	143
II.5.1	Compétence .....	143
II.5.2	Non intentionnalité de l'action .....	144
II.5.3	Réflexivité .....	144
II.5.4	Conscience discursive/conscience pratique .....	145
II.5.5	Interrelations .....	145
II.5.6	Routine .....	145
II.5.7	Temporalité .....	146

**Section II - Apports de la théorie de la structuration dans l'étude des facteurs d'intégration d'un outil de gestion de la qualité à l'hôpital ..... 147**

**I Intégration de la théorie de la structuration dans la méthodologie de la recherche 148**

I.1	Opérationnalisation de la théorie de la structuration par la recherche empirique 148	
I.2	Compréhension de l'action managériale selon l'approche de Giddens .....	149

**II L'outil de déclaration d'événements indésirables selon l'approche de Giddens..... 150**

II.1	La portée démocratique de l'outil.....	150
II.2	Un outil porteur de multiples interactions acteurs/structure .....	151
II.3	La dualité du structurel .....	151
II.3.1	Co-construction acteur/outil.....	151
II.3.2	Rôle indirect dans le processus de structuration, structures émergentes.....	152

**SYNTHESE DU CHAPITRE 3 ..... 154**

**SYNTHESE DE LA PREMIERE PARTIE ..... 156**

**SECONDE PARTIE DE L'EXPERIMENTATION A LA METHODE ..... 159**

**CHAPITRE 1 ETUDE D'UN OUTIL DE GESTION DE LA QUALITE : LEÇONS D'EXPERIENCES DU PREMIER TERRAIN .....160**

**Section I - Focus sur un outil de gestion de la qualité : le signalement des événements indésirables à l'hôpital ..... 162**

**I La notion de risque intégrée au concept de qualité à l'hôpital ..... 163**

I.1	Une notion largement développée .....	163
I.2	Complémentarité de la notion de qualité.....	163
I.3	Quelques éléments d'évolution du concept .....	163
I.3.1	Vision statique du risque.....	164
I.3.2	Vision dynamique du risque .....	164
I.3.3	Risque et organisation.....	165
I.3.4	Le risque, une affaire d'expertise.....	165
I.4	Notion de risque à l'hôpital.....	165
I.4.1	La dimension sécurité.....	166
I.4.2	Le capital d'estime et les coûts .....	167
I.4.3	Evolution législative.....	167
I.4.4	Le champ des risques.....	170
I.5	Le management du risque.....	171
I.5.1	Gestion globalisée des risques .....	172
I.5.1.1	Gestion a priori des risques .....	173
I.5.1.2	Gestion a posteriori des risques.....	173
<b>II</b>	<b>Les outils de gestion du risque .....</b>	<b>174</b>
II.1	Stade 1 : le repérage, la détection et l'identification des risques .....	175
II.1.1	L'évaluation du risque .....	175
II.1.2	L'identification et le signalement des événements indésirables .....	175
II.1.2.1	Les systèmes de signalements en France .....	176
II.1.2.2	Etat actuel des systèmes de signalements en France .....	177
II.1.2.3	Nécessité d'un système de signalement intégré à l'hôpital.....	178
II.1.2.4	Les limites du système de signalement .....	180
II.1.2.5	Les freins à la déclaration.....	180
II.1.2.5.1	Une mauvaise ergonomie des logiciels dédiés à la déclaration des événements indésirables .....	181
II.1.2.5.2	La nécessaire prise en compte de l'utilisateur.....	181
II.1.2.5.3	Un nécessaire changement organisationnel .....	181
II.1.3	Solutions alternatives .....	182
II.1.3.1	Revue de dossiers.....	182
II.1.3.2	Revue critique ou revue de sécurité .....	183
II.2	Stade 2 : l'analyse approfondie d'incidents ou d'accidents avérés .....	183
II.2.1	La méthode ALARM .....	183
II.2.1.1	Définition.....	184
II.2.1.2	Déroulement de la méthode .....	184
II.2.1.3	Avantages et limites.....	185

II.2.1.4	Evolution de la méthode .....	185
II.2.2	La revue de Morbidité-Mortalité (RMM).....	185
II.2.2.1	Définition .....	185
II.2.2.2	Déroulement de la méthode .....	186
II.2.2.3	Avantages et limites .....	186
II.2.3	Le Comité de Retour d'Expérience (CREX) .....	186
II.2.3.1	Définition .....	187
II.2.3.2	Déroulement de la méthode .....	187
II.2.3.3	Avantages et limites .....	188
II.3	Stade 3 : La mise en œuvre de démarches préventives .....	188
II.3.1	L'Analyse des Modes de Défaillance de leurs Effets et de leur Criticité (AMDEC).....	189
II.3.1.1	Définition .....	189
II.3.1.2	Déroulement de la méthode .....	190
II.3.1.3	Avantages et limites .....	190
II.4	Stade 4 : L'intégration de bonnes pratiques de sécurité .....	191
II.4.1	Culture sécurité .....	191
<b>III</b>	<b>Comparaison des méthodes et place de l'outil de signalement des événements indésirables.....</b>	<b>191</b>
III.1	Des méthodes systémiques mais complexes .....	191
III.2	Portée centrale de l'outil de gestion des événements indésirables.....	193
<b>Section II - Chronique de l'outil de gestion des événements indésirables : premières leçons de l'expérimentation au sein du CHRUX.....</b>		
<b>194</b>		
<b>I</b>	<b>Approche processuelle .....</b>	<b>195</b>
I.1	Etude de l'outil dans une dynamique contextuelle.....	195
I.2	Etude de l'outil en interaction .....	196
<b>II</b>	<b>Description du contexte organisationnel du CHRUX.....</b>	<b>196</b>
II.1	Structure générale.....	196
II.2	Structure organisationnelle.....	197
<b>III</b>	<b>Organisation de la qualité et gestion des risques au CHRUX.....</b>	<b>199</b>
III.1	Une structuration commune aux organisations de santé .....	199
III.2	La qualité et gestion des risques au CHRUX.....	199
III.2.1	Principe de gouvernance général .....	200
III.2.2	L'organisation interne de la qualité au CHRUX.....	201
III.2.2.1	Direction de la Qualité et des Usagers (DQU).....	201

III.2.2.2	Le pôle Qualité Sécurité du Patient et Santé Publique (QSP2) .....	202
III.2.2.3	La gestion globale des risques .....	202
<b>IV</b>	<b>DIMENSION FONCTIONNELLE .....</b>	<b>203</b>
IV.1	La finalité organisationnelle de l'outil .....	203
IV.1.1	Les préceptes sur lesquels se fondent l'outil.....	203
IV.1.1.1	Un socle réglementaire .....	203
IV.1.1.2	Un rayonnement large .....	204
IV.1.2	Un outil de gestion adapté aux objectifs fixés .....	205
IV.1.3	Vision stratégique de l'outil.....	205
IV.2	Fonction de l'outil.....	206
IV.2.1	La structuration de la déclaration des événements indésirables au CHRUX ..	206
IV.2.1.1	La notification .....	206
IV.2.1.2	Le notifiant .....	206
IV.2.1.3	La phase post déclaration .....	207
IV.2.2	Modalités d'analyse des déclarations au CHRUX .....	208
IV.2.2.1	Objectifs et principes de mise en œuvre .....	208
IV.2.2.2	Les acteurs de l'analyse et du traitement des événements indésirables 208	
IV.2.2.2.1	Les gestionnaires de risque .....	208
IV.2.2.2.2	La Cellule de Veille .....	209
IV.2.2.2.3	La Cellule de Crise .....	209
IV.2.2.2.4	La Cellule d'Analyse .....	209
IV.2.2.2.5	La COVIRIS .....	210
IV.2.2.3	Le reporting du traitement des événements indésirables .....	210
<b>V</b>	<b>Le rapport de l'outil avec la stratégie d'entreprise .....</b>	<b>211</b>
V.1	Perception de la qualité et culture qualité au CHRUX .....	211
V.1.1	Perception hétérogène de la qualité .....	211
V.1.1.1	Perception exprimée par les cadres supérieurs de santé lors des entretiens.....	211
V.1.1.2	Perception par les professionnels de santé interrogés par questionnaire 212	
V.1.1.3	Vision positive de la qualité .....	212
V.1.1.4	Vision négative de la qualité .....	213
V.1.2	Culture qualité embryonnaire .....	213
V.2	Perception positive de la qualité par les managers .....	215
V.2.1	Outil perçu comme un levier d'intégration de la démarche qualité .....	215
V.2.2	Impacts managériaux de l'utilisation de l'outil .....	215

V.2.2.1	L'outil envisagé comme soutien managérial.....	215
V.2.2.2	L'outil envisagé comme aide à l'amélioration des pratiques des professionnels .....	216
V.3	Une organisation de la qualité et gestion des risques perçue comme complexe 216	
V.4	La dualité du structurel .....	216
<b>VI</b>	<b>DIMENSION STRUCTURELLE .....</b>	<b>217</b>
VI.1	Histoire de l'outil.....	217
VI.1.1	Eléments précurseurs : les discours normatifs externes.....	217
VI.1.1.1	Les réglementations et recommandations .....	217
VI.1.1.2	Les résultats d'études nationales .....	218
VI.1.1.3	Les procédures de certification .....	218
VI.1.2	Eléments précurseurs : le contexte interne .....	219
VI.2	Structuration et matérialité de l'outil.....	219
VI.2.1	Point d'ancrage médical .....	219
VI.2.2	Participation des professionnels à la conception ou à l'amélioration de l'outil de l'outil221	
VI.2.3	La technique et le social enchevêtrés.....	221
VI.3	Les utilisateurs .....	222
VI.4	Nécessaire prise en compte des utilisateurs .....	223
VI.5	Difficultés techniques d'utilisation de l'outil .....	223
VI.5.1	Outil trop exhaustif .....	224
VI.5.2	Complexité technique .....	224
VI.5.2.1	Manque d'accompagnement technique.....	225
VI.5.2.2	Manque de communication ascendante .....	225
VI.6	Difficultés organisationnelles .....	226
VI.6.1	Manque d'accompagnement sur le terrain .....	226
VI.6.1.1	Difficultés confirmées par le discours des personnes interrogées.....	226
VI.6.1.2	L'analyse quantitative corrobore le manque d'accompagnement ...	227
VI.6.2	Peu de communication .....	228
VI.6.3	Une institutionnalisation défailante .....	228
VI.6.4	Non prise en compte du contexte organisationnel .....	229
VI.6.5	Appropriation contextuellement située .....	229
<b>VII</b>	<b>DIMENSION PROCESSUELLE .....</b>	<b>230</b>
VII.1	Modalités d'utilisation de l'outil .....	230
VII.1.1	Fréquence d'utilisation.....	230
VII.2	Perception de l'outil par les utilisateurs dans son usage .....	231

VII.2.1	Outil facile d'utilisation mais peu accompagné .....	231
VII.2.2	Intégration mitigée de l'outil dans les pratiques professionnelles.....	231
VII.2.3	Perception plutôt positive de l'outil par les utilisateurs.....	231
VII.2.4	Déterminisme social ou appropriation ?.....	231
VII.3	Appropriations imprévues de l'outil .....	232
VII.3.1	Un outil source d'innovations et de décloisonnements.....	232
VII.3.2	Un usage détourné de l'outil.....	233
VII.3.2.1	Déviations de l'outil par les utilisateurs.....	233
VII.3.2.2	Détournement de l'outil par la hiérarchie.....	233
VII.3.2.3	Détournements bénéfiques.....	235
VII.3.3	Perspective socio-politique de l'appropriation de l'outil du CHRUX.....	235
VII.4	Actualisation de l'outil dans l'usage .....	236
VII.4.1	Des formations plus spécifiques à l'outil.....	236
VII.4.2	Des améliorations techniques .....	236
VII.4.2.1	Mise en place d'une cellule de veille technique .....	236
VII.4.2.2	Simplification de l'outil .....	237
VII.4.2.3	Modifications organisationnelles .....	237
VII.4.2.3.1	Le suivi des déclarations .....	238
VII.4.2.3.2	L'analyse des déclarations .....	238
VII.4.2.3.3	Systématisation des formations .....	238
VII.4.3	Bilan des améliorations opérées .....	239
VII.4.3.1	Bilan du déploiement de la nouvelle version.....	239
VII.4.3.2	Impact culturel.....	240
VII.4.3.3	Impacts sur l'usage.....	240
VII.4.3.4	Impact sur l'appropriation et le rapport des utilisateurs à l'outil .....	240
VII.4.4	Difficultés résiduelles .....	241
VII.4.5	Les controverses.....	242
VII.4.6	Considérer l'outil comme réducteur de complexité.....	242
<b>VIII</b>	<b>Les enseignements de l'expérimentation : vers un modèle .....</b>	<b>243</b>
VIII.1	Le contexte organisationnel .....	243
VIII.1.1	Dimensionnement de l'organisation non signifiant .....	243
VIII.1.2	Outil de gestion et culture qualité .....	244
VIII.1.2.1	Compréhension nécessaire du niveau de maîtrise organisationnel.....	244
VIII.1.2.2	L'accompagnement des méthodes .....	244
VIII.2	La prise en compte de l'outil dans toutes ses dimensions .....	245
VIII.2.1	Une phase conceptuelle déterminante .....	245
VIII.2.1.1	L'esprit ancré dans la technologie.....	245

VIII.2.1.2L'intégration des utilisateurs dès la conception .....	246
VIII.2.2 Une technicité de l'outil adaptée au contexte.....	246
VIII.2.3 Les conditions de l'appropriation .....	246
VIII.2.3.1 L'accompagnement de l'outil .....	246
VIII.2.3.2 Considérer l'outil comme « agissant ».....	247
VIII.2.3.3 Considérer l'appropriation comme un « processus collectif social »....	248
VIII.3 Ebauche d'un modèle .....	248

**SYNTHESE DU CHAPITRE 1 ..... 251**

**CHAPITRE 2 - L'OUTIL DE GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES, ETUDE DE CAS LONGITUDINAL : LE CAS DU CHY..... 253**

**Section I - De la qualité aux événements indésirables : formulation d'un diagnostic partagé 256**

**I Qualification de l'organisation..... 257**

I.1 Dimensionnement .....	257
I.1.1 Spécificité de l'offre de soins et activité.....	257
I.2 Caractérisation organisationnelle .....	258

**II Niveau de maturité organisationnelle dans le domaine de la qualité, gestion des risques 260**

II.1 Engagement de la Direction dans une politique qualité et gestion des risques 260	
II.1.1 Une démarche qualité inscrite dans les orientations stratégiques.....	260
II.1.2 Valeurs et principes de fonctionnement .....	260
II.2 Un système de management de la qualité et de la gestion des risques peu structuré.....	261
II.2.1 Stratégie et pilotage du système de management de la qualité et des risques opaques.....	262
II.2.2 Faible animation du système de management de la qualité et des risques..	263
II.2.3 Une Gestion documentaire peu maîtrisée .....	264
II.2.4 Une formation parcellaire des professionnels dans le domaine de la qualité, gestion des risques. ....	264

**III Niveau de performance qualité ..... 265**

III.1 Des résultats mitigés concernant la procédure de certification.....	265
III.2 Une faible dynamique d'intégration de la démarche qualité. ....	265
III.3 Un Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) peu investi ....	266

<b>IV</b>	<b>Compréhension de l'outil de gestion dans son contexte .....</b>	<b>267</b>
IV.1	Une gestion globalisée des risques non systématisée.....	267
IV.1.1	Une gestion <i>a priori</i> des risques non dynamique .....	267
IV.1.2	Une gestion <i>a posteriori</i> des risques peu développée .....	268
IV.2	Faible niveau d'appropriation de l'outil de gestion .....	269
IV.2.1	Histoire de l'outil : l'opportunité d'une implantation.....	269
IV.2.2	Manque d'accompagnement et détournement hiérarchique de l'outil.....	269

**Section II - De la maquette à sa réalisation : vers une mesure de l'intégration de la démarche qualité .....271**

**I Réorganisation du système de management de la qualité et de la gestion des risques 273**

I.1	Remaniement des composantes : recentrage autour de la notion de qualité	273
I.1.1	Une direction instituée.....	273
I.1.2	Mobilisation affirmée des partenaires et des personnes ressources .....	273
I.2	Structure de pilotage affirmée .....	274
I.2.1	Une réelle gouvernance .....	274
I.2.2	Coordination et animation clarifiées.....	275
I.2.3	Institutionnalisation de structures opérationnelles .....	276
I.3	Amélioration du niveau de performance de la qualité .....	277
I.3.1	L'opportunité de l'approche processus grâce au compte qualité.....	278
I.3.2	L'opportunité de l'implication des professionnels par la méthode patient traceur	279

**II Modélisation du système de management de la qualité et des risques ..... 280**

II.1	Dimension stratégique .....	281
II.1.1	Clarification et repositionnement stratégique du système de management de la qualité et des risques .....	281
II.1.1.1	Clarification du positionnement institutionnel de la Direction Qualité .	281
II.1.1.2	Clarification des missions et champs d'actions du responsable assurance qualité et de la secrétaire qualité .....	282
II.1.2	Institutionnalisation du système de management de la qualité et de la gestion des risques .....	282
II.1.3	Adaptation du système de management de la qualité aux orientations HAS et identification des processus clés.....	283
II.1.3.1	Formalisation de la cartographie des processus.....	283
II.1.3.2	Définition d'un Comité Stratégique de la Certification .....	284
II.1.3.2.1	Un appui méthodologique sur la conduite de la procédure de certification.....	284

II.1.3.2.2	Un dispositif d'apprentissage et d'appropriation de la démarche qualité	284
II.1.4	Amélioration de la connaissance et de l'appropriation du système de management de la qualité par la communication	284
II.1.4.1	Communication formelle et informelle	285
II.1.4.2	Développement des outils et canaux de communication	286
II.2	Dimension structurelle	287
II.2.1	Un soutien stratégique affiché par l'institutionnalisation d'une rencontre hebdomadaire Direction Générale/Direction Qualité	287
II.2.2	Un renforcement des structures de coordination par la remobilisation du Comité de Pilotage du Document Unique d'évaluation des risques professionnels	287
II.2.3	Un renforcement des structures de coordination par la mise en œuvre d'une cellule opérationnelle de la qualité et de la gestion des risques	288
II.3	Dimension technique	289
II.3.1	Structuration du système documentaire qualité	290
II.3.2	Maitrise et déploiement des méthodes et outils	290
II.3.3	Intégration de la formation comme outil de pilotage	291
II.3.3.1	Formations en interne	291
II.3.3.2	Formations spécifiques	292
II.3.4	L'articulation par la gestion de projet	292
II.4	Dimension culturelle	292
II.4.1	Renforcer les représentations	293
II.4.1.1	Le partage de l'information	293
II.4.1.2	Une communication fondée sur la confiance mutuelle et l'ouverture	293
II.4.2	Promouvoir l'apprentissage en équipe	294
II.4.3	Reconsidérer l'outil de gestion	294
II.4.3.1	Agir sur la technicité et la structuration de l'outil	296
II.4.3.2	Redonner confiance aux utilisateurs	297
II.4.3.3	Favoriser la perception du circuit d'analyse et de traitement des événements indésirables	297
II.4.3.4	Favoriser la communication autour de l'outil de gestion	298
<b>SYNTHESE DU CHAPITRE 2</b>		<b>300</b>

**CHAPITRE 3 VERS UNE HEURISTIQUE D'UNE GESTION INTEGREE DE LA QUALITE .....302**

**Section I - Les leçons de l'expérimentation : les invariants repérés .....305**

**I L'outil comme objet du signifiant..... 306**

I.1.1	Une rationalité instrumentale qui doit s'adapter à la rationalisation contextuelle .....	307
I.2	L'outil sert l'action collective et nourrit l'action gestionnaire .....	307
I.2.1	Une actionnabilité liée au contexte .....	308
<b>II</b>	<b>La part des utilisateurs.....</b>	<b>309</b>
II.1	Habitations et contraintes.....	309
II.2	Une dynamique d'usage non prédéterminée .....	309
<b>III</b>	<b>La contrainte réglementaire comme opportunité .....</b>	<b>310</b>
	<b>Section II - Vers un modèle ingénierique.....</b>	<b>311</b>
<b>I</b>	<b>Le « pourquoi » d'une méthode.....</b>	<b>312</b>
I.1	Inscrire la méthode dans une dynamique contextualisée .....	312
I.2	Contribution du modèle à l'intégration de la démarche qualité .....	313
I.3	Un modèle au service de l'acteur .....	313
<b>II</b>	<b>Les modalités d'usage du modèle .....</b>	<b>315</b>
II.1	Points d'entrée : dimensionnement général.....	315
II.2	La mécanique d'usage du modèle.....	316
II.3	Les indicateurs de mesure du niveau d'intégration de la démarche qualité...317	
II.3.1.1	Niveau de maturité organisationnel concernant la qualité et la gestion des risques.....	317
II.3.1.2	Facteurs contextuels .....	317
II.3.1.3	Facteurs culturels .....	318
II.3.1.4	Niveau d'appropriation de l'outil de gestion .....	319
II.3.1.4.1	L'histoire de l'outil .....	319
II.3.1.4.2	La fonction de l'outil.....	320
II.3.1.4.3	Intentions de conception .....	320
II.3.1.4.4	Modalités d'appropriation.....	321
	<b>SYNTHESE DU CHAPITRE 3 .....</b>	<b>322</b>
	<b>SYNTHESE DE LA SECONDE PARTIE .....</b>	<b>323</b>
	<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>326</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>333</b>
	<b>TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES.....</b>	<b>359</b>
	<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>363</b>

## RESUME

*Les organisations hospitalières sont confrontées à des évolutions constantes : évolution technologique, évolution sociétale des attentes, place de l'utilisateur de plus en plus affirmée, mutations organisationnelles préconisées par les tutelles et un éventail de réformes qui se télescopent parfois. Les établissements de santé sont au cœur des réformes du système de santé et doivent continuellement s'adapter aux changements. La mise en œuvre des nouvelles politiques de santé soulève la question de l'adaptation des organisations hospitalières : adaptation liée à la mutation de l'environnement, à la multiplication des interactions entre les acteurs, à la prise en compte des réseaux de soins, des pôles d'activités et des processus transverses. Le domaine de la qualité à l'hôpital est également devenu une exigence légale et réglementaire. Depuis la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et des ordonnances d'avril 1996 introduisant l'obligation de la mise en œuvre d'une procédure d'évaluation externe, de nombreuses évolutions réglementaires concernant les démarches de certification des établissements de santé se greffent à contexte organisationnel déjà contraint. L'intégration de la démarche qualité à l'hôpital est renforcée. Dès 2020, les établissements constituant les Groupements Hospitaliers de Territoires seront soumis à une procédure de certification commune. L'articulation de l'offre de soins autour de projets médicaux partagés amplifie les synergies stratégiques et opérationnelles des établissements de santé autour d'une dimension transversale et conjointe de la démarche qualité et gestion des risques.*

*Les évolutions réglementaires qui ont marquées les organisations hospitalières ont ainsi participé à l'implémentation d'outils de gestion à visée rationalisante et la prise en compte de la qualité comme outil de gestion s'est peu à peu développée. Car si la qualité a d'abord été envisagée comme une réduction technique de non-conformités, l'intégration du facteur humain a largement contribué à penser la qualité comme un outil de gestion. De fait, les stratégies d'intégration de la démarche qualité par les outils de gestion dans les organisations hospitalières peuvent être porteuses. En effet, les outils de gestion sont des éléments structurants de l'organisation. Ils participent à sa construction en influant sur les rôles sociaux des acteurs. Nous pensons que l'utilisation des outils de gestion de la qualité participe au déploiement de la démarche qualité. Ainsi, nous avons choisi de déterminer les leviers d'appropriation de la démarche qualité en nous appuyant sur l'étude d'un outil de gestion de la qualité : la fiche de déclaration des événements indésirables. Étudier un outil de gestion de la qualité dans un contexte organisationnel implique l'étude de l'outil lui-même, mais également les déterminants contextuels propres à l'organisation dans laquelle il vit. L'ancrage de l'outil n'occulte en aucune façon son histoire, l'environnement dans lequel il évolue, les intentions des concepteurs ou encore le contexte social et culturel. Ainsi, une prise en compte contextualisée de l'outil peut être un moyen de mesurer le niveau d'intégration de la démarche qualité d'une organisation hospitalière. En effet, les principes d'intégration de la démarche qualité ne sont pas portés par une méthode type qui serait reproduite à l'identique dans n'importe quelle organisation hospitalière, ils sont intégratifs des facteurs de contingence spécifiques à l'organisation et du niveau de maturité organisationnel dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques.*

*La première partie de ce travail délimite les concepts de qualité à l'hôpital et d'outils de gestion. La seconde partie fondée sur une approche empirique des outils de gestion de la qualité repose sur l'idée qu'il est possible de proposer un modèle de mesure des facteurs d'intégration de la qualité à l'hôpital à destination des managers hospitaliers.*

## ABSTRACT

*Hospital organizations are confronted with constant changes: technological change, societal change in expectations, the increasingly assertive role of the user, organizational changes advocated by guardians and a range of reforms that sometimes telescope. Health care institutions are at the heart of health system reforms and must continually adapt to changes. The implementation of new health policies raises the question of the adaptation of hospitals' organizations: adaptation linked to changes in the environment, increasing interactions between actors, taking into account healthcare networks, Clusters and cross-cutting processes. The field of quality in hospital has also become a legal and regulatory requirement. Since the Hospital Act of 31 July 1991 and the Ordinances of April 1996 introducing the obligation to implement an external evaluation procedure, numerous regulatory changes concerning the certification procedures of healthcare establishments are grafted on the context Organizational structure already constrained. The integration of the quality approach into the hospital is strengthened. As early as 2020, the establishments constituting the Territorial Groupings will be subject to a common certification procedure. The articulation of the offer of care around shared medical projects amplifies the strategic and operational synergies of the healthcare institutions around a transversal and joint dimension of the quality and risk management approach.*

*The regulatory changes that marked the hospital organizations have thus participated in the implementation of management tools with rationalizing aim and the taking into account of the quality as management tool has gradually developed. For if quality was first considered as a technical reduction of nonconformities, the integration of the human factor has largely contributed to thinking quality as a management tool. In fact, strategies for integrating the quality approach with management tools in hospital organizations can be beneficial. Indeed, the management tools are structural elements of the organization. They participate in its construction by influencing the social roles of actors. We believe that the use of quality management tools contributes to the deployment of the quality approach. Thus, we chose to determine the levers of appropriation of the quality approach based on the study of a quality management tool: the report card of the adverse events. Studying a quality management tool in an organizational context involves studying the tool itself, but also the contextual determinants specific to the organization in which it lives. The anchoring of the tool does not in any way hide its history, the environment in which it evolves, the intentions of the designers or the social and cultural context. Thus, a contextualized taking into account of the tool can be a means of measuring the level of integration of the quality process of a hospital organization. Indeed, the principles of integration of the quality approach are not borne by a typical method that would be reproduced identically in any hospital organization, they are integrative of the contingency factors specific to the organization and the level Of organizational maturity in the field of quality and risk management. The first part of this work delineates the concepts of quality in the hospital and management tools. The second part, based on an empirical approach to quality management tools, is based on the idea that it is possible to propose a model for measuring the integration factors of quality in hospitals for hospital managers.*