

INDUSTRIALISATION DES SOINS ET GESTION DE L'ALÉA : LE « TRAVAIL D'ARTICULATION » AU BLOC OPÉRATOIRE, DÉTERMINANTS ET OBSTACLES

À la lumière du concept d'agencement organisationnel, la recherche questionne les impacts sur le travail réel du tournant gestionnaire des établissements de soins provoqué par les nombreuses réformes du système de santé. Notre étude de cas réalisée au sein du bloc opératoire d'une clinique privée souligne le rôle primordial du travail d'articulation effectué par les personnels pour faire face à l'événement. La communication est placée au cœur de l'agencement qui se construit en situation perturbée. Notre étude montre que les dispositifs gestionnaires déployés dans ce contexte de rationalisation des soins peuvent constituer un soutien essentiel à ce travail d'articulation, finalement apparenté à un travail de régulation au travers duquel les acteurs s'approprient ces dispositifs. Toutefois, nous identifions au sein de l'agencement un certain nombre de contradictions qui pèsent sur ce travail. Nous en appelons alors à de nouvelles formes de rationalisation du cadre de l'action tournées vers le soutien de ce travail de régulation.

Par **Stéphanie GENTIL***

« **O**n fait énormément d'interventions par jour, c'est l'usine. Des fois, on n'a plus de lits pour accueillir les patients ; on doit garder les patients plus longtemps en salle de réveil, parce que les transferts ne se font pas (...).

L'impression que j'en ai, c'est que l'on travaille à flux tendu : on n'a pas vraiment de marge pour pallier les

* Institut d'Économie et de Management de Nantes – IAE.

imprévu ». Les paroles de cette infirmière de salle de réveil témoignent très nettement de l'émergence, ces dernières années, de tout le vocabulaire de l'optimisation industrielle au sein des établissements de santé. Depuis les années 1990, dans le but de réduire les dépenses publiques, les politiques en vigueur dans le domaine de la santé vont en effet dans le sens d'une plus grande rationalisation des soins. À cette fin, un grand nombre de dispositifs gestionnaires sont déployés par les tutelles. Il en est ainsi de la tarification à l'activité (T2A) mise en œuvre en 2004-05, mais également de la plus récente loi, dite HPST (Hôpital, patients, santé et territoires), qui incite à des rapprochements entre établissements de soins, sur l'ensemble du territoire national. Ce phénomène, que l'on peut qualifier d'« industrialisation des soins », bouleverse profondément le modèle d'affaires des établissements de santé, en particulier des cliniques privées qui sont dès lors incitées aux fusions, aux concentrations et à la recherche d'économies d'échelle.

Dans ce contexte de rationalisation, de nombreux auteurs travaillent sur les enjeux de la régulation. Strauss (1992) met ainsi en évidence le travail « *d'articulation opérationnelle* », tandis que Raveyre et Ughetto (2003) évoquent l'idée d'un travail de « *mise en cohérence* » (p. 110) et soulignent l'importance des arrangements informels qui s'opèrent entre les acteurs. Grosjean et Lacoste (1999) s'emparent, quant à eux, de cette question de la régulation en l'abordant sous l'angle de la communication.

C'est à cet aspect du travail d'articulation, examiné dans le contexte de l'industrialisation des soins dépeint plus haut, que nous nous intéresserons ici.

Notre réflexion prend pour grille de lecture le concept d'agencement organisationnel proposé par Girin (1995). Notre propos nous conduit à placer la communication au cœur de ces agencements organisationnels en montrant qu'ils prennent en définitive, à certains moments, la forme d'espaces de discussion (DETCHESSAHAR, 2003). Dans cet article, nous chercherons à déceler ce qui peut soutenir (ou au contraire rompre ou entraver) la dynamique de ces espaces, à partir de l'étude de deux blocs opératoires.

NOUVEAUX DISPOSITIFS DE GESTION – APPARITION D'UNE TENSION ENTRE LA STANDARDISATION DES SOINS ET LA GESTION DE L'IMPRÉVU

Le tournant gestionnaire des établissements de santé

Les nombreux instruments de régulation (programme de médicalisation des systèmes d'information, groupes homogènes de malades, tarification à l'activité, etc.) mis en place par l'État dans les années 1990

ont contribué à transformer en profondeur le système de soin français. Ces réformes se sont succédées au fil des années avec un objectif commun, celui de standardiser les pratiques (LAPOINTE *et al.*, 2000) entre les différents établissements hospitaliers afin de maîtriser les dépenses de santé tout en garantissant un niveau élevé de la qualité des soins.

La gestion interne des établissements de santé dès lors incitée à la rationalisation économique s'en trouve profondément modifiée (LENAY, 2001) et de nombreux dispositifs gestionnaires voient le jour, conduisant certains auteurs à pointer un risque de « *gestionnite* » susceptible d'atteindre les dirigeants de ces établissements (DETCHESSAHAR et GREVIN, 2009). On s'accorde aujourd'hui à souligner la forte division du travail de soins et la stricte *procéduralisation* qui l'accompagne (PASCAL, 2003, p. 193). L'organisation hospitalière se caractérise aussi par une tentative croissante de programmation et de planification de l'activité, comme le suggèrent Tonneau et Lucas (2006) : des contraintes de réalisation (ordre des tâches, rythme, délais) sont associées à l'application des procédures. C'est à cette instrumentation gestionnaire interne déployée en réponse aux dispositifs de régulation mis en œuvre par les tutelles que nous souhaitons nous intéresser ici. Nous suggérons ainsi d'ouvrir la *boîte noire* que constituent les établissements hospitaliers (LENAY et MOISDON, 2003, p. 137).

Une standardisation du processus de prise en charge des patients confrontée à l'événement (l'imprévu)

Ce point d'entrée au niveau « micro » nous amène à nous intéresser aux spécificités de l'activité de soins. Il s'agit ici de mettre l'accent sur la singularité des différentes trajectoires de malades (STRAUSS, 1992). Chaque prise en charge est en effet différente « *du fait de la diversité des traits cliniques et sociaux associés au patient* » (MINVIELLE, 1996, p. 42).

De plus, aux caractéristiques du patient, s'ajoutent des événements (ZARIFIAN, 1995) liés à l'organisation elle-même. Or, l'événement (par opposition au concept d'*opération*, qui constitue « *le support de la tâche dont on peut préparer le contenu à l'avance* » (p. 21)) désigne « *tout fait qui vient perturber le système* » (p. 33).

L'événement crée donc une discontinuité dans le flux tel qu'il est planifié à l'hôpital, et fait appel à d'autres modes de régulation, la résolution des problèmes rencontrés revêtant un caractère crucial puisque l'activité des établissements de santé compose avec des vies humaines. Dès lors, nous nous trouvons en présence d'une contradiction : d'une part, afin de faire face aux contraintes de coût, de délais et de qualité qui pèsent simultanément sur les établissements hospitaliers, de nombreux outils de gestion incitant à la normalisation des pratiques et à la planification du flux ont été déployés en interne. Mais, d'autre part, les procédures

développées par cette standardisation des soins ne permettent pas de réagir à l'événement pourtant caractéristique de l'activité hospitalière. Dans ce cas, comment et par le biais de quels acteurs le paradoxe évoqué plus haut est-il géré, au quotidien, dans les établissements de santé ?

Le travail d'articulation – La coordination informelle assurée par les collectifs de travail

Pour les établissements de santé, l'enjeu est de taille : il s'agit, pour reprendre l'expression de Minvielle (1996), de « *gérer la singularité à grande échelle* » ou, pour le dire autrement, d'intégrer chaque prise en charge d'un malade dans une « *organisation collective faite de la juxtaposition et de la coordination entre différentes compétences et de contingences logistiques qui s'imposent aux personnels soignants* » (TONNEAU, 1998, p. 65).

Au final, la performance d'un établissement hospitalier (qu'elle soit mesurée en termes de coût ou en termes de qualité) dépend en grande partie de la façon dont ces différentes trajectoires, dont l'évolution est toujours potentiellement imprévisible, sont coordonnées entre elles (MOISDON, 2008). Dans ce cadre, Strauss (1992) évoque l'idée d'un travail d'articulation effectué par les différents acteurs au sein de chacune des trajectoires des malades. Articuler, c'est alors mettre en cohérence les différentes tâches, mais c'est aussi gérer l'aléa, lorsque celui-ci se présente (GROSJEAN, LACOSTE, 1999). Grosjean et Lacoste (1999) mettent, quant à eux, en exergue le travail de médiation entrepris par les personnels, dont l'objectif est de s'assurer du bon fonctionnement du collectif en dépit de l'éclatement spatial et temporel qui le caractérise et malgré la division du travail.

Ce travail d'organisation pris en charge par les acteurs se rapproche du mécanisme de coordination informel évoqué par Mintzberg (1982), l'ajustement mutuel. Celui-ci se réalise par voie de « *communication informelle* » entre les acteurs qui s'adaptent les uns aux autres au fur et à mesure que leur connaissance du travail à effectuer devient plus précise (MINTZBERG, 1982, p. 19). Comme l'explique Strauss (1992), l'apparition d'un événement contraint les acteurs qui y sont confrontés à prendre une décision sur le comportement à adopter. Or, Zarifian (1995) souligne qu'au regard de la complexité des organisations (notamment du fait de la division du travail), nul ne peut avoir une vision complète du processus. Par ailleurs, différents mondes d'action (GLOUBERMAN, MINTZBERG, 2001) aux contraintes et aux intérêts divergents (GROSJEAN, LACOSTE, 1999) coexistent au sein des établissements hospitaliers : la prise de décision implique d'arbitrer entre ces différentes logiques d'action. C'est finalement la communication qui, en développant l'intercompréhension entre les individus, va permettre de « *réaliser une intersection entre des représentations néces-*

sairement partielles et partiales de la situation objective, de s'approcher de quelque chose de global » (ZARIFIAN, 1995, p. 224) de façon à pouvoir prendre une décision qui soit tournée vers l'action.

Questionner le travail d'articulation dans son contexte organisationnel : une entrée par les agencements organisationnels

Si ce travail de coordination informel a déjà été mis en évidence sous différentes formes dans la littérature, il nous semble que la réflexion autour de ses modalités concrètes de réalisation dans le contexte organisationnel décrit plus haut, reste à approfondir. Dans cette perspective, notre article prendra pour grille de lecture le concept d'agencement organisationnel de Girin (1995), au travers duquel l'organisation est perçue comme une combinaison de ressources humaines, matérielles et symboliques. Il s'agit ici de prêter attention non seulement aux individus et à leurs échanges, mais aussi aux objets techniques qu'ils mobilisent ainsi qu'aux espaces dans lesquels ils évoluent. Cet éclairage théorique nous conduira finalement à appréhender les aspects tant formels qu'informels de l'organisation dans leur rapport dynamique, en interrogeant leur complémentarité et en identifiant d'éventuels paradoxes au sein de cet agencement. Nous nous demanderons ainsi dans quelle mesure l'instrumentation gestionnaire développée localement par les établissements de santé soutient le travail d'articulation réalisé par les personnels, et notamment l'activité dialogique à laquelle ils se livrent dans les cours d'action.

LA MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE

Notre recherche s'appuie sur l'étude d'une clinique privée, qui a débuté en décembre 2008. Elle découle d'une intervention sur des problèmes de climat social réalisée à la demande de la direction par une équipe de quatre chercheurs, au sein de laquelle nous étions intégrées. Une fois le périmètre de l'étude défini, l'équipe de recherche s'est scindée en deux groupes : le premier a focalisé son attention sur une unité de soins, tandis que le second, dont nous faisons partie, s'est penché de manière plus approfondie sur le cœur opérationnel de l'établissement, son bloc opératoire.

La méthodologie employée est de nature qualitative : au total, soixante-trois entretiens ont ainsi été menés entre janvier et mars 2009 auprès des personnels des deux unités retenues et des membres de la direction. Seuls trente-trois d'entre eux ont été conservés et analysés dans le cadre de la recherche que nous présentons ici, qui s'est spécifiquement focalisée sur le bloc opératoire.

Ces entretiens semi-directifs se sont structurés autour de quatre axes principaux : a) le parcours du salarié, b) la description de son travail, c) l'organisation de son activité et son mode de management et, enfin, d) son vécu au travail.

Les entretiens ont débuté par la rencontre des membres de la direction (DG, DRH, directrice du plateau technique, etc.) et se sont poursuivis, en descendant le long de la ligne hiérarchique jusqu'au niveau opérationnel (infirmiers, aides soignants, agents de services hospitaliers (ASH), agents de stérilisation, brancardiers). Le diagnostic ainsi élaboré a été présenté à la direction, aux personnels interrogés et au CHSCT, un diagnostic qui a été largement validé.

Une partie du diagnostic a mis en exergue une certaine tension éprouvée par les personnels, qui ne se sentent pas toujours en mesure de « faire du bon travail » du fait d'un accroissement des contraintes, d'une pression accrue sur les coûts et sur les délais. Afin d'approfondir cette question, nous avons mené (en mai et juin 2009), cette fois-seules, plusieurs journées d'observation *in situ* au sein de deux blocs opératoires, l'un d'une taille importante (le bloc orthopédie, comprenant sept salles d'interventions) et l'autre d'une taille plus réduite (le bloc cardiologie, comportant trois salles d'opérations). Au cours de ces observations, nous avons adopté un périmètre d'observation à la fois variable (suivi d'une infirmière coordinatrice, de deux responsables de proximité et d'un brancardier) et fixe (observation du fonctionnement d'un bloc dans son ensemble : suivi des trajectoires des malades au sein du bloc, observation des interactions bloc/salle de réveil ou bloc/stérilisation, etc.) (JOURNÉ, 2005).

À des fins de triangulation des sources de données, nous avons par ailleurs effectué une analyse de contenu des documents collectés au cours des observations. Ces données ont été rigoureusement codées, dans un premier temps phrase par phrase, ce qui nous a amené à constituer des « unités de texte » (outils de gestion, architecture, entraide,...). Dans un second temps, nous avons retravaillé nos observations afin de distinguer les différentes situations vécues par les acteurs et de pouvoir constituer ainsi des « unités de sens » (ALLARD-POESI, 2003, pp. 253-256) qui renvoient au final aux différents événements à réguler (matériel, urgences,...). Enfin, notre travail d'analyse nous a conduit à constituer des catégories d'un niveau d'abstraction supérieur (structure formelle, structure informelle, événements à réguler).

LES AGENCEMENTS ORGANISATIONNELS D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

La clinique investiguée illustre particulièrement bien le mouvement de rationalisation des soins décrit pré-

cedemment. Créée en 2003, elle résulte de la fusion de trois structures privées, réalisée dans le but de bénéficier d'économies d'échelle en mutualisant les moyens à la fois médico-techniques, soignants et logistiques détenus individuellement par les trois établissements. Elle dispose d'un service d'urgence qui a ouvert ses portes en 2004. Accueillant plus de soixante mille patients par an, pour un effectif de près de sept cent trente salariés, elle est aujourd'hui une des plus importantes cliniques en France. L'architecture, le matériel utilisé, les outils informatiques,... ont été pensés et introduits dans une perspective d'efficacité, tant pour les chirurgiens que pour le personnel du plateau technique.

Émergence de multiples aléas et perturbation du programme opératoire

Au sein de la clinique étudiée, la volonté d'optimiser le flux de patients s'est traduite par une programmation rigoureuse de l'activité à travers la mise en œuvre d'un service particulier, le service d'ordonnancement. Malgré l'existence d'un service des urgences, la majeure partie de l'activité de la clinique relève ainsi de la chirurgie programmée, c'est-à-dire d'une chirurgie inscrite au « programme opératoire » informatisé de la journée. Cet outil particulier qu'est le « programme opératoire » traduit bien l'uniformisation des modalités de la prise en charge des patients, les mêmes étapes pré- et postopératoires se répétant quelle que soit la nature de l'intervention programmée. Disposant d'une vision globale, l'ordonnancement aura ainsi à charge de réserver un lit et une salle d'intervention pour chaque type de chirurgie programmé, tandis que le plateau technique devra y affecter les moyens nécessaires : affectation du personnel, et commande puis stérilisation du matériel. Le jour de l'intervention, le patient suivra théoriquement une trajectoire bien définie : il sera préparé par les infirmières des services, puis descendu au bloc par un brancardier, pour l'heure à laquelle l'opération qu'il doit subir a été programmée. Il passera ensuite en salle de réveil, avant d'être remonté dans sa chambre.

Néanmoins, nous avons relevé au cours de nos observations la présence de nombreux événements qui jalonnent le parcours du patient et viennent déstabiliser cette trajectoire préétablie.

En premier lieu, ces événements concernent le matériel. Il peut s'agir d'une complication, en salle d'opération, qui nécessite du matériel supplémentaire non prévu initialement, ou encore de la déstérilisation des instruments, comme en témoigne cet agent de stérilisation : « *Il peut arriver que la boîte tombe, il faut tout re-stériliser (...)* ça peut arriver et, ça, on ne sait pas quand... ».

Le programme opératoire est aussi fréquemment déstabilisé par le comportement de certains chirurgiens.

giens : « *Sur papier, ça passe... Mais, dans la vraie vie, ça ne passe pas. Il faut avoir en tête : tel chirurgien veut bien aller dans cette salle-ci, mais pas dans celle-là. C'est un méli-mélo plein de contraintes. Les trois quarts du temps, on se dit "ça va être comme ça, et comme ça", et ça marche jamais ! C'est vrai que les temps opératoires, on le dit, c'est pas ce temps-là ; il faut que ça tienne dans les grilles* » (une infirmière de bloc). De ce fait, les pré-affectations de salles sont sans cesse modifiées au cours de la journée. Et ce sont aussi les imprévus liés aux urgences qui vont venir parasiter cette trame préétablie. Les patients provenant des urgences sont ajoutés aux programmes, souvent déjà bien chargés, des médecins. Dès lors, il faut organiser l'opération : fixer l'heure, la salle, préparer le matériel nécessaire, recueillir les informations auprès des médecins, du service des urgences, ... et les transmettre à l'ensemble des acteurs concernés ; un travail parfois laborieux, comme nous le relatait une infirmière de bloc au cours d'un entretien : « *C'est à nous de récupérer les radios, de demander aux urgences de les amener, d'appeler les brancardiers... On court après les éléments, ...* ». De surcroît, les événements qui surgissent ne procèdent pas seulement de l'activité du bloc opératoire, mais, plus globalement, de la clinique tout entière : le travail des différents intervenants dépend fortement de celui de l'acteur situé en amont de la chaîne. De ce fait, le retard pris par l'une des unités en amont du bloc opératoire (services de soin, stérilisation, ...) impactera nécessairement l'activité au sein du bloc. On assiste alors à la formation de goulots d'étranglement, comme l'illustrait une infirmière de bloc au cours d'un entretien : « *Des fois, ça s'enchaîne très mal. Nous, on a bien avancé, dans le programme d'un chirurgien, mais le patient n'est toujours pas arrivé (...). Après, faut tout redécaler. Donc, le brancardier, on lui dit d'aller le chercher... Mais l'infirmière lui dit que le patient n'est pas encore arrivé... : c'est tout un enchaînement...* ». De la même manière, les événements présentés précédemment, qui déstabilisent le programme opératoire, affecteront les unités situées en aval (salle de réveil, puis, à nouveau, les brancardiers et les services de soin).

Gérer l'imprévu à l'hôpital : le rôle central du travail d'articulation

Face aux nombreux aléas qui viennent déstabiliser l'activité (pourtant extrêmement planifiée en amont afin d'optimiser le flux des patients), nos observations mettent en évidence le travail d'organisation accompli par les personnels du bloc pour réguler ces événements dans les cours d'action.

Dans la clinique étudiée, ce travail repose sur une fonction formellement établie, celle de l'infirmière-coordinatrice. Afin d'optimiser l'usage des moyens

disponibles au bloc opératoire, cette infirmière est chargée d'adapter les affectations de salles à l'état d'avancement réel des programmes opératoires. Pour ce faire, elle s'appuie sur un outil de gestion « dérivé » du programme opératoire informatisé, la version papier de ce planning, sur lequel elle s'est créé son propre code couleur.

S'appropriant l'instrumentation gestionnaire instaurée, la coordinatrice utilise finalement ce programme comme un véritable outil de travail puisqu'elle y inscrit les attributions de salles qu'elle envisage à un moment donné et elle l'actualise tout au long de la journée. Mais le rôle qu'elle tient va bien au-delà des tâches qui lui sont formellement affectées. Par exemple, elle va prendre en charge les urgences : elle organise les différentes opérations en prévenant les médecins concernés et en leur fournissant les moyens de leur intervention, puis elle transmet les informations aux acteurs concernés (prévenir les brancardiers, la salle de réveil, mais aussi alimenter les outils de coordination entre les différents intervenants).

Finalement, les tâches d'organisation supportées par les acteurs relèvent du travail de médiation (GROSJEAN, LACOSTE, 1999) évoqué dans notre cadre théorique puisque les infirmières (notamment la coordinatrice) prennent en charge les transmissions d'informations non seulement entre le bloc et les unités connexes, mais aussi entre les équipes du matin et celles du soir. Sur cet aspect, les dispositifs gestionnaires, qui concernent aussi bien des outils papiers (le cahier de transmission, par exemple) que le système d'information de la clinique, jouent un rôle essentiel. Ce dernier constitue une base de données unique permettant le partage d'informations médicales. Il intègre par ailleurs des outils de conception de l'organisation, et notamment le programme opératoire à partir duquel l'activité tout entière de la clinique va se structurer. Enfin, il rend possible, par le biais d'un code couleur mis à jour par les différents intervenants de la chaîne, le suivi en temps réel de la trajectoire des patients, permettant à chacun des acteurs d'anticiper le moment où il sera mobilisé dans la chaîne.

Ce travail d'organisation repose sur une forte culture de l'entraide et du soutien. Ainsi, nous avons eu l'occasion d'observer un grand nombre de situations au cours desquelles un acteur faisait appel à un autre, par exemple pour l'assister dans un travail physique (déplacer un patient sur la table d'opération, ...). Dans ce contexte, les outils de gestion ont toute leur place, comme l'illustre cet exemple d'une ASH qui utilise le système informatique pour s'informer de l'état d'avancement du travail de ses collègues situés dans d'autres blocs, afin d'aller les aider lorsqu'elle a un moment libre. Notons que l'usage qu'elle fait de l'outil est alors spécifique à son besoin et qu'il traduit de fait une certaine appropriation du système d'information.



L'activité communicationnelle au cœur du travail d'organisation

Derrière l'idée de « travail d'articulation », la notion d'échange d'informations est finalement omniprésente : la communication est au cœur du travail d'organisation. Il faut réunir les informations nécessaires à la prise de décision. À l'hôpital, le travail est en effet fondamentalement divisé, ce qui génère un morcellement des savoirs. Sur cet aspect, nous avons noté que l'existence d'une « salle d'orientation » dans cette clinique joue un rôle essentiel : la position centrale qu'elle occupe dans le bloc offre une vision d'ensemble à la fois du couloir et des différentes salles d'opé-

aussi à l'agencement physique entre les personnels (besoin de matériel ou d'un soutien au cours d'une intervention,...). Par exemple, pour les affectations de salles, la coordinatrice s'informerait régulièrement auprès des infirmières de salle d'opération (panseuses ou aides-opérateurs) afin de connaître l'état d'avancement du programme des médecins et de s'y adapter. Et, au-delà du simple partage d'informations, la dimension d'action de la communication est essentielle : ainsi, des négociations, des délibérations, des échanges de points de vue sur les décisions à prendre (qui concernent surtout l'organisation à adopter pour la suite du programme opératoire) vont se dérouler au sein de la salle d'orientation.

STÉPHANIE GENTIL



© Perregon/ANDIA

« La planification telle qu'elle est pratiquée au sein de la clinique soumet le personnel à des impératifs de vitesse et de débit dans lesquels les temps de rencontre entre les acteurs n'ont pas de place ». *Le service des urgences d'un hôpital.*

ration. Plusieurs fonctions y travaillent conjointement, telles que la coordinatrice ou encore une infirmière spécifiquement chargée de la préparation du matériel pour les interventions du lendemain. En son sein se situe un bureau et un poste informatique, un local où est également entreposé le matériel nécessaire aux interventions. De ce fait, cette salle constitue un lieu de passage d'acteurs aux fonctions et aux responsabilités différentes, ce qui facilite la transmission d'informations nécessaires non seulement à l'organisation de la journée opératoire (degré d'avancement dans les interventions, difficultés éventuelles,...) mais

Rationalisation des pratiques hospitalières : la coordination informelle est menacée

Si nos propos nous ont jusqu'ici plutôt conduit à mettre en évidence la façon dont les dispositifs gestionnaires déployés en interne dans une optique de rationalisation économique pouvaient soutenir le travail d'articulation accompli par les personnels, les résultats de notre étude attirent toutefois l'attention sur les dérives potentielles de ce tournant gestionnaire et sur les risques qui pèsent dès lors sur ces ajustements informels.



- *La planification ne prend pas en compte les temps d'échange entre les acteurs*

La planification telle qu'elle est pratiquée au sein de la clinique soumet le personnel à des impératifs de vitesse et de débit dans lesquels les temps de rencontre entre les acteurs n'ont pas de place. Au sein de ces procédures, les tâches programmées sont en effet celles qu'il est possible d'anticiper. Or, l'activité dialogique accompagne un travail d'articulation qui n'est pris en charge par les acteurs qu'au moment où des événements surgissent et viennent déstabiliser la trajectoire préétablie. Dès lors, ces moments d'échange ne peuvent être anticipés et ne sont donc pas ou peu planifiés. Les rencontres se déroulent alors dans les cours d'action, s'organisant de façon informelle, souvent en salle d'orientation. Mais, du fait du morcellement de l'activité, seule une petite partie de l'équipe est en mesure d'y assister. Les personnels rencontrés en entretien dénonçaient ainsi : « *C'est ça qui manque. Au point de vue de notre organisation à nous (...), on n'est jamais toutes au complet, il y a (...) des informations qui passent pas, car on n'a pas le temps de mettre toutes les informations par écrit* » ; « *Les informations sont données aux gens qui sont là sur le moment, elles ne sont pas retransmises à l'ensemble du groupe (...). Du coup, les premiers ont peut être reçu l'information, mais les derniers, non* » (des infirmières de bloc).

Ce problème ne se situe pas seulement au niveau des équipes : les moments de rencontre entre les personnels d'unités ou de fonctions différentes ne sont pas non plus envisagés. Pourtant, ces échanges sont importants car ils développent l'intercompréhension entre les acteurs, comme le rappelle cette infirmière de bloc en faisant allusion aux personnels des services : « *On ne les connaît pas du tout (...), c'est un peu dérangeant, car on ne connaît pas du tout leur travail, et inversement. Des fois, on arriverait peut-être plus à comprendre des situations si l'on savait comment chacun travaille...* ». Chaque service est en effet largement tributaire d'autres unités et peut, par conséquent, voir sa charge de travail augmenter ou son planning de la journée se modifier du fait de problématiques inhérentes à d'autres départements.

Et lorsque des moments d'échange se profilent, c'est uniquement parce que l'on a pu les anticiper, les planifier dans le temps : l'articulation n'est envisagée que dans une perspective de transmission d'informations descendantes... « *[des réunions], on en a quand elle [la responsable] a des choses à nous donner, des changements, par exemple par rapport au changement de planning* » (une infirmière de bloc). Or, les informations dispensées sont souvent bien loin des attentes et des besoins des personnels concernés : « *On a eu une super réunion pour nous expliquer l'organigramme, ça a duré une heure trente... On s'en fout, on sait lire un organigramme !* » (une infirmière de bloc). Et puisque l'activité est entièrement planifiée dans le temps, ces réu-

nions s'inscrivent dans un cadre temporel très contraignant qui n'est déterminé qu'en fonction des informations à communiquer... « *Elle [la responsable] sort ses trucs, ça dure... Et quand arrive le moment où elle nous dit "et vous, il y a des choses à dire ?", c'est le moment de terminer la réunion* » (une infirmière de bloc).

- *Un manque de reconnaissance des personnels*

Du fait du morcellement de l'activité et en l'absence de tels moments de rencontre, nul n'est en mesure d'appréhender le travail d'organisation dans sa globalité. Les personnels souffrent ainsi d'un manque de reconnaissance de ce travail. S'exprimant sur les tâches effectuées par la coordinatrice, une infirmière dénonçait par exemple : « *C'est difficile, car transparent : il n'y a pas de réunion, de transmission globale où ce travail pourrait être perçu dans sa globalité par les infirmières de salle. (...) Chacun ne voit que ses propres demandes* ». Reconnaître ce travail, c'est notamment faire la distinction entre les acteurs qui se bornent au respect des procédures et ceux qui vont au-delà du travail prescrit et se mobilisent dans les situations d'urgence pour rétablir l'ordre : « *Rien qu'un "merci" !... Personne n'est venu me dire : "merci, tu t'es bien débrouillée"*. (...) *Entre celles qui font leur travail, qui sont consciencieuses, qui vont courir partout et celles qui sont je-m'en-foutistes, il n'y a pas de différence* » (une infirmière de bloc). Par ailleurs, la prise en charge de ce travail d'articulation s'appuie sur une implication forte des acteurs (on se mobilise au-delà de la règle) et sur une représentation particulière de son propre métier qui suppose que l'on ne compte pas les heures passées auprès du patient. Or, cette conception de son métier entre en tension avec certains dispositifs gestionnaires mis en place qui sont porteurs d'une logique « comptable », comme le réprouvait une infirmière de bloc rencontrée en entretien : « *Au moins, récompenser notre équipe, qui est une super-équipe, franchement... Heureusement, pour les patients ! (...) Les après-midis, 12h40-20h en horaire, et on peut faire vingt minutes de pause non payées, cette semaine ; tous nos après-midis, les vingt minutes de pause, ont les a pas eues...* » (une infirmière de bloc).

- *Une culture de l'entraide mise en péril*

Du fait d'une procéduralisation parfois jugée excessive par les personnels, l'instrumentation gestionnaire pèse même sur la culture de l'entraide mise en évidence plus haut : « *Avant, entre ASH et brancardiers, on avait beaucoup plus d'aide (...). Il n'y a plus de solidarité : les agents de service sont derrière la vitre et ils nous regardent, il n'y a pas d'aide (...). Ça a été instauré dès le début, les agents sont là, le matin, à 7h, pour les premiers patients et ce n'est pas leur travail de nous aider* » (un brancardier). Cette « chasse aux recouvrements de tâches » met ainsi en péril les valeurs de solidarité qui constituent pourtant le fondement même du travail d'articulation.

ÉQUIPER ET SOUTENIR LE TRAVAIL D'ARTICULATION

Notre recherche nous a finalement conduites à mettre en évidence le travail d'organisation accompli par les personnels du bloc opératoire pour réguler les événements qui viennent perturber la trajectoire du patient telle qu'elle a été établie et organisée en amont.

Ce premier résultat confirme les écrits existants sur cette question (STRAUSS, 1992 ; GROSJEAN et LACOSTE, 1999). Nous avons ainsi identifié une composante essentielle de ce travail local d'articulation, l'activité dialogique, à laquelle les personnels se livrent dans les cours d'action. Face à un événement, les acteurs sont en effet conduits à échanger ou, plutôt, à « discuter », un terme qui traduit « *la dimension délibérative et politique des échanges* » (DETCHESSAHAR, 2003, p. 73) afin de comprendre et de résoudre ensemble le problème. Il s'agit de partager les différentes informations possédées sur la situation et de les confronter puisque, du fait du morcellement de l'activité, ces représentations sont potentiellement divergentes, pour prendre une décision sur la solution à mettre en œuvre pour faire face au problème rencontré. Il faut ensuite transmettre cette décision à l'ensemble des acteurs concernés (répartition des activités, reprogrammation, ...). Ce résultat ouvre ainsi de nouvelles perspectives en matière de recherche sur la sécurité au bloc opératoire : la communication est ici présentée comme le processus par lequel, face à un événement, les acteurs régulent la situation, et non pas comme un facteur de perturbation susceptible de mettre en danger la sécurité du patient, comme le suggèrent bon nombre d'études portant sur cette question au sein de blocs opératoires ou de services d'urgence (AMY *et al.*, 2011 ; AWAD *et al.*, 2005 ; LINGARD *et al.*, 2004 ; COIERA *et al.*, 2002 ; etc.).

Mais la visée de notre recherche va au-delà de ce premier résultat. Il s'agissait dans cet article, dans la lignée des travaux de Moisdon (2008) et de Tonneau (1998), d'interroger l'impact du tournant gestionnaire imposé aux établissements de santé sur l'activité réelle des acteurs et, plus spécifiquement, sur le travail d'organisation pris en charge par ceux-ci.

Nos résultats de terrain montrent finalement, à l'instar des travaux de Tonneau et Lucas (Rapport MEAH, 2006), que la recherche d'efficacité induite par le phénomène d'industrialisation dont nous avons fait état, ne s'accompagne pas nécessairement d'une dégradation de la qualité et de la sécurité des soins. En effet, appréhender les agencements organisationnels (GIRIN, 1995) d'un bloc opératoire nous a conduites à mettre en évidence le rôle des dispositifs gestionnaires et de la conception architecturale dans le travail d'articulation accompli par les personnels. Ainsi, nous avons montré que la régulation des perturbations prenait ici appui sur un acteur clé, l'infirmière-coordina-

trice et qu'elle se déroulait principalement au sein d'un espace de travail spécifique, la salle d'orientation. Cette salle constitue un véritable espace de discussion (DETCHESSAHAR, 2003) puisqu'au regard de l'emplacement stratégique qu'elle occupe dans le bloc, elle est à la fois un lieu de regroupement et un lieu de croisement des personnels. Elle est par ailleurs dotée de nombreux outils de gestion que les personnels se sont réappropriés : transformés en outil de travail ou en support informationnel à l'échange, ces instruments vont « *soutenir, faciliter ou informer la discussion de manière à la rendre la plus productive possible* » (DETCHESSAHAR, 2003, p. 73). Il apparaît finalement que les dispositifs gestionnaires déployés dans le contexte de la rationalisation des soins, qui visent à pousser le système à l'efficacité, sont également des ressources centrales de l'agencement organisationnel qui prend en charge la perturbation. Le travail d'articulation accompli relève notamment de l'appropriation, voire de l'adaptation de ces ressources pour les rendre propres à un usage spécifique : échanger des informations. La recherche réfute ainsi l'idée d'un déterminisme mécanique de l'action par les dispositifs gestionnaires. Nous pensons, à l'instar de Grimand (2006 b), que « *l'outil n'a d'impact que par son inscription dans l'activité humaine* » (p. 155). De ce fait, nous sommes d'accord avec les travaux de de Vaujany (2006) qui apparente l'élaboration des dispositifs formalisés (ici, les procédures et la planification de l'activité) à la régulation de contrôle de Reynaud (1988), tandis que la façon dont les acteurs vont détourner et réinventer ces dispositifs pour les rendre propres à leurs besoins se rattache à ce que l'auteur qualifie de régulation autonome. L'agencement organisationnel qui prend en charge la perturbation est donc fondamentalement le fruit d'un processus de régulation conjointe (REYNAUD, 1988).

Mais notre recherche pointe également les contradictions potentielles qui traversent l'agencement ainsi identifié. Si ces dispositifs sont en partie habilitants, nos résultats signalent qu'ils sont également contraignants (DE VAUJANY, 2006) puisqu'ils vont dans une certaine mesure astreindre l'action : ils font système avec une vision particulière de l'organisation, ils sont porteurs d'une « *philosophie gestionnaire* » spécifique (HATCHUEL et WEIL, 1992, p. 124). Dans notre situation, les dispositifs gestionnaires en place résultent, nous l'avons vu, d'une tentative, de la part des tutelles, de rationaliser les pratiques hospitalières. De ce fait, la planification, telle qu'elle est effectuée au sein de la clinique, astreint les personnels à des impératifs de débit qui limitent le temps pouvant être consacré à l'échange, alors même que l'activité dialogique constitue la principale composante du travail d'organisation. La chasse aux recoupements de tâches et la stricte procéduralisation qui l'accompagne fragilisent, quant à elles, la culture de l'entraide sur laquelle repose ce travail de régulation.

Plusieurs implications découlent de notre recherche sur le plan managérial. Malgré l'organisation déployée en amont, nos résultats signalent la persistance d'un grand nombre d'événements. Nous en appelons dès lors à de nouvelles formes de rationalisation du cadre de l'action. Il s'agit ici de mettre à la disposition des acteurs les ressources nécessaires à la régulation des événements, des ressources qui peuvent tout à fait permettre aux établissements de progresser dans la recherche d'efficacité dans laquelle tous sont aujourd'hui plus ou moins engagés.

Notre étude rappelle que la principale activité effectuée par les acteurs face à une perturbation est une activité dialogique. La conception architecturale des blocs opératoires doit dès lors intégrer cette perspective en développant des espaces de rencontre équipés dans cette optique (position centrale au sein du bloc, un espace qui abrite des ressources essentielles aux personnels afin qu'ils soient conduits à s'y rendre souvent).

Des outils de gestion adaptés à ce travail de régulation doivent également être mis à disposition des personnels au sein de ces espaces (possibilité d'effectuer aisément des modifications par rapport au programme initial, conception d'outils de travail, de réflexion, et non pas seulement d'outils destinés à structurer l'activité, comme peut l'être un programme opératoire).

Des moments de rencontre réguliers entre les acteurs, y compris ceux ayant des fonctions différentes et appartenant à des services différents, doivent également être organisés. Ces réunions doivent offrir aux personnels la possibilité d'échanger, de s'expliquer et de faire remonter les dysfonctionnements. Elles doivent permettre de discuter des problèmes rencontrés et d'élaborer, collectivement, des solutions afin d'améliorer dans le temps la capacité du collectif à gérer l'aléa.

Ainsi, nous en appelons à l'émergence d'une démarche participative dans laquelle les propositions ou les projets naissent du terrain. Mais, comme l'explique Moisdon (2008), ce renversement de la logique managériale n'est envisageable que « *si l'y a, du côté des managers de l'établissement, une acceptation assumée et explicite de la rupture du savoir, donc de maîtrise de l'activité* » (p. 179).

La façon dont il faut amener et accompagner les organisations de soins vers ces changements profonds et le rôle à tenir par le management, dans ce cadre, restent à interroger. ■

BIBLIOGRAPHIE

ALLARD-POESI (F.), « Coder les données », in *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative*, GIORDANO (Y.), (Dir.), EMS, pp. 245-290, 2003.

AMY (L.), HALVERSON (A.L.), CASEY (J.T.), ANDERSSON (J.), ANDERSON (K.), PARK (C.), RADEMAKER (A.W.) & MOORMAN (D.), « Communication failure in the operating room », *Surgery*, vol. 149, Issue 3, pp. 305-310, 2001.

AWAD (S.S.), FAGAN (S.P.), BELLOWES (C.), ALBO (D.), GREEN-RASHAD (B.), DE LA GARZA (M.) & BERGER (D.H.), « Bridging the communication gap in the operating room with medical team training », *The American Journal of Surgery*, vol. 190, Issue 5, pp. 770-774, 2005.

COIERA (E.W.), JAYASURIYA (R.A.), HARDY (J.), BANNAN (A.) & THORPE (M.), « Communication loads on clinical staff in the emergency department », *Medical Journal of Australia*, vol. 176, pp. 415-418, 2002.

DETCHESSAHAR (M.) & GREVIN (A.), « Une organisation de santé... malade de gestion », *Gérer et Comprendre*, n°98, décembre, pp. 27-37, 2009.

DETCHESSAHAR (M.), « L'avènement de l'entreprise communicationnelle ? Outils, problèmes et politique d'accompagnement », *Revue française de gestion*, vol. 29, n°142, pp. 65-84, 2003.

DE VAUJANY (F.-X.), « Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage », *Revue management et avenir*, n°9, pp. 109-126, 2006.

GIRIN (J.), « Les agencements organisationnels », in *Des Savoirs en action*, CHARUE-DUBROC (F.) (Dir.), Paris, L'Harmattan, pp. 233-279, 1995.

GLOUBERMAN (S.) & MINTZBERG (H.), « Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I », *Health Care Management Review*, pp. 56-69, 2001.

GRIMAND (A.), *L'Appropriation des outils de gestion : vers de nouvelles perspectives théoriques ?*, Publication de l'Université de Saint-Étienne, Paris, 258 p., 2006a.

GRIMAND (A.), « Quand le knowledge management redécouvre l'acteur : la dynamique d'appropriation des connaissances en organisation », *Revue management et avenir*, n°9, pp. 141-157, 2006b.

GROSJEAN (M.) & LACOSTE (M.), *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, PUF, 225 p., 1999.

HATCHUEL (A.) & WEIL (B.), *L'Expert et le système. Gestion des savoirs et métamorphose des acteurs dans l'entreprise industrielle*, Paris, Economica, 263 p., 1992.

JOURNÉ (B.), « Étudier le management de l'imprévu : méthode dynamique d'observation in situ », *Finance, Contrôle, Stratégie*, n°4, pp. 63-91, 2005.

LAPOINTE (P.A.), CHAYER (M.), MALO (F.B.) & RIVARD (L.), « La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 13, n°2, pp. 164-180, 2000.

LENAY (O.) & MOISDON (J.C.), « Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système

- hospitalier », *Revue française de gestion*, n°146, pp. 131-141, 2003.
- LENAY (O.), *Régulation, planification et organisation du système hospitalier – La place des outils de gestion dans la conception des politiques publiques*, Thèse ENSMP, 254 p., 2001.
- LINGARD (L.), ESPIN (S.), WHYTE (S.), REGEHR (G.), BAKER (G.R.), REZNICK (R.), BOHNEN (J.), ORSER (B.), DORAN (D.) & GROBER (E.), "Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects", *Quality and Safety in Health Care (Qshc)*, vol. 13, pp. 330-334, 2004.
- MINTZBERG (H.), *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation, 434 p., 1982.
- MINVIELLE (E.), *Gérer la singularité à grande échelle – Comment maîtriser les trajectoires des patients à l'hôpital ?*, Thèse de doctorat de l'École Polytechnique, 411 p., 1996.
- MOISDON (J.C.), « Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant ? », *Pratiques et Organisations des Soins*, vol. 39, n°3, pp. 175-181, 2008.
- PASCAL (C.), « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, n°146, pp. 191-204, 2003.
- RAVEYRE (M.) & UGHETTO (P.), « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières », *Revue française des affaires sociales*, n°3, pp. 97-119, 2003.
- REYNAUD (J.D.), « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de sociologie*, vol. XXIX, pp. 5-18, 1988.
- STRAUSS (A.), *La Trame de la négociation*, textes réunis par Isabelle Baszanger, Paris, L'Harmattan, collection Logiques sociales, 319 p., 1992.
- TONNEAU (D.) & LUCAS (A.), *Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques*, MEAH Rapport final du chantier pilote, 57 p., 2006.
- TONNEAU (D.), « Organisation, logiques professionnelles et instruments de gestion », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 5, n°1, pp. 62-75, 1998.
- ZARIFIAN (P.), *Le Travail et l'événement*, Paris, L'Harmattan, 294 p., 1995.